

N. 2 - 2021

revista de **NOVA**
ciências **ESPERANÇA**
da saúde



Faculdades Nova
Esperança

De olho no futuro

VOLUME 19 - NÚMERO 2 - AGOSTO/2021 | ISSN ELETRÔNICO 2317-7160

revista de
ciências
da saúde **NOVA**
ESPERANÇA



Faculdades Nova
Esperança

De olho no futuro

ADMINISTRAÇÃO SUPERIOR

Diretora Presidente da Entidade Mantenedora
Kátia Maria Santiago Silveira

Diretor FACENE
Eitel Santiago Silveira

Diretora FAMENE
Kátia Maria Santiago Silveira

Diretor FACENE Mossoró
Eitel Santiago Silveira

Diretor Escola Técnica de Enfermagem Nova Esperança
João Fernando Pessoa Silveira Filho

Secretária Geral
Carolina Santiago Silveira Polaro Araújo

Secretário Geral Adjunto
Edielson Jean da Silva Nascimento

Secretária Geral Mossoró
Maria da Conceição Santiago Silveira

ÓRGÃOS DE APOIO ACADÊMICO

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)
Renato Lima Dantas

Comissão de Ética no Uso de Animais (CEUA)
João Vinícius Barbosa Roberto

Núcleo de Pesquisa e Extensão Acadêmicas (NUPEA)
Aline Poggi Lins de Lima

Biblioteca
Janaina Nascimento de Araújo - CRB 15/103
Liliane Soares da Silva Moraes - CRB 15/487

GESTÃO ACADÊMICA

Coordenação Acadêmica

Coordenadora Acadêmica Mossoró
Elane da Silva Barbosa

Coordenadora do Mestrado Profissional
Débora Raquel Soares Guedes Trigueiro

Coordenadora de Pós- Graduação (lato sensu)
Glaydes Nely Sousa da Silva

Coordenadora do Curso de Medicina
Gladys Moreira Cordeiro da Fonseca

Coordenadora do Curso de Enfermagem
Cláudia Germana Vergínio de Souto

Coordenador do Curso de Odontologia
Yuri Victor de Medeiros Martins

Coordenadora do Curso de Farmácia
Daiene Martins Beltrão

Coordenadora do Curso de Fisioterapia
Danyelle Nóbrega Farias

Coordenador do Curso de Educação Física
Jean Paulo Guedes Dantas

Coordenador do Curso de Agronomia
Júlio Cesar Rodrigues Martins

Coordenador do Curso de Medicina Veterinária
Atticcus Tanikawa

Coordenador do Curso de Radiologia
Morise de Gusmão Malheiros

Coordenador do Curso de Psicologia
Vilma Felipe Costa de Melo

REVISTA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE NOVA ESPERANÇA

Publicação Quadrimestral

Editora Chefe/Diagramação
Ana Lima Dantas

Revisão Ortográfica
Josane Cristina Batista Santos
Matheus de Almeida Barbosa

Gerência de TI
Frederico Augusto Polaro Araújo

ISSN Eletrônico 2317-7160

É imensurável atualmente o impacto que a pandemia do COVID-19 trouxe para a sociedade, tanto no contexto individual quanto coletivo. Para a educação, o uso de tecnologias que já vinham sendo gradativamente incluídas nas práticas de ensino para dinamizar a aprendizagem se tornou o principal meio onde o processo de ensino-aprendizagem se desenvolveu. Em todo o mundo, resultados de pesquisas foram publicados apresentando vários aspectos da crise da pandemia de COVID-19, sobretudo quanto aos impactos para a saúde física e mental, a economia e o meio ambiente. Contudo, o impacto para a educação, que pode ser imediato ou a longo prazo, não tem sido avaliado na mesma proporção que nas demais áreas.

O lockdown obrigou as instituições a fecharem as portas e suspender as atividades presenciais, e as atividades remotas imperaram. Embora se configurando numa alternativa para que o ensino não estagnasse, muitos desafios emergiram tanto para os profissionais da educação quanto para o seu público. A qualidade do ensino remoto que já era antes da pandemia praticado, tornou-se alvo de muitas preocupações, principalmente para as áreas que necessitam da vivência prática para a complementação e consolidação dos conteúdos abordados nas aulas virtuais, síncronas ou não.

A maioria dos estudantes e acadêmicos em muitos países se deparou e repentinamente fazendo parte de um ambiente para o qual não foi preparado para estar, passando por uma transição abrupta cujas consequências ainda não são adequadamente mensuradas. Com o mundo imerso num quadro medonho sem precedentes, requerendo soluções mais que urgentes, sobretudo quanto a imunização da população, sabe-se que grandes mudanças estão acontecendo rapidamente. Um novo mundo depende em grande parte de quanto do velho mundo estamos dispostos a mudar – e o quanto estamos preparados para lutar por ele.¹ A educação em todos os níveis, ao enfrentar seu maior desafio, também tem a missão de formar indivíduos com um olhar atento às necessidades coletivas e capaz de promover transformações.

O desafio sobrecarrega tanto para as universidades com tradição em pesquisa de ponta e ensino de renomada qualidade, como também em instituições de pequeno porte e com infraestrutura para pesquisa e ensino mais precária. O imperativo é avançar, compreendendo ao máximo possível as demandas da sociedade para promover um ensino mais próximo do que se vem vivenciando. A ciência engajada em trazer respostas e desenvolver tecnologias que atendam à mitigação da pandemia, como também impulsionar outras áreas, é o quadro que se desenha com mãos colaborativas e comprometidas. A educação tem hoje a oportunidade de repensar suas estratégias de ensino para promover uma formação mais conectada com a realidade da sociedade moderna.

Dr. Renato Lima Dantas
Professor do curso de Agronomia da FACENE

1. Green W, Anderson V, Tait K, Tran LT. Precarity, fear and hope: reflecting and imagining in higher education during a global pandemic. High. Educ. Res. Dev. 2020 Oct 22;39(7):1309–12.

EDITORIAL

The impact that the COVID-19 pandemic has brought to society is currently immeasurable, both in the individual and collective context. For education, the use of technologies that were already being gradually included in teaching practices to dynamize learning became the main means by which the teaching-learning process developed. Around the world, research results have been published presenting many aspects of the COVID-19 pandemic crisis, especially regarding the impacts on physical and mental health, the economy, and the environment. However, the impact on education, which can be immediate or long-term, has not been evaluated to the same extent as in other areas.

The lockdown forced institutions to close their doors and suspend face-to-face activities, and remote activities prevailed. Although setting up an alternative for teaching not to stagnate, many challenges emerged for both education professionals and their audience. The quality of remote teaching, which was practiced before the pandemic, became the target of many concerns, especially for areas that need practical experience to complement and consolidate the content covered in virtual classes, synchronous or not.

Most students and academics in many countries have suddenly found themselves part of an environment they were not prepared to be in, undergoing an abrupt transition whose consequences are still not adequately measured. With the world immersed in an unprecedented situation, requiring more than urgent solutions, especially regarding the immunization of the population, it is known that great changes are happening quickly. A new world largely depends on how much of the old world we are willing to change – and how much we are prepared to fight for it.¹ Education at all levels, when facing its greatest challenge, also has the mission of forming individuals with an attentive to collective needs and capable of promoting transformations.

The challenge falls both for universities with a tradition of innovative research and teaching of renowned quality, as well as for small institutions with a more precarious infrastructure for research and teaching. The imperative is to move forward, understanding as much as possible the demands of society to promote teaching closer to what is being experienced. Science engaged in providing answers and developing technologies that meet the mitigation of the pandemic, as well as boosting other areas, is the framework that is designed with collaborative and committed hands. Today, the education sector has the opportunity to rethink its teaching strategies to promote training that is more connected with the reality of modern society.

Dr. Renato Lima Dantas
Professor do curso de Agronomia da FACENE

1. Green W, Anderson V, Tait K, Tran LT. Precarity, fear and hope: reflecting and imagining in higher education during a global pandemic. *High. Educ. Res. Dev.* 2020 Oct 22;39(7):1309–12.

Sumário

CIÊNCIAS DA SAÚDE/ARTIGO ORIGINAL

- 1- ATENDIMENTOS EM UM AMBULATÓRIO DE SAÚDE POR CAUSAS SENSÍVEIS A ATENÇÃO BÁSICA** **176**
Primary Health Care Related Causes In Ambulatory Care
Ernandes Gonçalves Dias, Dalila Antunes Barbosa, Jéssica Caroliny Barbosa Silveira, Vanessa Augusto Bardaquim, Lyliane Martins Campos, Maiza Barbosa Caldeira
- 2- PERCEÇÃO DE UMA EQUIPE DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA CARDIOLÓGICA ACERCA DA MOBILIZAÇÃO PRECOCE** **166**
Perception of a Cardiological Intensive Care Unit Team About Early Mobilization
Irlanna Ketley Santos do Nascimento, Dyego Anderson Alves de Farias, Danyelle Nóbrega de Farias, Matheus dos Santos Soares
- 3- SÍNDROME DE BURNOUT E ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA EM CAPS-ad DA PARAÍBA** **185**
Burnout Syndrome and Physical Education Professional Performance In Paraíba CAPS-ad
Leonardo Santos Oliveira, Valdir Andrade Tórres Junior, Natália Maria Mesquita de Lima Quirino

CIÊNCIAS DA SAÚDE/ARTIGO DE REVISÃO INTEGRADA

- 4- FACTORS ASSOCIATED TO INFLUENZA VACCINATION IN THE ELDERLY: AN INTEGRATIVE REVIEW** **205**
Fatores Associados à Vacinação Contra a Influenza Em Idosos: Uma Revisão Integrativa
Maria de Fátima da Silva Moreira, Maria Eduarda de Sousa Paulo Paulo, Salmana Rianne Pereira Alves, Glaydes Nely Sousa da Silva
- 5- PARTICULARIDADES SOBRE A COVID-19: UMA REVISÃO INTEGRATIVA** **214**
Features About Covid-19: an Integrative Review
Paulo César Gottardo, Irla Lavor Lucena Camboim, Alexandre de Lima Maehler, Marcos Alexandre da Franca Pereira, Elbia Assis Wanderley, Andreia Cristina Fumagalli Cainelli

CIÊNCIAS DA SAÚDE/ARTIGO DE REVISÃO NARRATIVA

- 6- COMPETÊNCIA CULTURAL E QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM** **157**
Cultural Competence and Quality of Nursing Care
Ana Luiza Ferreira Aydogdu

ATENDIMENTOS EM UM AMBULATÓRIO DE SAÚDE POR CAUSAS SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA

PRIMARY HEALTH CARE RELATED CAUSES IN AMBULATORY CARE

Ernandes Gonçalves Dias^{I*}, Dalila Antunes Barbosa^{II}, Jéssica Caroliny Barbosa Silveira^{III}, Vanessa Augusto Bardaquim^{III}, Lyliane Martins Campos^{IV}, Maiza Barbosa Caldeira^V

Resumo. A Atenção Básica é a porta de entrada preferencial para os serviços de saúde e tem a capacidade de coordenar o cuidado dos usuários sob responsabilidade das Estratégias Saúde da Família. Os Ambulatórios são caracterizados como postos integrantes dos serviços de urgências e devem estar preparados para atender as demandas que necessitam de avaliação rápida e estabilização do quadro agudo. Objetivou-se investigar as demandas de atendimentos de saúde sensíveis à Atenção Básica apresentadas por usuários de um Ambulatório da cidade de Mato Verde, Minas Gerais, Brasil. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório de natureza qualitativa. Os dados foram coletados entre agosto e setembro de 2019, com 15 usuários submetidos a entrevista semiestruturada e analisados mediante Análise do Conteúdo. Os resultados mostraram que os participantes tinham entre 20 e 63 anos de idade, a maioria eram casados, pardos, possuíam ensino médio completo e renda mensal bruta de R\$ 998,00. Relataram procurar a Unidade Básica de Saúde quando apresentaram algum sinal ou sintoma e para a renovação de receitas médicas. Procuraram atendimento no Ambulatório devido à necessidade de agendamento prévio para atendimento na Atenção Básica e em virtude da manifestação de sintomas associados a problemas de saúde que parecem não se caracterizarem como atendimentos de urgência ou emergência. Conclui-se que a migração de usuários para atendimento no Ambulatório sem que sua demanda caracterize situação de urgência ou emergência representa um problema que parece cultural nessa população e também na gestão. Tais achados indicam que este estudo possa oferecer subsídios aos profissionais de saúde, bem como aos gestores na implementação de estratégias para corrigir lacunas assistenciais, sensibilizar a população a procurar o nível de atendimento adequado à sua necessidade, para melhorar o acesso e a resolutividade dos serviços de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência Ambulatorial. Instituições de Assistência Ambulatorial. Atenção Primária à Saúde. Nível de Saúde.

Abstract. Primary Care is the preferred gateway to health services and is able to coordinate patient care under the Family Health Strategies responsibility. Ambulatories are integrated facilities to the emergency services and must be prepared to meet the demands that require rapid assessment and stabilization of acute conditions. The objective was to investigate the health care demands relevant to primary care brought up by patients of an ambulatory facility in the city of Mato Verde, Minas Gerais, Brazil. This is a qualitative, descriptive, and exploratory study. Data were collected between August and September 2019, with 15 users submitted to semi-structured interviews and analyzed using Content Analysis. The results showed that the participants were between 20 and 63 years old, married, mixed-race, high school educated, and which gross monthly income was the minimum wage (998.00 reais at the time). They reported to seek the Primary Care Unit when they showed any signs or symptoms and for medical prescriptions updating. They sought care at the Ambulatory due to the need for prior scheduling at the Primary Care Unit and due to the outbreak of health problem associated symptoms that did not seem to indicate urgent or emergency care necessity. It is concluded that patient migration seeking care at the Ambulatory without urgent or emergent demand represents an issue that seems to be cultural in this population and in the health care management. Such findings suggest that this study may contribute to health professionals, as well as managers in implementing strategies to fill gaps in care, to educate the population to seek the appropriate care to their needs, to improve access and effectiveness of health services.

KEYWORDS: Ambulatory Care. Ambulatory Care Facilities. Primary Health Care. Health Status.

^IEnfermeiro, Mestre em Ciências. Faculdade Verde Norte (Favenorte). Departamento de Enfermagem. CEP: 39527-000, Mato Verde, Minas Gerais, Brasil.

*Autor correspondente: ernandesgdias@yahoo.com.br.

ORCID ID: 0000-0003-4126-9383.

^{II}Graduada em Enfermagem, Faculdade Verde Norte (Favenorte). Departamento de Enfermagem. CEP: 39527-000, Mato Verde, Minas Gerais, Brasil.

ORCID ID: 0000-0001-6292-1970; 0000-0002-7773-3021.

^{III}Enfermeira, Doutora em Ciências. Universidade de São Paulo (USP). Departamento de Enfermagem. CEP: 14040-902, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil

ORCID ID: 0000-0003-2179-552X.

^{IV}Enfermeira, Especialista em Saúde Coletiva. Faculdade Verde Norte (Favenorte). Departamento de Enfermagem. CEP: 39527-000, Mato Verde Minas Gerais, Brasil.

ORCID ID: 0000-0002-9476-2377.

^VEnfermeira, Especialista em Docência na Saúde. Faculdade Verde Norte (Favenorte). Departamento de Enfermagem. CEP: 39527-000, Mato Verde Minas Gerais, Brasil.

ORCID ID: 0000-0001-5444-6372.

INTRODUÇÃO

A Atenção Básica (AB) se constrói a partir de práticas de saúde individuais e coletivas que abrangem a promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. São elaboradas mediante ações de cuidado integrado e gestão qualificada, exercida por uma equipe multiprofissional destinada à população em território definido.¹ No Brasil, tem-se vigente a Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo para reestruturar os níveis assistenciais e melhorar o acesso e a qualidade da AB.²

A AB é a principal porta de acesso da população às Redes de Atenção à Saúde (RAS), é coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados. Na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS) e da RAS, a AB deve operacionalizar os princípios da universalidade, equidade e integralidade, bem como, as diretrizes da regionalização e hierarquização, territorialização, população adscrita, cuidado centrado na pessoa, resolutividade, ordenação da rede, longitudinalidade e coordenação do cuidado e participação da comunidade.¹

Nesta perspectiva, faz-se necessário esforços para fortalecer o atendimento na AB a fim de melhorar o seu funcionamento e para dar direcionamento ao cuidado. O fortalecimento da AB se consolida através de incentivos aos profissionais e esclarecimento aos usuários sobre qual serviço procurar no momento de manifestação de suas necessidades.³ Isto porque, muitas vezes, a alta demanda de usuários nos serviços de Urgência/Emergência (UE) é caracterizada por atendimentos de problemas de saúde que poderiam ser resolvidos na AB.⁴

O reconhecimento da relevância da organização das RAS a partir da AB impulsionou o desenvolvimento de propostas de avaliação de sua efetividade para a redução da morbimortalidade por diferentes condições. Nos anos 1990, foi proposto o termo “condições sensíveis” à AB para designar um conjunto de problemas de saúde, para os quais a ação nesse nível de atenção diminuiria o risco de internações, por meio de prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento precoce de condições agudas, controle e acompanhamento de condições crônicas.⁵

As condições sensíveis à AB refletem um conjunto de circunstâncias de saúde para as quais um cuidado efetivo, em momento oportuno, reduz desfechos desfavoráveis, como as internações hospitalares. Dentre os indicadores disponíveis para observação de desempenho da AB tem-se o indicador Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) o qual constitui uma medida indireta da efetividade da AB e sua organização.⁶

A expansão da ESF causou impacto positivo na redução de internações por condições sensíveis à AB em municípios brasileiros. No entanto, os índices de internações por essas condições no Brasil permanecem elevados, acima de 20% das internações, em comparação a outros países com sistemas de saúde universais, tais como Espanha e Austrália, que apresentam taxas em torno de 7% a 13%, respectivamente.⁵

Frente a essas considerações, este estudo caracteriza-se como oportunidade de investigação indireta do acesso aos serviços da AB e os motivos pelos quais os usuários buscam o serviço do Ambulatório para atendimento, sendo o resultado um

importante indicador de resolutividade da AB no município de Mato Verde, Minas Gerais (MG), Brasil. Assim, o estudo teve como objetivo investigar as demandas de

atendimentos de saúde sensíveis à AB, apresentadas por usuários do Ambulatório Municipal da cidade de Mato Verde.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de natureza qualitativa realizado com usuários do Ambulatório Municipal de Mato Verde-MG, que tiveram atendimento de demanda sensível à AB, residentes em Mato Verde, com idade entre 20 e 63 anos e que tinham funções cognitivas preservadas para responder à entrevista. Foram excluídos da pesquisa, os usuários que após triados preenchiam critérios para atendimento no Ambulatório, como as urgências médicas.

O município de Mato Verde está situado no norte de MG, possui 12.684 habitantes e densidade demográfica de 26,86 hab./km². A AB do município está organizada em seis ESF, sendo quatro urbanas. As equipes são compostas por médico clínico geral, enfermeira, cirurgião dentista, auxiliar de saúde bucal, técnico de enfermagem, gerente administrativo e agentes comunitários de saúde que cobrem 100% do território urbano e rural do município.

O Ambulatório tem uma equipe composta por plantonistas médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, técnico em radiologia entre outros, funciona 24 horas por dia, sete dias por semana e atende à demanda de forma espontânea ou referenciada pela ESF. Na cidade em estudo não existe hospital, assim o Ambulatório atende demandas de menor complexidade, mas não compatíveis com a capacidade de atendimento da AB local.

O método de seleção do usuário foi aleatório simples e convencional de acordo com a sua disponibilidade e interesse no

momento da coleta dos dados. Foram selecionados, através da ficha da triagem, preenchida pelo enfermeiro, quando o paciente buscou o Ambulatório. Através da ficha de triagem, identificou-se os usuários atendidos no estabelecimento e que poderiam ser assistidos pela AB por não apresentar quadro clínico que caracterizasse condição de atendimento no Ambulatório.

Os dados foram coletados entre agosto e setembro de 2019, a partir de um roteiro de entrevista semiestruturada, elaborado pelos pesquisadores com duas questões disparadoras, aplicado individualmente aos usuários que atenderam aos critérios de seleção do estudo, até que se obteve saturação nos discursos.

O roteiro de entrevista teve como questões disparadoras: por quais motivos você buscou atendimento no Pronto Atendimento? Como é sua relação (acesso e vínculo) com a equipe da AB?

As entrevistas foram realizadas na sala de triagem do Ambulatório em dias e horários alternados, no período matutino e vespertino, devido coincidir com o horário de funcionamento das Unidades de Saúde da AB e tiveram duração média de 15 minutos. Foram gravadas em áudio, por meio do uso de um aplicativo de voz e, posteriormente, foram transcritas para organização e análise dos dados.

Os dados foram organizados, categorizados e analisados mediante “Análise do Conteúdo” na perspectiva de Bardin.⁷

A análise perpassou a compreensão e familiarização com os dados transcritos; busca e revisão de temas (assuntos gerais presentes nas falas dos usuários); definição e nomeação dos núcleos de registro e seleção dos fragmentos para interpretação e discussão dos dados.

Para resguardar a identidade dos entrevistados, os nomes destes foram substituídos por pseudônimos acompanhados de suas respectivas idades, na apresentação do conteúdo. O conteúdo do material empírico resultou em duas categorias de análise: “Acesso à Unidade de Saúde” e “A

procura pelo ambulatório e as preferências do usuário”.

Todos os procedimentos metodológicos obedeceram aos padrões estabelecidos pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros-MG, Brasil, pelo Parecer Consubstanciado N. 3.456.244, CAAE: 16404019.9.0000.5146. Os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para autorizar o uso dos dados coletados pelo estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos participantes

Participaram do estudo 15 usuários, 14 destes, do sexo feminino. A idade variou entre 20 e 63 anos, a maioria era casada (n=9), pardas (n=8), com ensino médio completo (n=8) e renda mensal bruta de um salário-mínimo, R\$ 998,00 (n=8). Os participantes eram oriundos das quatro ESF da zona urbana da cidade.

Acesso à Unidade de Saúde

Os usuários relataram que procuram as Unidades de Saúde da AB quando apresentam algum sinal ou sintoma específico e para renovar receitas. Esse comportamento remete à ideia de uma cultura curativista, o que pode ser uma dificuldade para realizar um trabalho preventivo, conforme preconizado para a AB.

“Só quando eu estou doente. Eu só vou quando eu tô muito doente, não vou lá toda hora”. (Jasmim, 45 anos)

“Pra renovar receitas ou levar minha menina pra consultar”. (Antúrio, 28 anos)

“Pra eu ir no postinho é difícil, só se tiver que levar a receita pro médico fazer de novo ou sentir alguma coisinha, porque tenho pressão alta”. (Cravo, 60 anos)

Tais achados corroboram com os resultados de um estudo realizado em Unidades de ESF de um município catarinense, no qual identificaram que a maioria dos usuários procuravam o acolhimento em razão de uma sintomatologia. Os principais motivos foram consultas, exames e medicamentos.⁸

Quando o usuário procura os serviços de saúde já com a doença instalada, há indícios de um modelo de atendimento hospitalocêntrico, o qual tem se mostrado enraizado na população e se opõe à lógica assistencial da AB. Entende-se que tal atitude fragiliza as atividades promotoras de saúde, bem como de prevenção, contribui para perpetuar a representação social da

função da AB como um serviço de pronto-atendimento ou ambulatorial.⁹ É consenso que a AB é a porta de entrada preferencial ao sistema de saúde. Para isso, faz-se necessário que o cidadão entenda que não deve procurá-la apenas quando estiver debilitado, isso porque a medicina praticada na AB é de caráter preventivo.¹

Na fala dos participantes, percebe-se confiança nos profissionais da Unidade de Saúde com quem realizam suas consultas, o que pode indicar que há vínculo estabelecido na relação profissional-paciente:

“[...] confio, principalmente as enfermeiras informa gente, eu confio nelas, na competência”. (Margarida, 47 anos)

“[...] gosto muito do médico porque tem muito tempo que ele trabalha na unidade, muito tempo que ele é médico, então ele é muito bom”. (Jasmim, 45 anos)

“Eu gosto dos profissionais lá do posto, são todos eles muitos bons no serviço. A gente tem amizade até demais [...]”. (Cravina, 52 anos)

A atuação da ESF de forma territorializada promove o vínculo com a população por meio do fortalecimento das ações intersetoriais com o estímulo a participação da comunidade. A família torna-se o primeiro objeto da atenção, compreendida a partir do ambiente onde vive e de sua interação com o meio, bem como, das suas relações com os serviços de saúde onde está inserida, considerando-se o conjunto de determinantes sociais, políticos e econômicos que permeiam a atuação dos profissionais e os serviços de saúde.¹¹

O vínculo se constitui num elo entre profissional-usuário e garante segurança ao atendimento de suas necessidades, de

tal forma que o usuário acredita e confia no profissional. Essa relação requer, de ambos, compartilhamento de momentos de conversação, escuta, acolhimento, trocas e responsabilização em torno dos problemas que o afligem.¹²

O tempo de atuação do profissional médico na ESF remete a ideia da existência de vínculo com os usuários desse serviço de saúde. Nesse sentido, a permanência dos profissionais de saúde na equipe, em especial de médicos e enfermeiros, é considerada um dos fatores críticos para o sucesso da ESF. A rotatividade desses profissionais pode comprometer a efetividade do modelo e prejudicar a qualidade da assistência e a satisfação dos usuários.¹³

A procura pelo ambulatório e as preferências do usuário

Os participantes afirmaram procurar atendimento no ambulatório devido à necessidade de agendamento prévio para atendimento na ESF e em virtude da manifestação de sintomas como febre, tosse, cefaleia, dor na garganta, associados a problemas de saúde. No entanto, os motivos da procura parecem não se caracterizarem como atendimentos de UE.

“Uma vez eu me lembro, foi quando eu tava com uma tosse muito forte há três dias, aí eu procurei ambulatório”. (Jasmim, 45 anos)

“Porque eu fui na Unidade de Saúde e tinha que agendar e aí eu tive que ir no ambulatório. Em casos de tosse, febre e dores de cabeça”. (Girassol, 39 anos)

“Às vezes eu venho pra cá quando tenho tosse, já vim também com dor de garganta. Agora mesmo tô sentindo a garganta doer”. (Gardênia, 32 anos)

As principais queixas de usuários atendidos na emergência de um hospital na região Norte do estado do Rio Grande do Sul (BR) era caracterizada por demandas de baixa complexidade, como hipertermia, lombalgia, dores abdominais e de garganta.¹⁴ Em um Hospital Geral de Pernambuco (BR) foi constatada a mesma situação, ou seja, a maioria dos atendimentos poderiam ser realizados na AB por não se caracterizar como urgências. Os usuários utilizavam os serviços hospitalares de UE por entenderem que esta alternativa é mais resolutiva, pois recebem um somatório de recursos, como consultas, remédios, exames, procedimentos de enfermagem e internações.¹⁵

A necessidade de agendamento parece indicar falha na organização de um processo de trabalho mais efetivo na AB, dá-se a impressão de que não há atendimento para a demanda espontânea. Em estudo realizado em um município de médio porte do Estado do Rio Grande do Sul (BR) percebeu-se que os principais motivos da escolha de procurar o serviço de urgência eram relacionados a uma experiência negativa ao procurar as ESF, que esteve relacionada ao agendamento para atendimento, a falta de fichas e horários de funcionamento restrito.¹⁶

Aparece nos relatos dos entrevistados que o atendimento no ambulatório é mais rápido, não há necessidade de agendamento e ainda, certeza da presença do profissional médico. Merece destaque a observação de que a falta de médico na ESF acarreta procura pelo serviço de UE por motivos pelos quais não condizem com o nível de atenção e interfere na percepção de resolutividade entre os níveis de serviços. Tal fato, observa-se nas falas dos entrevistados:

“Porque na UBS tem que marcar a consulta e no ambulatório você é atendida mais rápido”. (Amarflis, 20 anos)

“[...] a gente chega lá e eles não deixa a gente sair sem atender, sempre tem médico e no postinho nem todos os dias tem médico”. (Begônia, 63 anos)

“Aqui não precisa agendar consulta e ficar um tempão esperando pra me atender e toda vez tem o médico aqui pra nós consultar”. (Lírio, 45 anos)

Em um estudo realizado com usuários de um pronto atendimento, concluíram que os principais motivos referidos ao serviço, pelos usuários, foram a demora no atendimento e ausência do médico na ESF. Tal situação encontrada aponta fragilidades nos serviços da AB, pois esta deveria ser a porta de entrada preferencial para o sistema de saúde.¹⁷

Usuários de serviços de UE em Joinville, Santa Catarina (BR), indicaram como justificativas para tal, a indisponibilidade de vagas nas agendas de consultas médicas na ESF, falta de medicações para alívio imediato da dor, demora no agendamento e a coincidência de turnos de trabalho dos usuários com os horários de funcionamento da rede básica de saúde.¹⁸ Nesse sentido, o horário de atendimento acessível, exames realizados com agilidade, atendimento rápido, instalações agradáveis e equipadas, enfim, atendimento efetivo e resolutivo são motivos de preferência do usuário pelo UE.¹⁹

Resultados de um estudo, realizado em um hospital de Curitiba, Paraná (BR) corrobora com esta pesquisa ao indicar que o principal motivo pelos quais os pacientes não urgentes se dirigem à UE em detrimento da AB é por considerarem o atendimento mais resolutivo e mais rápido.²⁰ Nesse tocante, é imperativo discutir a resolubilidade da AB, uma vez que parecem não conseguir atender aos usuários de forma adequada, o que acarreta procura, pelos usuários, aos serviços de UE de forma inadequada.

A resolutividade é a capacidade de o serviço promover uma solução para os problemas dos usuários de forma adequada, no local mais próximo de sua residência ou encaminhando-os para onde suas necessidades possam ser atendidas conforme o nível de complexidade. Os profissionais de saúde das ESF devem garantir a resolutividade dos problemas dos usuários a partir da corresponsabilização pela atenção às necessidades de saúde e acesso contínuo aos demais níveis de assistência, quando necessário.²¹

CONCLUSÃO

A migração de usuários para atendimento no Pronto Atendimento, sem que sua demanda caracterize situação de Urgência e Emergência, representa um problema que parece cultural nesta população e também na gestão, já que perpassam problemas de organização de processo de trabalho na Atenção Básica e conscientização da população sobre as responsabilidades e competências de cada nível de atenção.

O estudo tem como limitações o fato de ter sido realizado em uma cidade de pequeno porte com uma demanda relativamente pequena para os serviços do Ambulatório. Porém, traz contribuições importantes para esta área do conhecimento,

A AB tem caráter coordenador e atribuição de resolução, organização e responsabilização pelo cuidado, além do dever de ser resolutiva.¹ Os Hospitais e as UE devem ser utilizados apenas quando exijam maior complexidade tecnológica. Porém, é percebido que a hierarquia estabelecida não é obedecida pelos usuários, os quais continuam uma busca preferencial pelos serviços de UE o que preocupa os gestores de saúde porque acarretam uma sobrecarga de trabalho desses serviços e compromete a qualidade da assistência nos casos realmente urgentes.²²

além de trazer à tona novas inquietações a serem respondidas em estudos futuros, a saber; buscar estimar o quanto a capacidade de atendimento do Ambulatório é ocupada para atender demandas da Atenção Básica.

Este estudo pode oferecer subsídios aos profissionais de saúde da Atenção Básica, em especial aos enfermeiros que acabam absorvendo a maior demanda de atendimentos da população, bem como, aos gestores para implementar estratégias que busquem corrigir as lacunas assistenciais e sensibilizar a população a procurar o nível de atendimento adequado a sua necessidade para melhorar o acesso e a resolutividade dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 21 set. 2017.

2. Costa JSD, Pattussi MP, Morimoto T, Arruda JS,

Bratkowski GR, Sopelsa M. et al. Tendência das internações por condição sensível à atenção primária e fatores associados em Porto Alegre, RS, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(4):1289-96.

3. Oliveira GS. Superlotação das urgências e estratégias de gestão de crise: uma revisão de literatura.

- Cad grad. 2017;4(2):115-26.
4. Altino RC. Uso da rede de urgência e emergência e suas conexões com as unidades de atenção básica: uma análise transversal. 68f. Tese (doutorado). Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu. Botucatu, 2017.
 5. Castro ALB, Andrade CLT, Machado CV, Lima LD. Condições socioeconômicas, oferta de médicos e internações por condições sensíveis à atenção primária em grandes municípios do Brasil. Cad Saúde Pública. 2015;31(11):2353-66.
 6. Pinto ECP, Sirtoli R, Silva LL, Menolli PVS. A estratégia de saúde da família e as internações por condições sensíveis à atenção primária no Paraná: série temporal, 2007-2016. Rev Saúde Pública. 2018;1(2):35-47.
 7. Bardin L. Análise de conteúdo. 4ª ed. Lisboa: Edições 70, 2011.
 8. Felchilcher E, Araújo G, Traverso MED. Perfil dos usuários de uma unidade básica de saúde do meio-oeste catarinense. Unoesc Ciênc. 2015;6(2):223-30.
 9. Brito GEG, Mendes ACG, SANTOS NETO PM. O objeto de trabalho na Estratégia Saúde da Família. Interface, Botucatu, 2018;22(64):77-86.
 10. Silveira ALP. Unidade Básica de Saúde (UBS). Rede HumanizaSus [online]. set., 2016.
 11. Santos RCA, Miranda FAN. Importância do vínculo entre profissional-usuário na estratégia de saúde da família. Rev Enferm UFSM. 2016;6(3):350-59.
 12. Ilha S, Dias MV, Backes DS, Backes MTS. Vínculo profissional-usuário em uma equipe da Estratégia Saúde da Família. Ciênc Cuid Saúde. 2014;3(1):556-62.
 13. Tonelli BQ, Leal APR, Tonelli WFQ, Veloso DCMD, Gonçalves DP, Tonelli SQ. Rotatividade de profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. Rev Fac Odontol UPF. 2018;23(2):180-85.
 14. Marco VR, Strapazzon M, Silva LAA, Lorenzoni AMC, Oliveski CC, Silva LES. Necessidades clínicas de atendimento evidenciadas em uma unidade de emergência: um olhar sob ótica do sistema de avaliação de risco. XXIV Seminário de Iniciação Científica. Salão do Conhecimento, Unijuí. 2016.
 15. Camerro A, Alves EC, Camerro NMMS, Nogueira LDP. Perfil do atendimento de serviços de urgência e emergência. Rev Fafibe On-Line. 2015;8(1):515-24.
 16. Fonseca DF, Silva SO, Lima SBS, Fonseca GGP, Carvalho JL, Fonseca HF. Acessibilidade organizacional da atenção primária: a saúde como determinante da demanda em um pronto socorro. In: Anais do Terceiro Seminário Internacional Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde. 2019. Santa Maria.
 17. Pícoli RP, Cazola LHO, Maurer NMJS. Service users classified as risk level 'blue' in an emergency department. Cogitare Enferm. 2016;21(1):01-07.
 18. Lopes GSSPL, Sardagna MC, IERVOLINO SA. Motivos que levam os homens a procurar um serviço de pronto atendimento. Rev Enferm. 2017;20(2):151-65.
 19. Freire AB, Fernandes DL, Moro JS, Kneipp MM, Cardoso CM, Lima SBS. Serviços de urgência e emergência: quais os motivos que levam o usuário aos pronto-atendimento? Saúde (Santa Maria). 2015;41(1):195-00.
 20. Pimentel SK, Soares MC, Mazepa MM, Kato PVK, Lima RL, Soares MEC. Análise dos motivos para uso do serviço de urgência e emergência pelo paciente não grave. Rev Méd UFPR. 2016;3(3):109-13.
 21. Farias DC, Celino SDM, Peixoto JBS, Barbosa ML, Costa GMC. Acolhimento e Resolubilidade das Urgências na Estratégia Saúde da Família. Rev bras educ. med. 2015;39(1):79-87.
 22. Carvalho ACA, Morais ECLS. Análise das

fragilidades da atenção básica enquanto porta de entrada para os serviços de saúde do SUS no Brasil.

31f. Trabalho de Conclusão de Curso. Graduação em Enfermagem. Universidade Tiradentes. Aracaju, 2015.

PERCEPÇÃO DE UMA EQUIPE DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA CARDIOLÓGICA ACERCA DA MOBILIZAÇÃO PRECOCE

PERCEPTION OF A CARDIOLOGICAL INTENSIVE CARE UNIT TEAM ABOUT EARLY MOBILIZATION

Irlanna Ketley Santos do Nascimento,^{I*} Dyego Anderson Alves de Farias,^{II} Danyelle Nóbrega de Farias,^{III}
Matheus dos Santos Soares^{IV}

Resumo. As doenças cardíacas estão entre as principais causas de óbito e o tratamento envolve mudanças de hábitos de vida e, em alguns casos, cirurgia. Durante o internamento, complicações podem ocorrer, a exemplo da diminuição da força muscular. A Mobilização Precoce (MP) intervém dando suporte para reverter ou minimizar essas complicações, porém, ainda assim, existem barreiras para sua realização. O objetivo do estudo foi avaliar o conhecimento de uma equipe de Unidade de Terapia Intensiva sobre a MP, evidenciando seus aspectos e possíveis barreiras para realização. Tratou-se de um estudo transversal de caráter observacional com abordagem exploratória, descritiva e delineamento quantitativo realizado com os profissionais da equipe da UTI Cardiológica de um Hospital Universitário na cidade de João Pessoa-PB. Foram entrevistados 27 profissionais das especialidades Fisioterapia, Medicina, Enfermagem e técnico de enfermagem, por meio da aplicação de um questionário estruturado, utilizando-se de respostas em uma escala tipo Likert, assim como de questões abertas. Os resultados evidenciaram que a maioria dos profissionais possui bom entendimento acerca da MP, dos efeitos da imobilidade e da importância do trabalho em equipe. Em adição, a recusa do paciente e a falta de conhecimento sobre riscos e benefícios da realização foram elencadas como barreiras para realização da MP no serviço. Apesar dos resultados, foram identificadas divergências quanto à realização diária da MP, bem como do seguimento de protocolo do serviço, o que evidencia a necessidade de ações educativas continuadas.

PALAVRAS-CHAVE: Mobilização Precoce. Unidade de Terapia Intensiva. Unidades de Cuidados Coronarianos.

Abstract. Heart disease is among the main causes of death in Brazil and its treatment can range from lifestyle changes to the need for surgery. Complications may occur during hospitalization, one of which is the decrease in muscle strength. Thus, Early Mobilization (EM) intervenes providing support to reverse or minimize such complications, however, there are still barriers to its realization. Hence, the objective of the study was to assess the knowledge of an Intensive Care Unit team about EM, highlighting its aspects and possible barriers to its execution. This was an observational cross-sectional study with an exploratory, descriptive, and quantitative design carried out with professionals from the Cardiac ICU team of a University Hospital in the city of João Pessoa-PB. 27 professionals from the Physiotherapy, Medicine, Nursing and Nurse Technician areas were interviewed, through the completion of a structured questionnaire using answers on a Likert scale, as well as open questions. Results evidenced that most professionals have a good understanding of Early Mobilization, the effects of immobility and the importance of teamwork, and two barriers were listed for carrying out early mobilization in the service, the patient's refusal, and the lack of knowledge about its risks and benefits. Despite the results, divergences were identified regarding the daily performance of early mobilization and the adherence to the treatment protocol, which highlights the need for ongoing education.

KEYWORDS: Early Mobilization. Intensive Care Unit. Coronary Care Units.

^IBacharel em Fisioterapia. Faculdades Integradas de Patos, Unidade João Pessoa - UNIFIP. CEP: 58043-100, João Pessoa, Paraíba, Brasil.

*Autor correspondente: irllannaketley16@gmail.com.

ORCID ID: 0000-0003-3358-3743.

^{II}Fisioterapeuta. Mestre em Modelos de Decisão e Saúde. Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE. CEP: 58067-695, João Pessoa, Paraíba, Brasil.

ORCID ID: 0000-0001-6810-7144.

^{III}Fisioterapeuta. Doutora em Modelos de Decisão e Saúde. Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE. CEP: 58067-695, João Pessoa, Paraíba, Brasil.

ORCID ID: 0000-00017633-6289.

^{IV}Fisioterapeuta. Mestre em Fisioterapia. Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE. CEP: 58067-695, João Pessoa, Paraíba, Brasil.

ORCID ID: 0000-0003-2504-8484.

INTRODUÇÃO

As doenças cardíacas são caracterizadas como aquelas em que há alteração do sistema cardíaco e vascular, podendo repercutir em outros sistemas que incluem doenças coronarianas, cerebrovasculares, arteriais periféricas, afecções reumáticas e congênitas, além de trombose e embolia.¹ As doenças cardiovasculares estão entre as maiores causas de óbito no Brasil, com cerca de 400 mil casos no ano de 2020 e, além disso, estão relacionadas à maioria dos procedimentos cirúrgicos realizados.^{2,3} Segundo dados do Departamento de Informática do Ministério da Saúde (DATASUS), em 2010, o número de cirurgias cardíacas foi de 103.300, já em 2014, 92.106, sendo 97% delas realizadas pelo Sistema Único de Saúde.⁴

O tratamento da doença cardíaca é complexo devido ao aspecto multifatorial, envolvendo o uso crônico de medicamentos, prática de atividade física, mudança de hábitos de vida, alimentação adequada, cessação do uso do tabaco e álcool, entre outros. Além disso, pode causar complicações em outros órgãos, como pulmão e rins e que, associadas a outros fatores, comprometem a capacidade funcional do indivíduo.⁵ A reabilitação do paciente cardiopata necessita de uma intervenção multidisciplinar, uma vez que as complicações da doença podem ser amplas. Dessa forma, é preciso estabelecer uma forma de se trabalhar o indivíduo como um todo e não visando apenas sua patologia de base. Para tanto, se faz necessário o acompanhamento multiprofissional por médicos, fisioterapeutas, profissionais de educação física, nutricionistas, psicólogos, entre outros.

Esgotados os recursos do tratamento conservador, a depender da gravidade do

quadro, a cirurgia cardíaca torna-se um procedimento indicado com o objetivo de melhorar a função ventricular, prevenir infarto e proteger o miocárdio. Apesar dos benefícios, a cirurgia cardíaca pode provocar complicações como instabilidade hemodinâmica, alterações no sistema respiratório e cardiovascular, além da necessidade de cuidados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) que impactam na capacidade funcional do doente.⁶ Entre as consequências mais comuns no pós-operatório de cirurgia cardíaca e, associadas ao tempo de internação na UTI, estão a diminuição dos volumes e capacidades pulmonares e a fraqueza muscular global, em especial nos pacientes em uso da Ventilação Mecânica Invasiva.^{7,8}

A equipe multiprofissional da UTI, em geral, intervém de forma integrada com suporte intensivo para amenizar ou até abolir condições incômodas adquiridas com a cirurgia e a internação. Assim, a equipe multiprofissional, no pós-operatório, tem o papel de avaliar a condição clínica do paciente, atuar na administração de drogas, avaliar a hemodinâmica, minimizar a ocorrência de complicações respiratórias, orientar e mobilizar precocemente o paciente.^{9,10,11}

Diante do contexto, a Mobilização Precoce (MP) destaca-se como uma intervenção imprescindível na reabilitação do paciente internado na UTI, porque contribui na manutenção da força muscular e na funcionalidade do paciente com menores possibilidades de eventos adversos. Neste sentido, o papel do fisioterapeuta na equipe multiprofissional se destaca na condução da MP, em especial pela realização de posicionamentos terapêuticos, de exercícios passivos até a deambulação, treino com carga,

exercícios respiratórios, entre outros.^{12,13,14}

A MP pode contribuir com a diminuição da dispneia e da fadiga muscular. Além do fortalecimento da musculatura respiratória e periférica, contribui com melhora na função cardiorrespiratória, aumenta a distância de deambulação, diminuição do *delírium*, da inflamação, do tempo da VMI e de internação.^{7,15,16,17} Mas, assim como todo procedimento, existem critérios para execução, além de contraindicações. A execução da MP, em especial no paciente cardiopata, deve ser bem avaliada em virtude da maior probabilidade de instabilidade hemodinâmica desse paciente.

A equipe multiprofissional atuante na UTI deve estar ciente do uso da MP, suas

indicações, contraindicações, possíveis eventos adversos e o reconhecimento das reais barreiras encontradas para a intervenção, uma vez que a MP pode minimizar a perda funcional do doente crítico. A MP, por se tratar de um recurso benéfico para a reabilitação de pacientes cardiopatas em ambiente da UTI, como também, no pós-operatório imediato em enfermarias, pode e deve ser utilizada em protocolos de tratamento intensivo, a exemplo do proposto por Marra et al.¹⁸ que inclui a MP no pacote de recomendações para a liberação do paciente da UTI. Dessa forma, o objetivo do trabalho foi avaliar o conhecimento da equipe da UTI de um Hospital Universitário sobre a MP, evidenciando seus aspectos e possíveis barreiras para realização.

MATERIAL E MÉTODOS

Tratou-se de um estudo transversal de caráter observacional com abordagem exploratória, descritiva e delineamento quantitativo realizado, durante o mês de setembro de 2020, na UTI Cardiológica de um Hospital Universitário na cidade de João Pessoa-PB. Participaram da pesquisa profissionais da equipe da UTI formada por enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos e fisioterapeutas, que se incluíam no estudo por serem profissionais que estavam no serviço, aceitaram participar da pesquisa e por formarem a equipe que trabalha com MP. Foram realizadas quatro visitas à unidade hospitalar para coleta de dados dos profissionais da equipe da UTI cardiológica, como forma de ter acesso a toda equipe no rodízio da escala de plantões. Os profissionais foram abordados em seus turnos de serviço e orientados acerca da pesquisa e do TCLE.

Para a realização da coleta de dados,

foi utilizado um formulário subdividido em itens referentes ao perfil sociodemográfico dos profissionais como sexo e idade, além de informações quanto ao tempo de experiência e capacitações na área da UTI, itens que avaliaram o conhecimento dos profissionais sobre a MP, suas implicações e barreiras do serviço e questões acerca do imobilismo. Esse formulário foi elaborado com base nos trabalhos já publicados,^{19,16,20,21} além do instrumento do Hospital Johns Hopkins acerca da MP.²²

Para os itens de avaliação do conhecimento da MP, as respostas corresponderam a uma escala de possibilidades pré-estabelecidas (tipo Likert), na qual foram atribuídas as respostas: “Concordo totalmente”, “Concordo”, “Neutro”, “Discordo” e “Discordo totalmente”. A segunda parte do instrumento consistiu em questões abertas. Para análise dos resultados,

as respostas “Concordo totalmente” e “Concordo” foram reunidas em um único grupo, da mesma forma que as respostas “Discordo” e “Discordo totalmente”, assim como o uso de variáveis discretas para a elaboração da porcentagem.

De forma complementar, um item do instrumento correspondeu a respostas abertas para que os profissionais listassem

as principais barreiras e contraindicações do serviço para a realização da MP. A duração da aplicação dos instrumentos variou de acordo com a disponibilidade de tempo do entrevistado.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa das Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança, sob nº CAAE: 35801220.7.0000.5179.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 27 profissionais, sendo quatro enfermeiros, três fisioterapeutas, 16 técnicos de enfermagem e quatro médicos. Desse total, 22 eram do sexo feminino, com média de idade de 34 anos (Tabela 1). Com relação ao tempo de

experiência, 72% tinham tempo menor do que cinco anos. Já em relação à capacitação, 91% dos profissionais de nível superior possuíam especialização na área da UTI e 25% dos profissionais de nível médio relataram ter realizado curso ou capacitação na área.

TABELA 1. Perfil dos profissionais da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Cardiológica de um Hospital Universitário do município de João Pessoa, Paraíba.

Especialidade	Número de profissionais	Tempo de Experiência em UTI <5 anos	Tempo de Experiência em UTI >5 anos	Tempo no serviço < 5 anos	Tempo no serviço > 5 anos	Capacitação/ Curso na área de UTI
Médicos	4	1 (25,0%)	3 (75,0%)	2 (50,0%)	1 (25,0%)	4 (100,0%)
Enfermeiros	4	4 (100,0%)	0 (0,0%)	4 (100,0%)	0 (0,0%)	4 (100,0%)
Fisioterapeutas	3	1 (33,0%)	1 (33,0%)	2 (67,0%)	1 (33,0%)	2 (67,0%)
Téc.Enfermagem	16	12 (86,0%)	2 (14,0%)	9 (70,0%)	1 (33,0%)	12 (86,0%)

Dados apresentados por frequência absoluta e relativa (%).

A capacitação e a experiência da equipe no manejo do paciente crítico são fundamentais para um atendimento de qualidade, pois minimiza danos ao paciente durante a internação. Na pesquisa, foi constatado que a equipe multiprofissional é composta, em sua maioria, por profissionais com tempo de experiência no serviço menor do que cinco anos, mas que realizaram cursos de capacitação e/ou especialização na área. A capacitação se faz importante, pois possibilita atribuir ao profissional mais

conhecimento acerca de determinado tema e área, contribuindo, assim, no aprimoramento de suas habilidades e, conseqüentemente, abrangendo melhor as necessidades durante a assistência.^{23,24}

A Tabela 2 apresenta os resultados quanto ao conhecimento dos profissionais sobre a MP. Observou-se uma diversificação de opiniões dos profissionais quanto as conseqüências do imobilismo e aos princípios da MP.

TABELA 2. Conhecimento de profissionais da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Cardiológica, sobre Mobilização Precoce (MP) e questões do serviço de um Hospital Universitário do município de João Pessoa, Paraíba.

Questões	Discordo/ Discordo Totalmente	Neutro	Concordo/ Concordo Totalmente
Eu conheço a síndrome do imobilismo?	(n=4)15,0%	4 (n=2) 7,0%	(n=21) 78,0%
Entre as complicações do imobilismo estão a diminuição da força muscular, alterações ósseas, complicações respiratórias e hemodinâmicas?	(n=1)4,0%	(n=1)4,0%	(n=25)92,0%
A MP deve ser realizada em todos os pacientes da UTI?	(n=17) 63,0% 3	(n=2)7,0%	(n=8) 30,0%
A minha equipe da UTI discute sobre a necessidade de MP durante a rotina do plantão?	(n=7) 26,0%	(n=5) 18,0%	(n=15) 56,0%
O meu serviço dispõe de protocolo de MP?	(n=7)26,0%	(n=4)15,0%	(n=16)59,0%
A MP deve ser avaliada e realizada por toda equipe da UTI?	(n=1)4,0%	(n=2)7,0%	(n=24)89,0%
Conheço e compreendo as contraindicações para realização da MP?	(n=2)7,0%	(n=4)15,0%	(n=21) 78,0%
A MP é realizada diariamente no serviço?	(n=11)41,0%	(n=4)15,0%	(n=12)44,0%

Dados apresentados por frequência absoluta e relativa (%). Dados apresentados por frequência absoluta e relativa (%). MP=Mobilização Precoce. UTI= Unidade de Terapia Intensiva.

Quanto ao conhecimento sobre a MP, a maioria, (92%) dos profissionais, concorda que a Síndrome do Imobilismo é responsável por uma série de complicações que podem ser refletidas em todos os sistemas orgânicos do paciente e que impactará no desfecho da internação. A Síndrome do Imobilismo ocorre quando o paciente permanece acamado, sem movimento, devido a ventilação mecânica invasiva, sedação e quadro clínico grave, além de outros fatores, o que repercute em perda da força muscular e diminuição de amplitude de movimento.²⁵

O Imobilismo acarreta danos que podem perdurar por semanas ou chegar a meses e anos. Para minimização destes agravos, a ação da equipe da UTI na realização da MP se faz necessária, pois é importante que os profissionais tenham conhecimento sobre o tema para que trabalhem de forma preventiva e correta.^{25,26}

Os protocolos de liberação do paciente da UTI recomendam que os profissionais discutam diariamente a MP no ambiente hospitalar, sendo atribuição de toda equipe, uma vez que a MP tem papel

crucial no processo de recuperação do doente crítico.^{27,28} Do total de entrevistas, 56% referiram que a equipe discute diariamente a necessidade de MP e 59% concordaram que o serviço dispõe de protocolo de MP (Tabela 2).

Diante do exposto, enfatiza-se a necessidade de que o protocolo seja priorizado na assistência, além de ser discutido como forma de reciclar o conhecimento da equipe sobre o tema. Além disso, 44% concordam que a MP é realizada diariamente no serviço e 41% discordam, além dos 14% neutros. A contrariedade das respostas pode evidenciar que o protocolo não é de conhecimento de todos. Os protocolos nos serviços são importantes, pois facilitam, uniformizam e garantem a continuidade da assistência, auxiliando o desempenho do serviço, sendo também um estímulo ao paciente, evidenciando que, mesmo com as barreiras, é importante que sejam seguidos, com maior frequência, implementações de programas como esse.^{29,30}

Quando os profissionais foram questionados se a MP deve ser realizada em

todos os pacientes, ocorreu uma divergência entre as repostas. Cerca de 63% discordaram da indicação ampla da MP e dois profissionais responderam de forma neutra. Este achado não corrobora o mencionado sobre os efeitos deletérios do Imobilismo.

A MP é uma intervenção relevante no ambiente de UTI e faz parte do Bundle ABCDEF que auxilia numa intervenção focal e efetiva da equipe, o que possibilita o melhor manejo do doente crítico, diminuição de custos à saúde e alta precoce, por isso, a importância de seu uso nesse ambiente. O pacote enfatiza a importância da MP no processo de recuperação do paciente e ela associada às demais intervenções da equipe contribuem significativamente com a condição de saúde do paciente e minimizam a perda funcional, por meio do movimento.³¹ A MP pode ser realizada a partir de um simples

posicionamento terapêutico até a realização da deambulação do paciente. Dessa forma, independentemente do quadro do paciente, condutas poderão ser realizadas.

A Tabela 3 reporta as barreiras do serviço para a realização da MP. Dos 27 entrevistados, dois não responderam todos os itens. Logo, os resultados apresentados representam 25 profissionais. As principais barreiras elencadas foram a recusa do paciente e a falta de conhecimento sobre os riscos e benefícios da MP. As outras barreiras não foram elencadas devido a porcentagem de opções “discordo/discordo totalmente”, sendo elas, o tempo reduzido da equipe para a realização da MP (42%), a mobilização vista como atribuição do fisioterapeuta (70%), o receio/medo da equipe em mobilizar (60%), pacientes sem perfil para MP (56%) e não ser prioridade (63%).

TABELA 3. Percepção acerca das barreiras do serviço para realização da Mobilização Precoce (MP) na da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Cardiológica de um Hospital Universitário do município de João Pessoa, Paraíba.

Questão:	Concordo/ Concordo Totalmente	Neutro	Discordo/ Discordo Totalmente
O serviço possui algumas barreiras para realização da MP, como:			
Recusa do paciente	13(50,0%)	5 (19,0%)	8(31,0%)
Tempo reduzido da equipe para realização da MP	6(25,0%)	8(33,0%)	10(42,0%)
A MP é papel do Fisioterapeuta	8(30,0%)	0(0,0%)	19(70,0%)
Receio/ medo da equipe em mobilizar os pacientes	9(33,0%)	2 (7,0%)	2 (7,0%)
Falta de conhecimento sobre riscos e benefícios da MP	13(48,0%)	6(22,0%)	8(30,0%)
Pacientes da UTI sem perfil para MP	7(26,0%)	5(18,0%)	15(56,0%)
A MP não é prioridade	6(22,0%)	4(15,0%)	17(63,0%)

Dados apresentados por frequência absoluta e relativa (%). MP= Mobilização Precoce. UTI=Unidade de Terapia Intensiva.

As barreiras para a MP podem ser divididas em barreiras do serviço e dos profissionais, destacando-se a falta de priorização do serviço, responsabilidade apenas do fisioterapeuta, falta de recursos, suposições não avaliadas do que pode acontecer, desconhecimento sobre o tema, falta de esforço multidisciplinar e comunicação, a não valorização da prática,

recusa do paciente, suposições acerca da necessidade de repouso, ordens ortopédicas, necessidade de mais profissionais e falta de tempo.^{7,15,20,21} Na pesquisa, as principais barreiras referidas pelos profissionais foram a recusa do paciente e falta de conhecimento sobre riscos e benefícios da MP. De fato, existe a necessidade de se respeitar a opção do paciente, no entanto, a equipe deve buscar

ativamente a possibilidade de realização, haja vista os benefícios.

O entendimento sobre as indicações e contraindicações da MP é fundamental para a minimização da ocorrência de eventos adversos. Entre as contraindicações da MP, destacam-se: tromboflebite, infecção sistêmica aguda, embolia recente, instabilidade hemodinâmica, o que torna fundamental o trabalho interdisciplinar para sua resolução.¹¹ Em relação a pesquisa, as principais contraindicações citadas foram a instabilidade hemodinâmica, pacientes graves, recusa do paciente e pós-operatório imediato de angioplastia.

Devido aos profissionais trabalharem numa UTI cardiológica e sabendo-se que no pós-operatório imediato de angioplastia há a necessidade de manutenção do paciente em decúbito zero, com repouso nas primeiras seis horas pelos riscos de sangramento, equimose e fístula arteriovenosa, pode-se presumir o

CONCLUSÃO

A Mobilização Precoce (MP), enquanto parte do pacote de libertação da UTI, evidencia sua importância e os benefícios que podem levar ao paciente e ao serviço. Deste modo, é necessário que os profissionais da equipe da UTI compreendam, discutam sobre o tema e trabalhem de forma coletiva e integrada, pois a realização dela é de responsabilidade de todos os profissionais que compõem a equipe da UTI, seja na execução ou, na facilitação da sua realização. Dessa forma, são importantes a elaboração e o seguimento de um protocolo de MP do serviço, pois eles podem facilitar a rotina do serviço assim como no manejo do paciente.

O presente estudo abordou além

motivo de a maioria dos profissionais citarem a angioplastia como contraindicação.^{32,33} A divergência entre a realização diária da MP também pode ser explicada, em parte, pelo mesmo motivo, além do que, a depender do número de admissões de pacientes e da realização de procedimentos cirúrgicos, a UTI pode atender a um público maior de pacientes com o perfil da angioplastia.

A MP pode ser conduzida por meio de exercícios passivos no próprio leito, exercícios ativos, deambulação, exercícios com carga, treinamento muscular respiratório,^{13,34} o que corrobora as principais condutas referidas pelos entrevistados, no qual destacam-se a sedestação no leito, mudanças de decúbito e deambulação. Alguns profissionais associaram a MP com a necessidade de contenção do paciente no leito, o que reflete, ainda mais, a necessidade de capacitação dos profissionais quanto ao tema.

da MP, também o Imobilismo, aspectos contribuintes para manejo da equipe na UTI, contribuições desses profissionais na intervenção direta ao paciente do setor e pôde evidenciar a compreensão deles a respeito de alguns temas.

A maioria dos profissionais da equipe compreendem as complicações do Imobilismo e a importância da MP. No entanto, alguns profissionais não souberam discutir acerca de questões relevantes, além da divergência da equipe quanto à realização diária da mobilização e do seguimento do protocolo do serviço, o que evidencia uma necessidade de educação continuada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. Doenças Cardiovasculares. 2017 disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=1096.
2. Garzesi AM, Garcia LR, Felicio ML, Santos AAT, Passaroni AC, Martins AS, et al. Capítulo 4, Ebook Cirurgia Cardíaca do Adulto. Departamento de Cirurgia e Ortopedia da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP. São Paulo, 2018.
3. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Cardíomêtro. 2020. Disponível em: <http://www.cardiometro.com.br/grafico.asp>; acesso realizado em 15/06/2021.
4. BRASIL. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Cuidado às Pessoas com Doenças Cardiovasculares no SUS, 2015.
5. Soares GMT, Ferreira DCS, Gonçalves MPC, Alves TGS, David FL, Henriques KMC, et al. Prevalência das Principais Complicações Pós-Operatórias em Cirurgias Cardíacas. Rio de Janeiro: Rev Bras Cardiol. 2011 Mai/jun; 4(3):139-46.
6. Oliveros MJ, Sepúlveda P, Serón P, Fuentes R. Rehabilitación Cardíaca Fase I: Progresión según pasos protocolizados en pacientes cardioquirúrgicos em un hospital público de Chile. Chile: Revista Chilena de Cardiología. 2019 Abr; 38(1): 9-19.
7. Harrold ME, Salisbury LG, Webb SA, Alisson GT. Early mobilisation in intensive care units in Australia and Scotland: a prospective, observational cohort study examining mobilisation practices and barriers. Reino Unido: Crit Care. 2015 Sep; 19(1):336.
8. Parry SM, Huang M, Needham DM. Evaluating physical functioning in critical care: considerations for clinical practice and research. Reino Unido: Crit Care. 2017 Oct; 21(1):249.
9. Amorim TV, Salimena AMO. Processo cirúrgico cardíaco e suas implicações no cuidado de enfermagem: revisão/reflexão. Juiz de Fora/ Minas Gerais: HU Revista. 2015 Jul/dez; 4(3):149-54.
10. García RJV, Escalona ÁLO, Ortiz OMG, García IDV. Necesidades de aprendizaje de médicos de atención primaria sobre reperfusión coronaria em el infarto agudo del miocardio. Cuba: MEDISAN. 2019 Mar/abr; 23(2):232-45.
11. EBSEH. Fisioterapia no Pós-Operatório de Cirurgia Cardíaca no Paciente Adulto. Protocolo Operacional Padrão, 2018.
12. Conceição TMA, Gonzáles AI, Figueiredo FCXS, Vieira DSR, Bündchen DC. Critérios de segurança para iniciar a mobilização precoce em unidades de terapia intensiva. Revisão sistemática. São Paulo: Rev Bras Ter Intensiva. 2017 Dez; 29(4): 509-19.
13. Santos GO, Queiroz RS, Jesus CS, Carneiro JAO, Faria LMA, Fernandes MH, et al. Pacientes internados em unidade de terapia intensiva que não adotam postura antigravitacional apresentam maiores chances de óbito. São Paulo: Fisioter. Pesqui. 2019 Set; 26(2): 235-40.
14. Silva VS, Pinto JG, Martinez BP, Camelier FWR. Mobilização na Unidade de Terapia Intensiva: revisão sistemática. São Paulo: Fisioter. Pesqui. 2014 Out/dez; 24(4):398-04.
15. Truong AD, Fan E, Brower RG, Needham DM. Bench-to bedside review: Mobilizing patients in the intensive care unit – from pathophysiology to clinical trials. Reino Unido: Crit Care. 2009 Jul; 13(4).
16. Dubb R, Nydahl P, Hermes C, Schwabbauer N, Toonstra A, Parker AM, et al. Barriers and Strategies for Early Mobilization of Patients in Intensive Care Units. Estados Unidos: Ann Am Thorac Soc. 2016 May; 15(5): 724-30.
17. Hodgson CL, Capell E, Tipping, CJ. Early Mobilization of Patients in Intensive Care:

Organization, Communication and Safety Factors that Influence Translation into Clinical Practice. Reino Unido: Crit Care. 2018 Mar; 77(22).

18. Marra A, Ely EW, Pandharipande PP, Patel MB. The ABCDEF Bundle in Critical Care. Estados Unidos: Critical Care Clinics. 2017 Apr; 33(2): 225-43.

19. Fontela PC, Forgiarini JR LA, Friedman G. Atitudes clínicas e barreiras percebidas para a mobilização precoce de pacientes graves em unidades de terapia intensiva adulto. São Paulo: Rev Bras Ter Intensiva. 2018 Jun; 30(2): 187-94.

20. Hoyer EH, Brotman DJ, Chan KS, Needham DM. Barriers to Early Mobility of Hospitalized General Medicine Patients. Estados Unidos: Am J Phys Med Rehabil. 2015 Apr; 94(4): 304-12.

21. Goodson CM, Friedman LA, Manthey E, Heckle K, Lavezza A, Toonstra A, et al. Perceived Barriers to Mobility in a Medical ICU: The Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey for the ICU. Cambridge: J Intensive Care Med. 2018.

22. The Johns Hopkins Medicine. Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey. Activity and Mobility Promotion. 20--? Site para busca: https://www.hopkinsmedicine.org/physical_medicine_rehabilitation/education_training/amp/toolkit.html

23. Dias DM, Guimarães MGV. Avaliação do impacto da capacitação profissional no âmbito da prefeitura de Manaus por meio da aplicação do modelo impact. João Pessoa: Perspectivas em Gestão & Conhecimento. 2016 Jan/Jun; 6(1): 200-22.

24. Martins FR, Morini MS, Olinda AG, Barros FHV, Silva LO, Roseno MASG. Necessidades de qualificação do processo de trabalho da Enfermagem em UTI Pediátrica. Brasil: Rev. Mult. Psic. 2019; 13(43): 322-28.

25. Pereira HCB, Duarte PHM, Mélo TM, Silva RMC, Santos WV, Barbosa DS, et al. Intervenção fisioterapêutica na Síndrome da Imobilidade em pessoas idosas: revisão sistematizada. São Paulo: Archives of Health Investigation. 2017; 6(11): 505-08.

26. Castelino T, Fiore JF, Niculiseanu P, Landry T, Augustin B, Feldman LS. The effect of early mobilization protocols on postoperative outcomes following abdominal and thoracic surgery: A systematic review. Holanda: Surgery - Elsevier. 2016 Apr; 159(4): 991-03.

27. Hodgson CL, Stiller K, Needham DM, Tipping CJ, Harrold M, Baldwin CE, et al. Expert consensus and recommendations on safety criteria for active mobilization of mechanically ventilated critically ill adults. Reino Unido: Crit Care. 2014 Dec; 18(6): 658.

28. Stollings JL, Devlin JW, Lin JC, Pun BT, Byrum D, Barr J. Best practices for conducting interprofessional team rounds to facilitate performance of the ICU liberation (ABCDEF) bundle. Nova York: Crit. Care Med. 2020 Apr; 48(4): 562-70.

29. Rupich K, Missimer E, O'Brien D, Shafer G, Wilensky EM, Pierce JT, et al. The Benefits of Implementing an Early Mobility Protocol in Postoperative Neurosurgical Spine Patients. Nova York: Am J Nurs. 2018 Jun; 118(6): 46-53.

30. Dirkes SM, Kozlowski C. Early Mobility in the Intensive Care Unit: Evidence, Barriers, and Future Directions. Secaucus: Crit Care Nurse. 2019 Jun; 39(3): 33-43

31. ICU Liberation. The ABCDEF Bundle. Disponível em: <http://www.iculiberation.org>. Acesso dia 10 de Outubro de 2020.

32. Aguiar GA, Aguiar MA. Angioplastia Coronária: desafios e possibilidades na assistência de Enfermagem. Brasil: DESAFIOS-Revista Interdisciplinar Da Universidade Federal Do Tocantins. 2019; 6(1): 87-89.

33. Lima VCGS, Queluci GC, Brandão ES. Cuidados de enfermagem ao cliente pós-angioplastia transluminal coronariana. Recife: Rev. enferm. UFPE on line. 2019 Mar; 13(3): 732-42.

34. Paton M, Lane R, Hodgson CL. Early Mobilization in the Intensive Care Unit to Improve Long-Term Recovery. Estados Unidos: Crit Care Clin. 2018 Aug/oct; 34(4): 557-71.

SÍNDROME DE BURNOUT E ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA EM CAPS-AD DA PARAÍBA

BURNOUT SYNDROME AND PHYSICAL EDUCATION PROFESSIONAL PERFORMANCE IN PARAÍBA CAPS-AD

Leonardo dos Santos Oliveira^{I*}, Valdir Andrade Tôrres Junior^{II}, Natália Maria Mesquita de Lima Quirino^I

Resumo. A Síndrome de Burnout (SB) é um fenômeno ocupacional que afeta milhares de profissionais de saúde no mundo inteiro, cuja prevalência tem sido analisada em diferentes contextos laborais. Contudo, a literatura não aponta trabalhos analisando a SB e os fatores associados à atuação de profissionais de Educação Física junto aos Centros de Apoio Psicossociais álcool e drogas (CAPS-ad). Portanto, este estudo investigou as dimensões da SB e suas relações com características da atuação do profissional de Educação Física em diferentes CAPS-ad da Paraíba. Em um estudo correlacional, profissionais de Educação Física, atuantes nos CAPS-ad de Cabedelo (n= 1), João Pessoa (n= 2), Monteiro (n= 1) e Sousa (n= 1), responderam um questionário autoaplicável composto por três seções: 1) características sociodemográficas; 2) características da atuação profissional; e 3) características de esgotamento profissional (Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey). Após análise descritiva [frequências relativa e absoluta, média e desvio padrão ou mediana e intervalo interquartil (IQR)], o relacionamento entre as dimensões da SB e as variáveis relativas à atuação profissional foi verificado pelo coeficiente de Spearman e pelo teste Qui-quadrado. As dimensões de Exaustão Emocional (EE; 60,0%) e Despersonalização (DP; 60,0%) apresentaram baixa prevalência, contudo, observou-se alta prevalência para a dimensão Reduzida realização profissional (RP; 60,0%). Foram constatados valores medianos de 18 (IQR= 11), 6 (IQR= 6) e 33 (IQR= 18) pontos para EE, DP e RP (ineficácia), respectivamente. A dimensão RP apresentou forte relacionamento com renda, tempo de profissão e carga horária total, mas, moderada com tempo de atuação no CAPS-ad. Não foram verificadas associações entre as dimensões da SB e a satisfação com o trabalho ($\chi^2 \leq 3,06$; $P > 0,05$). Considerando a baixa prevalência da SB, os profissionais de Educação Física parecem demonstrar uma condição psicológica equilibrada para o atendimento de indivíduos com transtornos pelo uso de álcool e outras drogas.

PALAVRAS-CHAVE: Esgotamento Psicológico. Saúde Mental. Saúde do Trabalhador. Pessoal de Saúde.

Abstract. Burnout Syndrome (BS) is an occupational phenomenon that affects thousands of health professionals worldwide, whose prevalence has been widely analyzed in different work contexts. However, the literature does not indicate studies analyzing BS and the factors associated with the performance of Physical Education professionals at the Psychosocial Support Centers for alcohol and drugs (CAPS-ad). Therefore, this study investigated the BS and its relationship with the performance of the Physical Education professional at CAPS-ad in Paraíba. In a correlational study, Physical Education professionals, working at CAPS-ad from the cities of Cabedelo (n= 1), João Pessoa (n= 2), Monteiro (n= 1), and Sousa (n= 1), answered a questionnaire consisting of three sections: 1) sociodemographic characteristics; 2) characteristics of professional performance; and 3) characteristics of professional exhaustion (Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey). After descriptive analysis [relative and absolute frequencies, mean and standard deviation or median and interquartile range (IQR)], the relationship between the dimensions of BS and the variables related to professional performance was verified by the Spearman coefficient and by the Chi-square test. The dimensions of Emotional Exhaustion (EE; 60.0%) and Depersonalization (DP; 60.0%) presented low prevalence, however, a high prevalence for the dimension of Reduced personal accomplishment was found (RPA; 60.0%). Median values of 18 (IQR= 11), 6 (IQR= 6) and 33 (IQR= 18) points were found for EE, DP, and RPA (ineffectiveness), respectively. The RPA dimension had a strong relationship with remuneration, time in the profession, and total workload, but a moderate correlation with time working at the CAPS-ad. There were no associations between the dimensions of BS and job satisfaction ($\chi^2 \leq 3.06$; $P > 0.05$). Due to low prevalence of BS, the Physical Education professionals seem to demonstrate a balanced psychological condition of the professionals for the care of individuals with disorders due to the use of alcohol and other drugs.

KEYWORDS: Burnout. Psychological. Mental Health. Occupational Health. Surveillance of the Workers Health.

^ILicenciado em Educação Física, Mestre em Educação Física. Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE. CEP: 58067-695, João Pessoa, Paraíba, Brasil.
*Autor correspondente: leosoliveira@uol.com.br.
ORCID ID: 0000-0001-7485-105X; 0000-0003-0574-639X.

^{II}Bacharel em Educação Física. Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE. CEP: 58064-230, João Pessoa, Paraíba, Brasil.
ORCID ID: 0000-0002-0702-0317.

INTRODUÇÃO

A Síndrome de Burnout (SB) é um fenômeno ocupacional que afeta milhares de profissionais de saúde no mundo inteiro.¹⁻³ Esse esgotamento é, geralmente, caracterizado por sentimentos de exaustão ou exaustão de energia, sentimentos de negativismo ou cinismo relacionados ao trabalho e eficácia profissional reduzida.³⁻⁵ Além disso, a SB é individual e se torna uma resposta crônica ao estresse interpessoal que existe e acontece no ambiente de trabalho.^{4,5} Portanto, um ambiente de trabalho desfavorável pode levar a problemas de ordem física e mental, absenteísmo, perda de produtividade, entre outros males.^{3,4}

Profissionais em esgotamento não estão simplesmente exaustos por elevada carga de trabalho.⁶ Há, da mesma forma, uma desconexão psicológica com seu trabalho, influenciando em sua motivação e identidade.^{4,6} No contexto laboral da saúde mental, ainda existe uma combinação de sentimentos que o trabalhador atuante nos cuidados de pessoas com transtornos mentais e/ou dependência química acaba vivenciando no ambiente de trabalho.^{1,7,8}

Estudos prévios com trabalhadores nos Centros de Apoio Psicossociais (CAPS), especializados em indivíduos com transtornos pelo uso de álcool e outras drogas (CAPS-ad), ainda apontam a necessidade de ampliação da equipe de saúde, problemas de diferenciação de contratos de trabalho e remuneração justa.^{9,10}

Assim como outros profissionais

atuantes nos CAPS, o profissional de Educação Física (EF) também tem sua contribuição na restauração da saúde desses usuários. Nesta modalidade de CAPS, estes profissionais desenvolvem ações recreativas, oficinas terapêuticas, acolhimento, confraternizações, até as mais direcionadas à melhoria da aptidão física.^{11,12} Todavia, eles estão sujeitos a uma rotina ocupacional exaustiva, com diferentes tipos de agentes estressores, podendo desempenhar um trabalho depressivo e sem nenhuma satisfação ou motivação.¹³ Apesar de a SB ter sido amplamente analisada em diferentes contextos laborais,^{1,2,13,14} a literatura não aponta trabalhos analisando o fenômeno do esgotamento profissional e os fatores associados à atuação de profissionais de EF junto aos CAPS, sobretudo nos CAPS-ad.

O presente trabalho se torna importante em razão de que a SB vem sendo considerada um grande problema social, afetando de forma negativa a saúde de profissionais da área da saúde, dentre eles os profissionais de EF. Em adição, pode-se contribuir para oferecer novas ideias acerca do problema da SB, auxiliando na solução dos múltiplos desafios encontrados na relação entre pessoa e emprego. Portanto, este estudo investigou as dimensões da SB e suas relações com características da atuação do profissional de EF em diferentes CAPS-ad da Paraíba. Em face do exposto, a hipótese é que exista associação entre a SB e as características de atuação do profissional de EF nos CAPS-ad.

MATERIAL E MÉTODOS

Caracterização do estudo

Tratou-se de um estudo com abordagem quantitativa (quantificando os dados obtidos para validar hipóteses), do tipo descritivo correlacional (descrevendo relações entre duas ou mais categorias, conceitos ou variáveis em um momento determinado).¹⁵

Constituem-se, como local da investigação, diferentes CAPS-ad da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do estado da Paraíba, em outubro de 2020. À época, esta RAPS contemplava seis CAPS-ad em cada uma das cidades de Cabedelo, Cajazeiras, Campina Grande, Guarabira, Patos e Sousa, e nove CAPS-ad III localizados nas cidades de Campina Grande, João Pessoa (2 unidades), Mamanguape, Monteiro, Piancó, Pombal, Princesa Isabel e Sapé.¹⁶

Participantes e aspectos éticos

Participaram do estudo cinco profissionais de EF que trabalhavam em diferentes CAPS-ad da Paraíba, a saber: Cabedelo (n= 1), João Pessoa (n= 2), Monteiro (n= 1) e Sousa (n= 1). O recrutamento dos participantes foi efetuado por meio de ligação telefônica para a Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba e a Coordenação Estadual de Saúde Mental da Paraíba, solicitando-se o contato de cada CAPS-ad e, posteriormente, o contato desses profissionais.

Foi estabelecido o seguinte critério de inclusão: atuar como profissional de Educação Física em CAPS por, no mínimo, um ano. Foram excluídos os profissionais que não retornaram o questionário.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética para Pesquisa com Seres

Humanos da FACENE (Protocolo: 264/2020 e CAAE: 36753320.9.0000.5179). Todos os profissionais consentiram virtualmente a participação voluntária no estudo a partir de um termo livre e esclarecido, conforme Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Instrumentos e procedimentos para coleta de dados

Um questionário virtual (via Formulários Google) foi usado para coletar os dados, cujo tempo estimado para completar foi de 10-12 minutos. Este questionário foi composto por três seções:

- **Características sociodemográficas:** informações sobre faixa etária, sexo, raça, estado civil, número de filhos, remuneração (número de salários mínimos estimados em R\$ 1045,00) e satisfação econômica foram coletadas por meio de um questionário elaborado pelos autores.
- **Características da atuação profissional:** informações sobre tempo de profissão, tempo de atuação no CAPS, carga horária semanal de trabalho no CAPS, turno de trabalho no CAPS, outros vínculos trabalhistas e satisfação com o trabalho foram coletadas por meio de um questionário elaborado pelos autores.
- **Características de esgotamento profissional:** aplicou-se a versão adaptada para a língua portuguesa do *Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey* (MBI – HSS).¹⁷ Trata-se de um instrumento autoaplicável que contempla

22 itens e analisa três dimensões da SB: exaustão emocional (EE), despersonalização (DP) e reduzida realização profissional (RP). A EE é descrita como um sentimento de ausência de energia física e emocional para realizar atividades profissionais.¹⁸ ADP é retratada como um afastamento emocional das outras pessoas, agindo de forma fria, com cinismo, ironia, falta de gentileza, tratando os outros como um objeto sem valor, levando, infelizmente, à falta de realização profissional e sentimento de incompetência.^{4,18} Por sua vez, a RP (ineficácia) é compreendida como um fenômeno paralelo e não necessariamente pertence ao problema de Burnout, que se manifesta em decorrência da desilusão e não satisfação com as tarefas ocupacionais.¹⁸⁻²⁰ A cada um dos itens foram atribuídos graus de intensidade em uma escala do tipo Likert de 1 a 5: 1 (nunca); 2 (algumas vezes ao ano); 3 (algumas vezes ao mês); 4 (algumas vezes na semana); e 5 (diariamente). No geral, pode-se classificar a SB quando existem pontuações elevadas nas dimensões EE e DP com pontuação baixa na RP.²¹ Todavia,

como critério diagnóstico de SB, após somatório das pontuações por dimensão do MBI-HSS, seguiu-se a classificação nos níveis alto, médio e baixo²² (Tabela 1).

Análise estatística

Dados de variáveis categóricas foram descritos por frequência absoluta (n) e relativa (%). Por sua vez, dados de variáveis numéricas foram reportados por média e desvio padrão (DP) ou mediana (Md) e intervalo interquartil (IQR), respectivamente, para dados com distribuição normal ou não (Teste de Shapiro-Francia). A correlação entre os escores de cada dimensão da SB e as variáveis numéricas das características de atuação profissional foi obtida por meio do coeficiente Rho de Spearman, classificada conforme Dancey e Reidy.²³ Por sua vez, a associação entre as dimensões da SB e satisfação com o trabalho foi verificada pelo teste Qui-quadrado (χ^2) com ajuste de Fisher. A análise foi realizada por meio do programa IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 25.0 (IBM Corp., Armonk, EUA). Um valor-P menor que 5% foi considerado estatisticamente significativo.

TABELA 1. Dimensões da Síndrome de Burnout pelo Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS).

Dimensões	Pontuações			Questões
	Baixa	Média	Alta	
Exaustão emocional	< 19	19 – 26	≥ 27	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 e 20
Despersonalização	< 6	6 - 9	≥ 10	5, 10, 11, 15 e 22
Reduzida realização profissional (ineficácia)	≥ 40	34 - 39	≥ 33	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 e 21

Fonte: Adaptado de Moreira, Magnago, Sakae e Magajewski.²²

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 15 locais de pesquisa, apenas dois não dispunham de profissional de EF à época. Dos 13 profissionais convidados para o estudo, oito foram excluídos pelo não retorno do

questionário. Portanto, a pesquisa envolveu apenas cinco participantes (39,4% do total), possivelmente em virtude da pandemia de COVID-19, em que muitos serviços estavam

paralisados. Estes profissionais apresentaram média de idade de 37 (DP= 9) anos, sendo a maioria do sexo feminino (60,0%), brancos (80,0%), casados (60,0%), com 1 a 2 filhos, com média de remuneração de 3 (DP= 1) salários mínimos e com 60,0% de insatisfação com sua situação econômica.

Quanto às características de atuação profissional, verificou-se que a média do tempo de profissão foi de 13 (DP= 11) anos, a média do tempo de atuação nos CAPS-ad foi de 3 (DP= 2) anos e a média da carga horária semanal junto aos CAPS-ad foi de 18 (DP= 15) horas. Além disso, os profissionais

trabalhavam nos turnos matutino ou diurno, com 80,0% deles apresentando vínculo externo (ex.: professor em escola ou academia) com média de carga horária de, aproximadamente, 10 horas. Apenas 20,0% dos profissionais de EF estavam insatisfeitos com o trabalho.

A Tabela 2 resume as características de esgotamento profissional, cujas prevalências foram baixas para EE (60,0%) e DP (60,0%), mas, alta para RP (60,0%). Além disso, foram constatados valores medianos de 18 (IQR= 11), 6 (IQR= 6) e 33 (IQR= 18) pontos para as dimensões EE, DP e RP, respectivamente.

TABELA 2. Escore e classificação dos resultados do Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) entre os profissionais de Educação Física (EF) atuantes em CAPS-ad da Paraíba (n= 5). Paraíba, Brasil, 2020.

Profissional de EF	EE	DP	RP
#1	15 (Baixa)	8 (Baixa)	38 (Média)
#2	19 (Média)	6 (Média)	33 (Alta)
#3	31 (Alta)	14 (Alta)	30 (Alta)
#4	18 (Baixa)	5 (Baixa)	39 (Média)
#5	14 (Baixa)	5 (Baixa)	11 (Alta)

Cada profissional foi descrito por um "#"; EE, exaustão emocional; DP, despersonalização; RP, reduzida realização pessoal (ineficácia).

A Tabela 3 reporta a análise correlacional entre características de atuação profissional e dimensões da SB. A dimensão EE apresentou relacionamento moderado com tempo de profissão e tempo de atuação no CAPS-ad. A dimensão DP apresentou moderado relacionamento com a carga horária semanal no CAPS-

ad. A dimensão RP apresentou fortes relacionamentos com remuneração, tempo de profissão e carga horária total, mas, moderada correlação com tempo de atuação no CAPS-ad e carga horária semanal no CAPS-ad. Em adição, não foram verificadas associações entre as dimensões da SB e a satisfação com o trabalho ($\chi^2 \leq 3,06$; $P > 0,05$).

TABELA 3. Análise correlacional entre características de atuação profissional e dimensões da Síndrome de Burnout (SB) (n= 5). Paraíba, Brasil, 2020.

Características de atuação profissional	Dimensões da SB		
	EE	DP	RP
Remuneração	0,000 (P= 1,000)	-0,148 (P= 0,812)	0,866 (P= 0,058)
Tempo de profissão	-0,400 (P= 0,505)	-0,205 (P= 0,741)	0,800 (P= 0,104)
Tempo de atuação no CAPS	0,500 (P= 0,391)	-0,359 (P= 0,553)	0,400 (P= 0,505)
Carga horária semanal no CAPS	-0,103 (P= 0,870)	0,400 (P= 0,511)	0,462 (P= 0,434)
Carga horária total	0,000 (P= 1,000)	0,154 (P= 0,810)	0,900 (P= 0,040)

Valores do coeficiente Rho de Spearman e respectiva significância (valor-P). Valores em negrito indicam correlação significante ($P < 0,05$). EE, exaustão emocional. DP, despersonalização. RP, reduzida realização pessoal (ineficácia).

Em geral, tanto os escores quanto a prevalência em cada dimensão, observados para os profissionais de EF atuantes em diferentes CAPS-ad da Paraíba, são menores quando comparados a trabalhadores da área da saúde mental.¹ Dado que a EE é, tipicamente, considerada uma dimensão central da SB,^{4,5} este estudo aponta apenas um profissional com SB (#3), o que representa uma prevalência de 20,0%. Contudo, os altos escores de RP podem indicar produtividade ou capacidade reduzida destes trabalhadores, bem como incapacidade de lidar com situações no trabalho.⁵ Portanto, diante da suposição explícita de que as pessoas podem experimentar diferentes padrões de esgotamento, que podem mudar com o tempo,²⁴ é preciso ficar atento ao adoecimento desta classe trabalhadora.

Analisando separadamente as dimensões da SB, a alta pontuação para a RP pode estar atrelada a um possível desânimo com a profissão escolhida.^{19,20} Apesar de os profissionais de EF apresentarem experiência profissional acima de 10 anos, eles tinham pouca vivência nos CAPS-ad, o que pode justificar o elevado escore na RP uma vez que quanto maior tempo de profissão, menor tendência à SB, pelo motivo de já ter findado o estágio em que são frequentes as decepções profissionais. Além disso, a RP pode estar relacionada a más condições de trabalho, satisfação com a supervisão até o conteúdo que o trabalho oferece. Como consequência, estes profissionais podem apresentar queda no desempenho ao atenderem este público.

No contexto dos profissionais de EF de diferentes CAPS-ad da Paraíba, a RP se desenvolveu em paralelo às demais dimensões de Burnout, ao invés de sequencialmente.^{4,24} Uma vez que EE e DP parecem emergir da presença de sobrecarga de trabalho e conflitos sociais,⁴ nosso estudo aponta novas direções ao modelo de fase de Burnout, em que o cinismo é a fase inicial mínima, seguida

pelos acréscimos de ineficácia e, por fim, de exaustão.²⁴ Este achado pode auxiliar na solução de problemas relacionados à atuação do profissional de EF neste ambiente de trabalho, haja vista que sua prática difere, com efeito, dos demais profissionais da saúde.^{12,25}

As fortes correlações da RP com remuneração, tempo de profissão e carga horária total não são consistentes com outras pesquisas,¹ mas, parecem refletir um perfil ineficaz no trabalho.²⁴ O aprofundamento desta discussão requer análises estatísticas que vão além da análise correlacional realizada, contudo, em virtude da quantidade de participantes, não foi possível efetuá-las. Ao assumir esta limitação, sugere-se que novas investigações incluam mais profissionais e considerem as análises de perfis latentes, ainda que este procedimento seja específico para uma determinada amostra.²⁴

O fato de os profissionais de EF apresentarem pontuações baixa e média, tanto para EE, quanto para DP, respectivamente, está em desacordo com achados recentes.^{1,5} Curiosamente, a carga horária deles não se apresentou vinculada à exaustão ou ao cinismo. Este achado implica em relativo fator de proteção, pois, sabe-se da vulnerabilidade que a maioria dos profissionais da saúde apresenta nos serviços de saúde mental, nos quais o cuidado ao tratar indivíduos com sofrimento psíquico, por si, já é um fator estressor que pode levar ao adoecimento do trabalhador.^{1,7} Portanto, apesar de não se ter verificado a SB na maioria dos profissionais investigados, é importante avaliar e aplicar mudanças resolutivas para que, futuramente, eles não venham a apresentar quadros de esgotamento profissional.

Uma informação que merece destaque foi que embora os profissionais de EF tenham reportado insatisfação com questões salariais, observou-se elevada satisfação com o trabalho. É bem conhecido que estar satisfeito com o que a instituição oferece, com os benefícios e

políticas organizacionais é fundamental para a prevenção da SB.^{7,21,26} Diferentes estudos também têm apontando que a satisfação no trabalho está associada ao apoio de colegas e supervisores e menor pressão de carga de trabalho.^{27,28} Todavia, uma exploração mais aprofundada sobre os aspectos específicos de cada equipe de trabalho se faz necessária, especialmente, no estado da Paraíba.¹⁶

Os profissionais de EF são, historicamente, uma categoria com múltiplos conflitos relacionados à precarização e à frustração na carreira profissional.²⁹ Este fato pode explicar a forte correlação entre a carga horária e a dimensão relacionada à ineficácia profissional, de modo que parece haver uma confusão de sentimentos próprios dos profissionais de EF, comparado ao padrão de relacionamento conhecido para outros profissionais de saúde que trabalham na área

da saúde mental.^{1,7} No contexto dos CAPS, os profissionais de EF ainda não exercem plena funcionalidade conforme proposto em resolução especializada.³⁰ Nessa perspectiva, aspectos organizacionais podem ter uma influência persistente e de longo alcance, especialmente, quando violam as expectativas básicas de justiça e equidade.⁴

Como recomendação para estudos futuros, sugere-se a análise de uma maior quantidade de características de atuação profissional, bem como um aumento no número de participantes, a fim de reduzir a probabilidade de erro do tipo II. Destaca-se que a presente investigação não é representativa do panorama dos CAPS-ad da Paraíba, mas, fornece algum direcionamento para as autoridades competentes no cuidado desta classe trabalhadora.

CONCLUSÃO

Considerando a baixa prevalência da SB, os profissionais de Educação Física de diferentes CAPS-ad da Paraíba parecem demonstrar uma condição psicológica equilibrada para o atendimento de indivíduos com transtornos pelo uso de álcool e outras drogas. Além disso, apesar de os participantes

terem reportado elevada carga horária semanal, inclusive com vínculo externo ao CAPS-ad, no geral, as características de atuação profissional apresentaram vínculo estatístico forte apenas com a dimensão relacionada à ineficácia profissional.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Coordenação Estadual de Saúde Mental da Paraíba, na pessoa de Jaciara Mendes, aos participantes

pela disponibilidade em colaborar e ao Prof. Josélio Soares de Oliveira Filho pela revisão técnica do manuscrito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. O'Connor K, Neff DM, Pitman S. Burnout in mental health professionals: A systematic review and meta-analysis of prevalence and determinants. *Eur Psychiatry*. 2018;53:74-99.
2. Güler Y, Şengül S, Çaliş H, Karabulut Z. Burnout syndrome should not be underestimated. *AMB Rev Assoc Med Bras*. 2019;65(11):1356-60.
3. OPAS/OMS. CID: burnout é um fenômeno ocupacional [Internet]. Washington, DC: OPAS/OMS; 2019. [cited 19 mai 2020]. Available from: <https://www.paho.org/bra/>.
4. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol*. 2001;52:397-422.
5. Maslach C, Leiter MP. Understanding burnout: New models. In: Cooper CL, Quick JC, editors. *The handbook of stress and health: A guide to research and practice*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.; 2017. p. 36-56.
6. Mendez I, Martinez-Ramon JP, Ruiz-Esteban C, Garcia-Fernandez JM. Latent Profiles of Burnout, Self-Esteem and Depressive Symptomatology among Teachers. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(18).
7. Morse G, Salyers MP, Rollins AL, Monroe-DeVita M, Pfahler C. Burnout in mental health services: A review of the problem and its remediation. *Adm Policy Ment Health*. 2012;39(5):341-52.
8. Brotto TCA, Dalbello-Araujo M. É inerente ao trabalho em saúde o adoecimento de seu trabalhador? *Rev Bras Saúde Ocup*. 2012;37(126):290-305.
9. Clodoaldo SS, Barbosa GC, Oliveira MAF. Satisfação dos trabalhadores de um centro de atenção psicossocial em álcool e outras drogas. *Rev Uningá*. 2017;52(1):12-7.
10. Silva EA, Costa II. O profissional de referência em Saúde Mental: das responsabilizações ao sofrimento psíquico. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam*. 2010;13(4):635-47.
11. Costa TM, Santos FM, Silva RCB, Oliveira HLR, Ilha PV, Graup S. Educação Física e saúde mental: atuação profissional nos Centros de Atenção Psicossocial. *Pensar Prát*. 2017;20(3):539-51.
12. Furtado RP, Neto RC, Rios GB, Martinez JFN, de Oliveira MFM. Educação física e saúde mental: uma análise da rotina de trabalho dos profissionais dos CAPS de Goiânia. *Movimento (ESEFID/UFRGS)*. 2016;22(4):1077-90.
13. Guedes D, Gaspar E. "Burnout" em uma amostra de profissionais de Educação Física brasileiros. *Rev Bras Educ Fís Esporte*. 2016;30(4):999-10.
14. Silva ABN, Maximin DAFM, Souto CGV, Virgínio NA. Síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Ciênc Saúde Nova Esperança*. 2016;14(1):79-86.
15. Sampieri H, Collado F, Lucio B. *Metodologia de Pesquisa*. 5ª ed. Porto Alegre: Penso; 2013.
16. PARAÍBA. Relatório do monitoramento dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da Paraíba em 2018.2. João Pessoa: Secretaria de Estado da Saúde; Gerência Executiva de Atenção à Saúde; Coordenação Estadual de Saúde Mental – SES/PB, 2020.
17. Lautert L. O desgaste profissional: estudo empírico com enfermeiras que trabalham em hospitais. *Rev Gaucha Enferm*. 1997;18(2):133.
18. Benevides-Pereira AMT, Machado PGB, Porto-Martins PC, Carrobles JA, Siqueira JO. Confirmatory factor analysis of the ISB-Burnout Syndrome Inventory. *Psychology, Community & Health*. 2017;6(1):28-41.
19. Maslach C. What have we learned about burnout

- and health? Psychol Health. 2001;16(5):607-11.
20. Schaufeli WB, Bakker AB. Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. J Organiz Behav. 2004;25(3):293-315.
21. Maslach C. Finding solutions to the problem of burnout. Consult Psychol J: Pract Res. 2017;69(2):143.
22. Moreira DS, Magnago RF, Sakae TM, Magajewski FRL. Prevalência da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. Cad Saude Publica. 2009;25(7):1559-68.
23. Dancey C, Reidy J. Statistics without maths for psychology. 7ª ed. New York: Pearson; 2017.
24. Leiter MP, Maslach C. Latent burnout profiles: A new approach to understanding the burnout experience. Burn Res. 2016;3(4):89-100.
25. Furtado RP, Sousa MF, Martinez JFN, Rabelo NS, Oliveira NSR, Simon WJ. Desinstitucionalizar o cuidado e institucionalizar parcerias: desafios dos profissionais de Educação Física dos CAPS de Goiânia em intervenções no território. Saude Soc. 2017;26(1):183-95.
26. Maslach C, Leiter MP. New insights into burnout and health care: Strategies for improving civility and alleviating burnout. Med Teach. 2017;39(2):160-63.
27. Scanlan JN, Still M. Job satisfaction, burnout and turnover intention in occupational therapists working in mental health. Aust Occup Ther J. 2013;60(5):310-18.
28. Luther L, Gearhart T, Fukui S, Morse G, Rollins AL, Salyers MP. Working overtime in community mental health: Associations with clinician burnout and perceived quality of care. Psychiatr Rehabil J. 2017;40(2):252-59.
29. Furtado RP, Santiago LP. Educação Física e trabalho: considerações a respeito da inserção profissional de egressos da FEF-UFG. Rev Bras Educ Fís Esporte. 2015;29(2):325-36.
30. Conselho Federal de Educação Física. Resolução CONFED nº 230/2012. Dispõe sobre Especialidade Profissional em Educação Física na área de Saúde Mental. Diário Oficial da União. 2012. p. 175.

FACTORS ASSOCIATED TO INFLUENZA VACCINATION IN THE ELDERLY: AN INTEGRATIVE REVIEW

FATORES ASSOCIADOS À VACINAÇÃO CONTRA A INFLUENZA EM IDOSOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Maria de Fátima da Silva Moreira,^{I*} Maria Eduarda de Sousa Paulo,^{II} Salmana Rianne Pereira Alves,^{III}
Gláides Nely Sousa da Silva^{IV}

Abstract. It is known that several reasons for the non-adherence of the elderly population to influenza vaccination are discussed in the literature. The understanding about such factors supports the development of strategies to encourage the search for vaccination. Thus, the present study aims at analyzing the main factors associated with the non-adherence to influenza vaccination among the elderly. This is an integrative review, conducted in the LILACS, SCIELO and PUBMED databases, having as descriptors: elderly; influenza and vaccination. As inclusion criteria: original research articles published in the last 12 years (2008 to 2020). Regarding the associated factors contributing to the non-adherence to vaccination, demographic characteristics, lack of time to go to the healthcare unit, refusal of vaccination for several reasons, lack of knowledge, illness after other previous vaccinations, the lack of interest in taking it, overall disbelief in the vaccine and not having information about the vaccine stand out. Thus, campaigns and projects that aim at educationally informing the elderly about vaccination, must encompass these aspects and implement specific strategies to satisfactorily reach the target audience's adhesion to influenza vaccination.

KEYWORDS: Elderly. Influenza. Vaccination.

Resumo. Sabe-se que diversos motivos da não adesão dos idosos à vacinação contra influenza são discutidos na literatura. A compreensão acerca de tais fatores fundamenta o desenvolvimento de estratégias que estimulam a busca pela vacinação. Assim, o presente estudo tem o objetivo de analisar os principais fatores associados à vacinação contra a influenza que influenciam na não adesão dos idosos. Trata-se de uma revisão integrativa, realizada nas bases de dados LILACS, SCIELO e PUBMED. Tendo como descritores: idosos, influenza e vacinação. Como critérios de inclusão: artigos originais de pesquisa publicados nos últimos 12 anos (2008 a 2020). No que diz respeito aos fatores associados à vacinação que contribuem para não adesão, destacam-se as características demográficas, a falta de tempo de ir à unidade, a recusa da vacinação por motivos variados, a falta de conhecimento, o adoecimento após outra vacinação, a falta de interesse em tomar ou não, acreditar na vacina e não possuir a informação sobre a vacina. Assim, as campanhas e os projetos que visam informar de modo educativo os idosos a respeito da vacinação, devem compreender tais aspectos e implementar estratégias específicas para alcançar satisfatoriamente a adesão do público-alvo à vacinação contra influenza.

PALAVRAS-CHAVE: Idosos. Influenza. Vacinação.

^IEnfermeira, Especialista em Saúde da Família. Faculdade de Enfermagem Nova Esperança FACENE. CEP: 58067-695, João Pessoa, Paraíba, Brasil.

*Autor correspondente: fatimamoreiraenf@outlook.com.
ORCID ID: 0000-0003-0213-8460.

^{II}Graduanda em Enfermagem. Faculdade de Enfermagem Nova Esperança FACENE. CEP: 58067-695, João Pessoa, Paraíba, Brasil.

ORCID ID: 0000-0002-0725-2679.

^{III}Enfermeira, Mestre Saúde da família. Faculdade de Enfermagem Nova Esperança FACENE. CEP: 58067-695, João Pessoa, Paraíba, Brasil.

ORCID ID: 0000-0002-4472-2289.

^{IV}Enfermeira, Mestre em Terapia intensiva e Saúde da família. Faculdade de Enfermagem Nova Esperança FACENE. CEP: 58067-695, João Pessoa, Paraíba, Brasil.

ORCID ID: 0000-0002-6564-657X.

INTRODUCTION

The increase in life expectancy worldwide is due to several factors and, for this reason, elderly health has gained notoriety in the general health care agenda. Primary Care is responsible for fostering active aging and comprehensive care for the elderly. Health policies have the attribution of strengthening the established actions in health care for the elderly, contributing to healthy aging,¹ implementing strategies to reduce the burden of diseases in this population, including vaccination.²

One of the effects of aging is the increase in incidence and aggravation of infectious diseases. Influenza is a pathology that presents itself as an infectious and acute flu, caused by the *Haemophilus influenzae* virus, which it affects the respiratory system. In the elderly, infections can be more severe, due to lower immunity, generally enabling the emergence of pneumonia and the aggravation of preexisting illnesses, resulting in hospitalization. Influenza vaccination is essential to control the circulation of the virus worldwide. The virus mutates, which requires extensive global control and recurrent updating of the vaccine. Therefore, annual vaccination is required, and priority groups can receive it for free at health care units.³

The vaccination campaign is an important activity at the national level, in which priority groups are relevant social actors in the process of disease prevention and control. 60-year-old and older individuals should receive the influenza vaccine based on the influenza vaccination strategy that describes them as one of the priority groups.⁴ Influenza vaccination is the most effective way to prevent the severe form of the infection and hospitalizations. However, there is a persistent refusal by some elderly

people to adhere to the campaigns. Despite the gratuitousness of annual vaccination campaigns in Brazil, the non-adherence of the elderly causes the underachievement of the goals established by the Ministry of Health.⁵

Several reasons for the non-adherence of elderly people to influenza vaccination are discussed in the literature, such as the fear of adverse reactions and the lack of credibility in the effectiveness of the vaccine.⁶ Investigating the aspects that influence vaccination favors a beneficial discussion about the challenges that must be solved by the Family Health Strategy (ESF) to provide primary care in Brazil.⁷

Thus, understanding the factors associated with vaccination and the reasons for non-adherence by the elderly are relevant for health professionals to develop strategies to promote adequate knowledge on vaccination and its benefits, especially to the population whose access to overall health information as well as the vaccination campaigns of the Ministry of Health is restricted. In this sense, the importance of monitoring the vaccination status of the elderly and the study of associated factors are emphasized, which improve prevention strategies aiming to reduce the occurrence of health problems in the elderly, the complications from vaccine-preventable diseases, and hospitalization rates.⁸

Immunization corresponds to a recommendation of the World Health Organization (WHO), which includes healthy individuals as well as those vulnerable to certain pathologies. However, vaccination in adults, especially in the elderly population, is a challenge to be faced in the current context.⁹

Professionals must respect the world

view of each elderly person, so that they can feel comfortable and encouraged to participate in campaigns over years to come.⁵ It is essential to adopt health care strategies in order to support immunization programs, making full vaccination coverage among the elderly population possible. Influenza vaccination campaigns should publicize and present the positive aspects of vaccination from the age of 60 onwards, discussing the indications and risks for this target audience

METHODOLOGY

The present study is an integrative literature review, carried out through six stages. The first stage corresponded to the delimitation of the research question; in the second stage, a search in the literature (sampling) was carried out; in the third, data was collected; the critical analysis of the included studies was carried out in the fourth stage; in the fifth stage, the results were discussed; and the sixth stage consisted of the presentation of the integrative review.^{11,12,13}

Information compilation through electronic media is a great advance for researchers, democratizing access and providing frequent updates. This research was carried out from July to October 2020 in the Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) and PUBMED databases. The bibliographic research comprised the following terms as descriptors: elderly, influenza and vaccination.

RESULTS

Through initial research in the databases, 90

in order to encourage adherence to the National Immunization Program and favor the achievement of the established goals in all states and municipalities of the country.^{7,10,6}

Based on the aforementioned, a question was raised: what are the main factors associated with influenza vaccination in the elderly and the reasons for non-adherence? Aiming to analyze the main factors associated with influenza vaccination that influence the non-adherence of the elderly.

As inclusion criteria, we specified original research articles based on the three selected descriptors published in the last 12 years (2008 to 2020), available in full, free of charge, in the online databases, in which the content corresponded to the main objective and research problem/question.

As exclusion criteria we determined that monographs, dissertations, book chapters and other materials that were not original articles with research data be excluded from the study. Articles involving other groups of individuals, such as newborns, children and adults, were also excluded. Furthermore, articles referring to another area of study, incomplete and marked as reviews were also excluded.

Regarding the data from this study, they were analyzed using a qualitative approach and presented through a conceptual map and tables and discussed according to the central thesis of the research.

(ninety) articles were found, but 83 (eighty-

three) were excluded according to the pre-established inclusion and exclusion criteria, resulting in 7 (seven) articles for analysis and development. The articles were excluded because they were not in accordance with the central theme of the research, discussed other vaccines, such as Hepatitis B, dealt with different target audiences, which resulted in distancing from the objectives and criteria established in this research.

The summary of the articles that make up the corpus of this research directly or indirectly show the factors associated with influenza vaccination in elderly populations. These articles are organized in Table 1 according to their titles, objectives and conclusions. Furthermore, the results suggest strategies that aim to promote the adherence of the elderly to influenza vaccination.

TABLE 1: Summary of the articles related to influenza vaccination in the elderly published from 2008 to 2020.

Título do trabalho	Objective	Conclusion
Influenza vaccination among elderly in Pelotas-RS, Brazil, 2014: a population-based study ¹⁴	To describe the prevalence of those vaccinated against influenza and factors associated with vaccination in the elderly; to identify reasons for non-adherence and post-vaccination adverse events.	Vaccination coverage was not universal; instructional approaches are needed to explain controversies about the efficacy, adverse events, and benefits of influenza vaccination.
Factors associated with adherence to influenza vaccination among non-institutionalized elderly in São Paulo, Brazil ¹⁰	To estimate influenza vaccine coverage in the elderly and identify factors associated with adherence to vaccination.	Vaccination coverage was not universal; instructional approaches are needed to explain controversies about the efficacy, adverse events, and benefits of influenza vaccination. It was found to be necessary to encourage the vaccination of elderly people under 70 years of age and those without chronic diseases, as well as to guide health professionals to expand coverage in groups with less participation in the campaigns.
Vaccination against influenza in the elderly: data from FIBRA, Campinas, São Paulo, Brazil ¹⁹	To analyze the prevalence of influenza vaccination in the elderly, according to indicators of functional capacity, frailty, support and social engagement, and health status.	The vaccination prevalence was significantly higher among men and lower among more educated people.
Factors associated with influenza vaccination among the elderly: a cross-sectional study in Cambé, Paraná State, Brazil ⁷	To analyze the prevalence of influenza vaccination in the elderly, according to indicators of functional capacity, frailty, support and social engagement, and health status. To estimate the influenza vaccine coverage in elderly people living in the areas covered by the Family Health Strategy in the municipality of Cambé, Paraná State.	They suggest the need for health care strategies, considering the factors that interfere with voluntary adherence to vaccination, contributing to increasing the chances of successful immunization.
Influenza vaccination among elders: prevalence, associated factors, and reasons for noncompliance in Campinas, São Paulo State, Brazil ¹⁷	To evaluate the prevalence of influenza vaccination in the elderly and identify the associated factors and reasons for non-adherence to immunization.	They suggest the need for health care strategies, considering the factors that interfere with voluntary adherence to vaccination, contributing to increasing the chances of successful immunization. The main reasons for non-adherence were: not considering it necessary and the belief that it causes undesirable reactions. Socioeconomic conditions, lifestyle and physical mobility did not restrict access, but coverage was below the Ministry of Health goal.
Influenza vaccination for the elderly at a teaching health care unit in São Paulo, Brazil ¹⁸	To describe the profile of the elderly and assess information they have about influenza vaccination.	The elderly had information about vaccination, but there is still a need for nurses and other professionals in the area to take responsibility for more precise guidance on the importance of vaccination against influenza and its complications.
Factors associated with influenza vaccination among elderly in a metropolitan area in Southeastern Brazil ¹⁶	To estimate the coverage and to determine factors associated with influenza vaccination in resident elders.	The factors associated with vaccination presented a multidimensional structure, which included demographic characteristics, healthy habits and use of health services.

Source: Research data (2020).

DISCUSSION

Educational campaigns are important to inform the elderly about the effectiveness and benefits of influenza vaccination.¹⁴ In the same perspective, there is a need to implement health care strategies, aiming to increase the positive results of vaccination campaigns.⁷ For this reason, it is evident the need to encourage the vaccination of elderly people under 70 and without chronic diseases.¹⁰

As for the benefits, the advantages of vaccination include improved quality of life, reduced spending on medication, reduced hospitalizations and deaths.¹⁵ Influenza vaccination campaigns should be publicized, in order to raise awareness to the advantages of getting vaccinated. Information about indications and risks, targeting the younger age group (60-69 years old) and aimed mainly at low-income elderly and those with chronic diseases (cardiovascular, pulmonary and metabolic) to increase vaccination coverage in these specific groups that have showed low adherence to campaigns in previous research.⁷ It is noteworthy that those with chronic diseases and who are more predisposed to complications, had a lower degree of vaccination coverage.¹⁶

It is extremely important for the advancement of public health to prevent the spread of these diseases. Elderly people, especially the institutionalized ones, are highly benefited, since vaccines provide high protection against possible pathological complications.¹⁵ Economic status, lifestyle and physical mobility did not hinder access to vaccination, contributing to the expansion of the campaign. However, vaccination coverage in the elderly population residing in Campinas was considered below the target established by the Ministry of Health.

Therefore, campaigns focusing on the elderly should receive attention, as well as the guidance of health professionals.¹⁷

The influenza vaccine has not yet reached the elderly universally. Socioeconomic inequalities, specific characteristics in the use of health services and behavioral factors are the main issues that prevent adherence to vaccination. In this context, health professionals have a fundamental role in the recommendation of the vaccine, alleviating possible misunderstandings and educating on the controversial issues about the effectiveness of the vaccine and adverse events that may happen in the elderly due to vaccination.¹⁴

The influenza vaccination coverage among elderly residents in the Metropolitan Region of Belo Horizonte was below the 90% goal recommended by the health indicator 2010 Healthy People, proposed by the U.S Department of Health and Human Services, but was close to the 70% target established by the Ministry of Health.¹⁶ The elderly in the survey showed that they obtained information on vaccination, however, there was still a need for health professionals, such as nurses and other professionals, to be responsible for a clearer guidance on the relevance of vaccination against influenza and existing complications.¹⁸

Different aspects can be observed regarding the issue of vaccination coverage and the factors associated with the influenza vaccination, since each Brazilian region has distinct characteristics, as well as selected audiences and, thus, the results can be diversified. This means that the following actions of the government and health professionals must be guided by these individuals' respective realities, envisioning

specific strategies to improve vaccination coverage in the elderly.

In order to better understand the aspects related to vaccination, table 2 presents

the main factors associated with influenza vaccination in elderly Brazilians based on the research results.

TABLE 2: Main factors associated with influenza vaccination in elderly.

Author/Year	Main factors associated to influenza vaccination in elderly
Neves, Duro & Tomasi (2016) ¹⁴	Economic status was considered determinant to vaccine adherence. Elderly people with better economic positions (A and B) had higher influenza vaccination numbers. Socioeconomic inequalities, health service use characteristics and behavioral factors are determinant for adherence to vaccination.
Moura, Andrade, Duarte, Lebrão, Antunes (2015) ¹⁰	Influenza vaccination was associated with older age, with the presence of chronic diseases and with use of health care services in the previous year. The understanding that the vaccine would not be effective or really important was mentioned as the most prominent reason for non-adherence by the interviewed individuals. However, the lack of association between adherence and socioeconomic variables showed that influenza vaccination is not affected by inequalities in the city of São Paulo.
Françisco, Borim & Neri (2015) ¹⁹	Vaccination was considerably higher among men and lower among more educated people. Slow walking pace was positively associated with vaccination, as were most indicators of social involvement.
Campos, Sudan, Mattoz, Fidelis (2012) ⁷	Age was considered a factor associated with influenza vaccination. Greater adherence of older elderly people, over 70 years old. Income was also associated, in which the elderly who reported higher income adhered more to vaccination. Furthermore, hypertensive elderly people were reported as having higher vaccination rates, as well as elderly people who regularly exercised.
Francisco, Barros & Cordeiro (2011) ¹⁷	Greater guidance on vaccination was observed among the elderly who did not perform an occupational activity. A higher prevalence was also found among the elderly who considered their health to be good at the time of the survey.
Geronutti, Molina & Lima (2008) ¹⁸	It was found that the elderly obtained information about vaccination through radio and television, and declared that its importance is related to prevention.
Lima-Costa (2008) ¹⁶	Results showed that the coverage of vaccination in the studied population was close to the target of 70% determined by the Ministry of Health. The factors associated with vaccination demonstrated a multidimensional structure, which included demographic characteristics, healthy habits and use of health services.

Source: Research data (2020).

Vaccination coverage among elderly people in the municipality of Cambé between 2008 and 2009 did not reach the goal of 80%, as determined by the Ministry of Health. Age, income, regular physical activity and elderly hypertensive individuals were investigated as factors associated with vaccination. However, no association of vaccination with health and lifestyle variables was found, such as oneself health perception, hospitalization in the previous year, smoking and associated comorbidities, which suggested an absence of epidemiological criteria leading the actions in health.⁷

No relevant associations were found between influenza vaccination and health-related behaviors, except for the regular practice of physical activity for leisure purposes, which was observed independently from immunization. The study also highlighted that socioeconomic conditions, lifestyle and

physical mobility did not restrict access to vaccination in the municipality, demonstrating the scope of the campaigns.¹⁷

Socioeconomic issues are one of the aspects that should receive attention from health professionals and the government when it comes to aspects related to influenza vaccination in elderly people, as low financial resources can be a trigger point for the individual to be unable to obtain the access to adequate information about what vaccination actually is, the reasons for the it for the health as well as grasping the knowledge about aspects related to vaccination. Despite not having achieved the vaccination goal determined by the Ministry of Health, the data highlighted the scope of vaccination campaigns in Campinas, in 2008, both among elderly people with less physical mobility, as well as those highly functioning elders. Also, the prevalence of vaccination among the

elderly who demonstrated a slow walking pace was considerably higher. Furthermore, no statistically relevant differences were found between the rate of elderly people vaccinated in association with self-reported diseases, such as diabetes, cardiovascular disease, stroke/ischemia or lung disease.¹⁹

Two years prior, in 2006, in the city of São Paulo, the proportion of vaccinated elderly corresponded to 73.8%, which was considered to be compatible with the estimate determined by the municipality Health Department, which reported that 79% of people aged 60 years or older living in the city were vaccinated that year. In that research, there was an effect between vaccination and chronic diseases, since one of the reasons that explains this rate is related to the fact that high blood pressure and diabetes are conditions of significant prevalence in the elderly and, probably, these individuals go more frequently to health service facilities to collect medication and receive appropriate treatment.¹⁰

The primary goal of the strategy in this population is the adherence to vaccination, since the elderly are more susceptible to diseases because they have weaker immune system.²⁰ The elderly who mentioned having habits that are harmful to their health or prone to illnesses arising from the flu did not have greater vaccine coverage in the research, demonstrating the need to receive more information about the vaccine's advantages in these certain contexts.¹⁶

In order to receive information about their comorbidities, other important health issues were presented to the elderly, such as vaccination campaigns. Therefore, the information and guidance presented by health professionals are fundamental with regard to immunization.¹⁰ Most elderly people received adequate information about the importance of vaccination to ensure prevention, whether through radio or television. Thus, it is essential to highlight the importance of maintaining the

campaign strategies that are implemented in Brazil.¹⁸

In this sense, information is the key element to increase adherence to vaccination among the elderly, since the lack of information about vaccines and campaigns is one of the reasons that prevent the elderly from being vaccinated. Many of these elderly people have low education level, and therefore need to receive proper guidance. Health professionals, especially nurses, are closer to patients and have as one of their duties to welcome these individuals and explain some information about vaccination, guiding and dispelling myths and prejudices regarding the vaccine, in order to elevate the number of elderly consenting parties.^{5,9}

The importance and need for health care strategies are highlighted in this context, corroborating the factors that interfere with voluntary adherence to vaccination of the elderly, so that satisfactory results are met with regard to immunization programs. In order to reach full vaccination coverage for these individuals, campaigns must promote and explain their respective benefits.⁷

The broadcast of vaccination campaigns through mass media agencies allow for greater dissemination and awareness of the need for vaccination against the influenza virus. A refusal for the vaccination on the part of the elderly can be related to the fear that it might be harmful to their health, since this is still a reason that prevents vaccination from a considerable part of the target population that should get the vaccine. Thus, it is necessary to use the media to raise awareness to the greatest number of elderly people. The Brazilian federal government must incorporate in the financial planning of the Influenza vaccination campaign an amount to be destined to its publicity campaign.³

Thus, information and guidance by health professionals to the elderly regarding the elucidation of the influenza vaccine will

contribute to alleviate the insecurity and fear of reactions due to side effects that these elderly people have.^{21,3} In this perspective, the technical information should be available at all vaccination sites, disseminated to the scientific community and society as a whole.³

Unsatisfactory knowledge was found regarding the purpose and relevance of vaccination strategies and public policies implemented by the Ministry of Health. Some reasons for not being vaccinated stood out, among them the lack of time to get to the health care unit, the refusal to the vaccination, the lack of knowledge, illness after another previous vaccination, the lack of interest in taking or not believing in the vaccine and not having information about the vaccine.²² Thus, the guidance by health professionals is essential when it comes to informing these individuals and expanding influenza immunization programs. It is important to highlight the need for a broader participation by the Family Health Strategy (FHS) teams in homes and other environments, such as community centers, neighborhood activities and churches.⁷

Nursing professionals must be aware that it is essential to implement health strategies in order to favor the success of immunization programs, aiming to ensure full vaccination coverage for the elderly population. In this perspective, vaccination campaigns should better publicize and guide the advantages of vaccination from the age of 60 onwards, giving information about the indications and risks, especially for low-income elderly people and those with chronic

diseases, to expand the vaccination coverage in these specific groups.⁹

The lack of professional training may lead to disruptions in the immunization process, especially with regards to the strengthening of beliefs and myths about vaccines, which results in the non-adherence by the elderly population.²³ Thus, in order to avoid awareness deficit about the importance of vaccination in preventing certain diseases, its adverse reactions and how to proceed in the event of such reactions, it is essential that the professionals responsible for the administration have received prior training, which enables them to establish effective communication with the patient.¹⁵

In order to develop strategies aimed at increasing vaccination coverage, several dimensions must be taken into account regarding the factors associated with vaccination, such as demographic characteristics (age and marital status), healthy habits (regular exercise practice) and use of health services (blood pressure measurement and recent medical consultations).¹⁶ Thus, understanding the aspects related to coverage and determining the factors associated with influenza vaccination in the elderly is relevant to the literature, because by knowing the reality of these individuals and the main reasons that make this public choose not to be vaccinated, allow health professionals and the government to implement actions aimed at reversing this context, offering the necessary information about the benefits of this practice.

FINAL REMARKS

Adherence strategies to vaccination are beneficial for the elderly and should be encouraged in order to reach the goals

established by each municipality Health Department. Vaccination campaigns are intended to reduce complications,

hospitalizations and mortality resulting from influenza virus infections. The concern with understanding the factors associated with vaccination is justified based on the aim of implementing actions to reach a broader number of the target audience.

As for the factors associated with vaccination, we can highlight, for example, economic inequalities, particularities in the use of health services, behavioral factors, demographic characteristics, healthy habits, hypertension, diabetes, elderly people who do not perform an occupational activity. Regarding the aspect of demographic characteristics, we mentioned age, for example, which can be considered an associated factor, as the older the age, the greater the adherence. Furthermore, income is also associated, as the higher the income, the greater the adherence to vaccination.

Some reasons for non-vaccination were mentioned in this research, including the lack of time to go to the healthcare site, the refusal of vaccination for several reasons, the lack of knowledge, illnesses after another previous vaccination, the lack of interest in taking it or not, the belief in it and not having

information about the vaccine.

In addition to the factors mentioned, campaigns and projects that aim to educationally inform the elderly about vaccination must understand the respective distinct aspects that may involve this process, such as the issue of prejudice, insecurity and lack of information of these people. Thus, strategies must be implemented taking these aspects into account, to satisfactorily reach the target audience. Governments must implement actions taking into account the factors associated with vaccination and the specificities of each region, so that these individuals are offered proper knowledge and adequate information.

Knowing the importance that health professionals have in the influenza vaccination process, as a suggestion for further research, we recommend the development of studies with these professionals, especially nursing professionals, so that the factors associated with vaccination and mainly the reasons that make the elderly not adhere to this practice based on the perspective of these professionals is better understood.

REFERENCES

1. Luz A, Niering DB, Silva SL. Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa: conscientização dos profissionais nas Unidades Básicas de Saúde no município de Joinville. 2018. Available at: <<http://joinville.ifsc.edu.br/~bibliotecajoi/arquivos/monografias/saudeidoso2018/197406.pdf>> Access on: Aug. 03rd 2020.
2. Reis SAA. A importância da vacinação no idoso. 2015. Available at: <<https://core.ac.uk/download/pdf/43589553.pdf>> Access on: Oct. 20th 2020.
3. Santos RR, Côrrea MA. Determinantes que dificultam a adesão da vacina antigripal por idosos. 2015. Available at: <http://www.ipecc-pa.com.br/aluno/arquivos/tcc/correa_santos.pdf> Access on: Aug. 22nd 2020.
4. Brasil. Informe Técnico. 22ª Campanha Nacional de Vacinação contra a influenza. 2020. Available at: <<https://sbim.org.br/images/files/notas-tecnicas/informe-tecnico-ms-campanha-influenza-2020-final.pdf>> Access on: Aug. 10th 2020.
5. Monteles MS, Aragão FBA, Pereira JFS, Gomes FCS. Fatores de não adesão dos idosos à vacina contra influenza: uma revisão bibliográfica. *Uningá Review*. 2017; 30(3): 76-82.

6. Gonçalves AR, Nogueira PC. Vacinação contra influenza para idosos: motivos da não adesão. *Geriatr Gerontol Aging*. 2013;7(2):142-45.
7. Campos EC, Sudan LCP, Mattos ED, Fidelis R. Fatores relacionados à vacinação contra a gripe em idosos: estudo transversal, Cambé, Paraná, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2012; 28(5): 878-88.
8. Oliveira LP, Lima ABS, Sá KVCS, Freitas DS, Aguiar MIF, Rabêlo PPC, et al. Perfil e situação vacinal de idosos em unidade de estratégia saúde da família. *Rev Pesq Saúde*, 2016; 17(1): 23-26.
9. Lino GG, Medeiros LB, Pinheiro JS. Motivos que levam os idosos à recusa das vacinas: uma revisão integrativa. Porto Velho. Final Paper [Undergraduate Course] –Centro Universitário São Lucas; 2018. Available at: < <http://revista.saolucas.edu.br/index.php/resc/article/view/1119/pdf>> Access on: Aug. 10th 2020.
10. Moura RF, Andrade FB, Duarte YAO, Lebrão ML, Antunes JLF. Factors associated with adherence to influenza vaccination among non-institutionalized elderly in São Paulo, Brazil. 2015; 31(10): 2157-68.
11. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Integrative review: what is it? How to do it?.. Einstein (São Paulo), São Paulo, 2010; 8(1): 102-06.
12. Ercole FF, Melo LS, Alcoforado CLG. Integrative Review versus Systematic Review In: *Rev Min Enferm. Belo Horizonte*, 2014; 18(1): 9-12.
13. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 6 ed. São Paulo: Atlas; 2018.
14. Neves RG, Duro SMS, Tomasi E. Vacinação contra influenza em idosos de Pelotas-RS, 2014: um estudo transversal de base populacional. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 2016; 25(4): 755-66.
15. Neves NB, Guedes HM, Barbosa SP, Arêdes VTO. A atuação da equipe de enfermagem na vacina do idoso institucionalizado: o caso de um município da região do vale do aço. *Rev Min Enferm. Belo Horizonte*, 2009; 13(3): 416-122.
16. Lima-Costa AMF. Fatores associados à vacinação contra gripe em idosos na região metropolitana de Belo Horizonte. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, 2008; 42(1): 100-07.
17. Francisco PMSB, Barros MBA, Cordeiro MRD. Vacinação contra influenza em idosos: prevalência, fatores associados e motivos da não-adesão em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2011; 27(3): 417-26
18. Geronutti DA, Molina AC, Lima SAM. Vacinação de idosos contra a influenza em um centro de saúde escola do interior do estado de São Paulo. *Texto contexto - Enferm. Florianópolis*, 2008;17(2): 336-41.
19. Francisco PMSB, Borim FSA, Neri AL. Vacinação contra influenza em idosos: dados do FIBRA, Campinas, São Paulo, Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2015; 20(12): 3775-86.
20. Silva, M.A. Análise literária dos fatores relacionados à adesão da vacinação dos idosos brasileiros. São Paulo (Assis). Final Paper [Undergraduate Course] –IMESA; 2012. Available at: <<https://cepein.femanet.com.br/BDigital/arqTccs/0911250104.pdf>> Access on: Oct. 20th 2020.
21. Adamcheski JK, Wiczorkieciw AM. Motivos que levam os idosos a não aceitarem uma vacina contra o vírus influenza. *Saúde e Meio Ambient,: Rev Interdisciplin.* 2012; 1(2): 117-29.
22. Gomes WR, Silva LA, Cruz AU, Almeida RC, Lima RQ, Silva MC. Adesão dos idosos à vacinação contra gripe. *Revista Enfermagem UFPE*, Recife, 2013; 7(4): 1153-59.
23. Martins KM, Santos WL, Alvares ACM. A importância da imunização: revisão integrativa. *Rev Inic Cient e Ext.* 2018; 2(2): 96-01.

PARTICULARIDADES SOBRE A COVID-19: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

FEATURES ABOUT COVID-19: AN INTEGRATIVE REVIEW

Paulo César Gottardo,^I Irla Lavor Lucena Camboim,^{II*} Alexandre de Lima Maehler,^{III}
Marcos Alexandre da Franca Pereira,^{IV} Elbia Assis Wanderley,^V Andreia Cristina Fumagalli Cainelli^V

Resumo. A pandemia por COVID-19 desencadeou um impacto imensurável em todas as esferas sociais, ocasionando um panorama global nunca antes vivenciado, principalmente em populações mais vulneráveis, como os idosos. Assim, o presente trabalho foi desenvolvido com o objetivo de realizar uma revisão sobre o Coronavírus principalmente em pacientes idosos. Para isso, realizou-se uma revisão integrativa por meio de uma metabuscada na plataforma MEDLINE/PubMed, da qual foram selecionados 40 artigos após um processo de seleção de 8.911 trabalhos encontrados. Foi realizada uma explanação sobre o processo de doença, suas nuances na população de idosos, sua prevenção e os potenciais suportes terapêuticos. Nota-se que o coronavírus tem sua ação inicial relacionada aos receptores ECA-2, ocasionando um potencial inflamatório, com disfunção endotelial e alterações sistêmicas, as quais se associam a outras alterações imunológicas, que tendem a ter um curso variável em pacientes idosos. Estes, em geral, apresentam uma clínica compatível com uma síndrome gripal, embora tenham um maior percentual de casos atípicos, em relação a população em geral, e uma maior tendência a desfechos desfavoráveis, o que apresenta uma estreita relação com as suas doenças crônicas, as quais, em geral, são fatores de riscos independentes para mortalidade em pacientes com COVID-19. Quanto ao tratamento, um suporte ventilatório adequado, com o uso de corticosteróides na necessidade de oxigênio, segue sendo consensual, enquanto outras terapêuticas mantêm-se contraditórias, necessitando maiores evidências para seu uso em larga escala. Sendo assim, a prevenção, com o distanciamento social, uso de máscaras e, sobretudo, com a realização da vacinação, segue sendo a principal forma de controle da pandemia.

PALAVRAS-CHAVE: Coronavírus. Idosos. SARS-CoV2. Saúde Pública.

Abstract. The COVID-19 pandemic led to an immeasurable impact on all social spheres, causing a global panorama never before experienced, especially in vulnerable populations, such as the elderly. Thus, the present study was developed with the objective of carrying out a review on the Coronavirus mainly in these patients. In order to reach this goal, an integrative review was conducted through a metasearch on the MEDLINE/PubMed platform, from which 40 articles were selected after a screening process through 8911 papers. Through them, an explanation was made about the disease process, its nuances in the elderly population, its prevention and potential therapeutic supports. It has been shown that the coronavirus has its initial action related to ACE-2 receptors, causing a potential inflammatory reaction, with endothelial dysfunction and systemic changes, which are associated with other immunological changes, which tend to have a variable course in elderly patients. These, in general, display symptoms compatible with a flu syndrome, although they have a higher percentage of atypical cases, compared to the general population and a greater tendency to unfavorable outcomes, which is closely related to their chronic diseases, which, in general, are independent risk factors for mortality in patients with COVID-19. As for the treatment, adequate ventilatory support, with the use of corticosteroids in the need for oxygen, remains consensual, while other therapies remain contradictory, requiring more evidence for its large-scale use. Therefore, prevention, with social distancing, the use of masks and, above all, vaccination, remains the main form of pandemic control.

KEYWORDS: Coronavirus. Elderly. SARS-CoV2. Public Health.

^IMestre em Medicina Intensiva pela AMIB, Hospital Nossa Senhora das Neves – Unidade Terapia Intensiva. CEP: 58040-530, João Pessoa, Paraíba, Brasil.
ORCID ID: 0000-0001-6514-1865.

^{II}Medica Residente de Medicina Intensiva, Escola de Saúde Pública da Paraíba – SESP. CEP: 58040-440, João Pessoa, Paraíba, Brasil.
*Autor correspondente: irila_camboim@hotmail.com.
ORCID ID: 0000-0001-8392-9541.

^{III}Médico Residente de Medicina Intensiva (PEMI), Hospital Nossa Senhora das Neves – Unidade Terapia Intensiva. CEP: 58040-530, João Pessoa, Paraíba, Brasil.
ORCID ID: 0000-0002-6045-7681.

^{IV}Doutor em Otorrinolaringologia, Hospital Nossa Senhora das Neves – Unidade Terapia Intensiva. CEP: 58040-530, João Pessoa, Paraíba, Brasil.
ORCID ID: 0000-0003-1542-7122.

^VEspecialista em Medicina Intensiva, Hospital Nossa Senhora das Neves – Unidade Terapia Intensiva. CEP: 58040-530, João Pessoa, Paraíba, Brasil.
ORCID ID: 0000-0002-7204-4016; 0000-0001-9870-5516.

INTRODUÇÃO

A rápida propagação de casos relacionados a COVID-19 associada ao número elevado de internações hospitalares e de óbitos traz um retrato fidedigno do impacto dessa pandemia. No final de 2019, os primeiros casos foram diagnosticados em Wuhan (capital da província de Hubei na China) e, já no dia 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a declarar que esse surto atingira o grau de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), o que configura o maior estrato de alerta da organização, classificando-o como um evento com necessidade de resposta internacional imediata. Sendo bem explícito em números, em setembro de 2021, mais de 200 milhões de casos já foram confirmados no mundo, com mais de 4 milhões de óbitos. No Brasil, já foram mais de 21 milhões de casos de COVID-19 diagnosticados e um total de 587.138 óbitos relacionados a infecção.¹

Esse padrão de disseminação da pandemia é relacionado a inúmeros fatores. Alguns destes, determinados pelas propriedades do vírus, outros pelo hospedeiro e, por fim, aqueles vinculados à estruturação e dinâmica da sociedade. A soma desses fatores culminou em um efeito global, até então, não constatado na vigência de qualquer outro surto infeccioso.^{1,2}

A maioria dos pacientes evolui com formas leves ou mesmo assintomáticos. Contudo, em relação aos demais indivíduos, os idosos apresentam uma maior prevalência de casos graves com maiores índices de mortalidade, mostrando uma correlação direta com o maior número de comorbidades encontradas nessa população, associada a elevada fragilidade.³ Isso tudo é corroborado por dados da literatura que evidenciam

elevação da mortalidade conforme o aumento da faixa etária, podendo ser quatro vezes maior em pessoas de 30 a 39 anos e 570 vezes maior em pessoas de 85 anos ou mais, quando relacionado a grupo de idade entre 18 e 35 anos, cuja incidência da doença foi maior.⁴

Infelizmente, apesar de inúmeras drogas e estratégias terapêuticas terem sido avaliadas para o manejo dos pacientes com COVID-19, poucas tiveram resultados significativos e se tornaram consensuais. Entre essas, destacaram-se o uso de anticoagulantes em doses adequadas para o risco e condição clínica de cada paciente e o uso de corticoesteróides para aqueles que necessitam de oxigenioterapia.⁴

Faltam ainda evidências para um tratamento assertivo, principalmente sobre os casos leves. A prevenção segue sendo uma estratégia eficaz para a contenção da pandemia, tendo então, nesse contexto, o uso de máscaras, o distanciamento social e, principalmente a vacinação, como recursos fundamentais que necessitam ser adotados e difundidos.⁴

A abordagem da COVID-19 desde o processo de entrada do vírus no organismo por meio dos receptores ECA-2 até o desenvolvimento dos sintomas iniciais e as suas potenciais complicações é a temática dessa revisão integrativa, dando ênfase a particularidades relacionadas aos pacientes idosos. Desse modo, tem-se como objetivos abordar sobre o processo de doença, sua prevenção e os potenciais suportes terapêuticos, além das condições essenciais para o suporte e o seguimento dos pacientes durante o período pandêmico, sobretudo no âmbito da atenção primária.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura a partir da pesquisa de artigos científicos em uma base de dados online, tendo sido necessário cumprir fases distintas essenciais para elaboração: reconhecimento da temática e levantamento das questões que norteiam o estudo; estabelecimento de critérios para inclusão e/ou exclusão de estudos para a busca de literatura científica; definição das informações a serem extraídas dos estudos; avaliação dos estudos; interpretação dos resultados e apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

Para tanto, a coleta de dados foi realizada em dezembro de 2020, por meio de metabusca na plataforma MEDLINE/PubMed. Foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) “Idoso”, “Idoso frágil”, “COVID-19”, “SARS-CoV2” e “Saúde Pública”, assim como seus respectivos termos no Medical Subject Heading (MeSH), “Elderly”, “Frail Elder”, “SARS-CoV2”, “COVID-19” e “Public Health”, combinados por meio do conector booleano “AND”.

Foram incluídos artigos com eixo central sobre a abordagem da COVID-19,

desde a sua fisiopatologia até o tratamento e particularidades relacionadas aos pacientes idosos, considerando os artigos no idioma inglês, português e espanhol, publicados no ano de 2020, incluindo sempre àqueles envolvendo indivíduos com idade superior a 18 anos. Optou-se por excluir da busca publicações como: teses, dissertações, monografias, trabalhos de conclusão de curso, relatos de caso, relatos de experiência, manuais, resenhas, notas prévias, artigos que não continham resumos e/ou texto completo disponíveis, ou que não retratavam uma abordagem sistêmica sobre a temática.

A definição das informações a serem extraídas dos estudos foram basicamente aquelas relacionadas a ação do vírus no ser humano, a apresentação clínica, os métodos de suporte terapêutico e de prevenção, com ênfase na abordagem em idosos. A avaliação dos estudos levou em conta o grau de evidência destes, apresentando, assim, melhor rigor metodológico e maior adequação ao contexto social nacional, resultando, por fim, na extração de dados que culminou na presente revisão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com a realização da metabusca descrita, foram elegidos inicialmente 8.911 artigos na plataforma MEDLINE. Conforme critérios de inclusão e exclusão, 494 artigos foram inicialmente selecionados. Seguindo-se com a leitura flutuante dos resumos, 125 artigos foram destacados pela sua relevância (avaliação subjetiva) e foram lidos de modo integral. Desse modo, 40 artigos foram selecionados, sendo somado a esses, as

informações da OMS sobre a COVID-19.

Todos os artigos selecionados foram publicados em inglês. Dois estudos são casos clínicos (5,26% dos trabalhos), 20 estudos observacionais (52,63%) e 16 trabalhos de revisão (42,10%). Entre os artigos de revisão, 5 foram revisões sistemáticas. O fluxograma representando a síntese da estratégia de busca e seleção de artigos encontra-se na Figura 1.

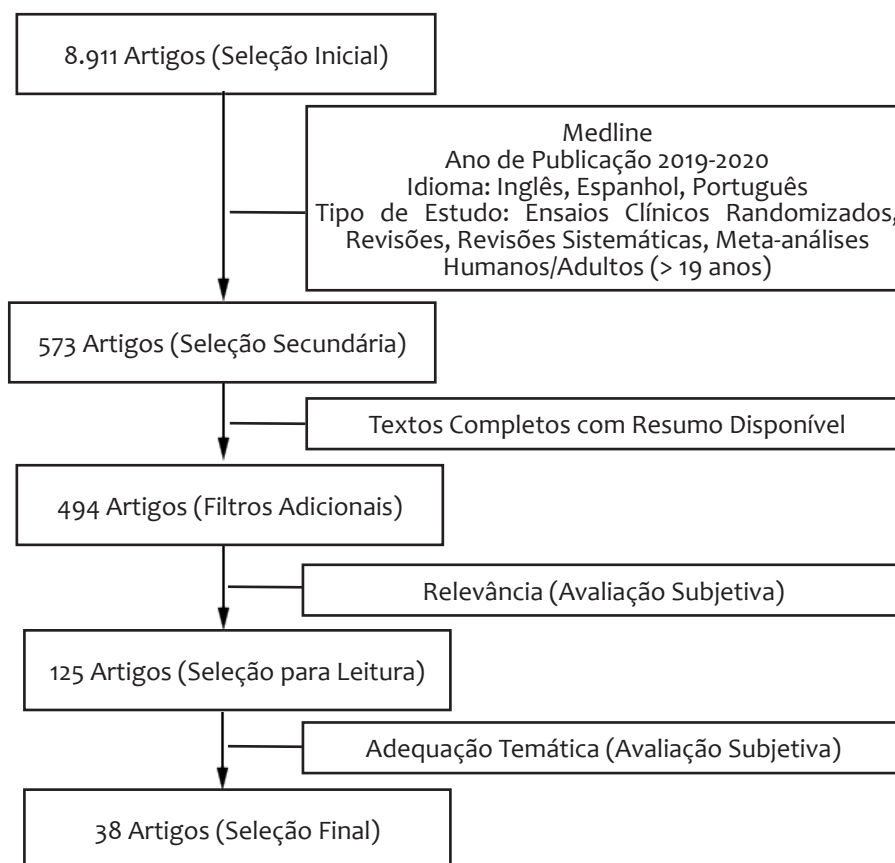


FIGURA 1. Fluxograma de identificação, seleção, inclusão e exclusão de publicações na revisão integrativa.

O conteúdo selecionado na leitura dos artigos escolhidos versaram sobre os principais tópicos envolvidos no processo de doença da COVID-19 no paciente idoso, desde o momento de sua transmissão até a sua forma de acometimento, sintomas e tratamento, além de um enfoque especial na prevenção da contaminação pelo SARS-CoV2 e também no suporte das comorbidades frequentemente associadas a rotina de vida dessa população.

Aspectos Gerais a cerca do Vírus SARS-CoV-2 e a COVID-19

A infecção de seres humanos e de outros mamíferos por coronavírus não é uma novidade. Geralmente, essas enfermidades tendem a cursar com doenças respiratórias,

neurológicas e gastrointestinais. O novo Coronavírus (2019-nCoV) foi denominado de SARS-CoV-2 (coronavírus de síndrome respiratória aguda grave 2) pelo Coronavirus Study Group do International Committee on Taxonomy of Viruses.⁵ Trata-se de um vírus da ordem Nidovirales, família Coronaviridae (sub-família Orthocoronavirinae), do tipo Beta, o qual causa geralmente infecções em humanos (Figura 2),⁶ possuindo algumas semelhanças com outros beta-coronavírus, como o vírus da síndrome respiratória aguda grave (SARS) e o vírus da Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS).^{7,8} A OMS² designou como COVID-19 a doença relacionada à infecção por esse vírus no dia 19 de fevereiro de 2020.

O SARS-CoV-2 é um grande vírus de RNA de fita simples positiva, envelopado que

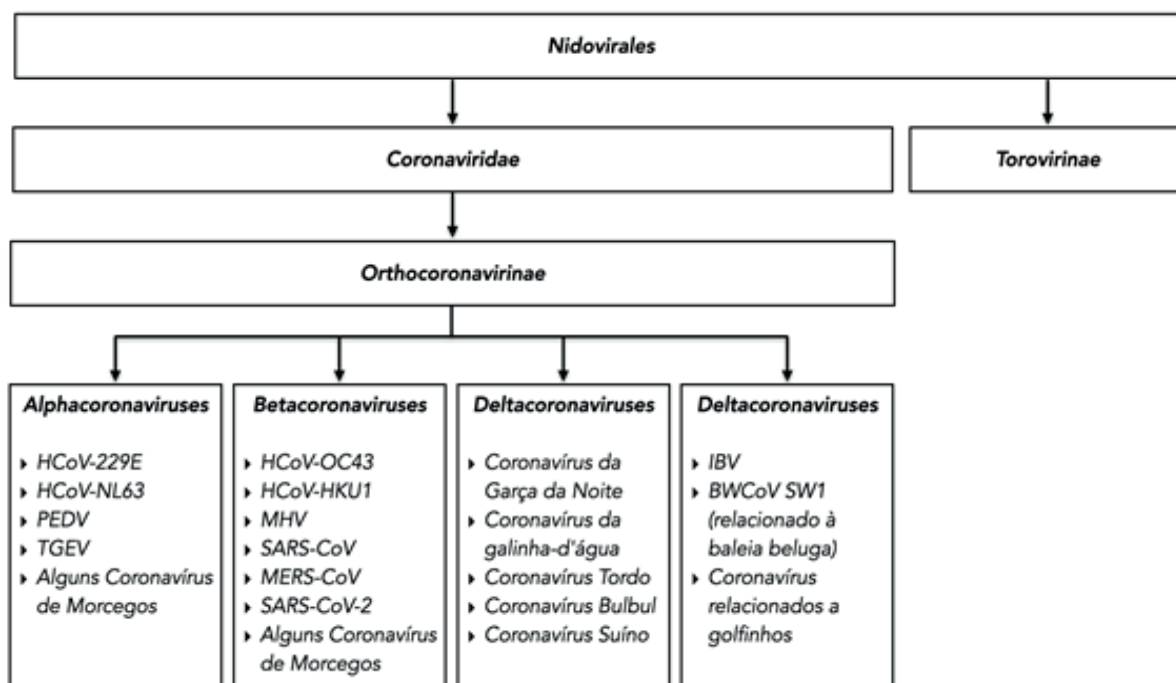


FIGURA 2. Classificação dos Coronavírus em relação a ordem, família, subfamília e gênero, respectivamente. Fonte: Ashour et al.⁶

atua no hospedeiro por meio da ligação de sua proteína de superfície (proteína spike) com o receptor da enzima conversora de angiotensina 2 (ECA2), conforme demonstra

Figura 3, tendo também relevância para a sua entrada no hospedeiro a protease celular TMPRSS2.⁹

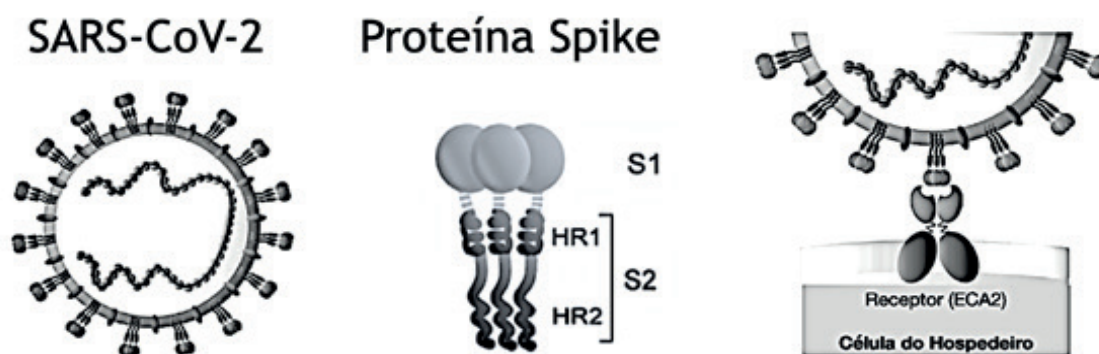


FIGURA 3. Molécula SARS-CoV-2 com detalhamento da Proteína Spike em sua ligação com o receptor ECA-2. Fonte: Huang et al.⁹

Os receptores ECA-2 encontram-se difundidos em diferentes órgãos e tecidos. A ligação do SARS-CoV-2 com a ECA-2 inativa esses receptores, interrompendo a transformação da Angiotensina 2 em Angiotensina 1-7, a qual tem potencial anti-inflamatório, antifibrótico e vasodilatador.

O efeito resultante desse processo é uma maior ação da Angiotensina 2, com uma ação pró-inflamatória, com vasoconstrição, liberação de radicais livres e fibrose, nos tecidos acometidos, além de perder as ações da Angiotensina 1-7, as quais têm efeito protetor para o organismo (vasodilatação,

anti-hipertrofico, antiarritmogênico, antifibrótico e com aumento da natriurese).¹⁰

A partir da ligação com os receptores ECA-2, inúmeros processos fisiopatológicos passam a coexistir, com diferentes magnitudes, consoante as nuances de cada indivíduo, da cepa e do inóculo viral. Entre esses processos de doença, a inativação da ECA-2 tem um papel de destaque, o que em

geral tende a desempenhar uma atividade pró-inflamatória e fibrótica, interferindo em nível sistêmico na regulação do volume intravascular e do balanço hídrico, além da homeostase local, com alterações da proliferação e crescimento celular e da síntese protéica com manifestações específicas em cada tecido (Tabela 1).

TABELA 1. Sítios de distribuição dos receptores ECA-2 e as consequências subsequentes da sua inativação.

Órgão Acometido	Expressão da ECA-2	Alteração Decorrente da Inatividade da ECA2
Pulmão e Vias Aéreas Superiores	- Células Epiteliais Ciliadas - Células Caliciformes - Pneumócitos Tipo II - Vascularização Pulmonar	- Aumento da Inflamação - Aumento do remodelamento vascular - Disfunção endotelial - Disfunção cardiopulmonar
Coração	- Cardiofibroblastos - Cardiomiócitos - Células Endoteliais - Pericito - Células Adiposas Epicárdicas	- Aumento de Radicais Livres - Aumento de Hipertrofia - Aumento da Inflamação - Aumento da Atividade da MMP (mataloproteinase matricial) - Alterações metabólicas - Alteração do Sistema de Condução
Vasos Sanguíneos	- Células Endoteliais - Células Angiogênicas Migratórias - Células Musculares Lisas Vasculares	- Aumento de Radicais Livres - Redução do óxido nítrico endotelial - Aumento da Disfunção Endotelial - Aumento da hipertrofia vascular
Cérebro	- Órgãos Cicunventriculares - Tronco Cerebral	- Neuro-inflamação - Elevação de citocinas - Ativação da micróglia
Medula Óssea	- Células Mesangiais	- Aumento da mieloidose - Redução das células reparatórias vasculares
Intestino	- Enterócitos	- Disbiose intestinal - Perda da integridade da barreira epitelial (translação bacteriana)
Adipócitos	- Receptores mais concentrados nos adipócitos perivascularares	- Aumento da captação de glicose - Aumento da resistência a insulina
Fígado	- Hepatócitos - Colangiócitos	- Aumento da resistência à insulina - Aumento da fibrose
Pâncreas	- Células alfa, beta, delta, epsilon, acinares. endoteliais, PP e Mesenquimais	- Redução da secreção de insulina - Aumento de radicais livres - Aumento da inflamação
Rins	- Células Endoteliais Glomerulares - Células Endoteliais Tubulares Proximais - Podócitos	- Aumento de radicais livres - Aumento da hipertrofia celular - Aumento da Inflamação
Músculos Esqueléticos	- Apresentação difusa, com destaque as paredes das arteríolas aferentes	- Aumento da resistência à insulina - Aumento da fibrose
Olhos	- Células Epiteliais Pigmentares - Células Fotorreceptoras (cones e bastonetes) - Células Gliais de Muller	- Formação e drenagem do humor aquoso - Aumento da pressão intra-ocular - Proliferação celular trabecular

Fonte: Gheblawi et al.¹⁰; Liu et al.¹¹

Estas, associadas a resposta imune e inflamatória do paciente e ao potencial de lesões citopáticas pelo vírus, desencadeiam uma doença sistêmica com diferentes graus de acometimento orgânico e complicações variadas, as quais têm relação com as comorbidades prévias de cada indivíduo.^{10,11}

A interação dos fatos já citados ocasiona uma cascata de eventos cuja magnitude de cada fator é muito difícil de ser prevista, levando a diferentes fenótipos de apresentação. As características de cada paciente têm um papel significativo nesse contexto, como também as próprias propriedades do vírus, como sua cepa, e o inóculo viral. Assim, a resposta inflamatória pode ser mínima, sem ocasionar nenhum dano associado, ou exacerbado, com consequências diversas, como a Coagulação Intravascular Disseminada (CIVD), a Síndrome de Ativação de Macrófagos, a Linfocitose Hemofagocítica Secundária e a Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA), com potencial progressão para Disfunção de Múltiplos Órgãos e Sistemas (DMOS), elevando assim, o risco de óbito.

Nesse processo, alguns pontos são destacados: a inibição da ECA-2 e o amplo

processo inflamatório, como também a disfunção endotelial e os eventos de trombose, o que orienta inclusive os pilares atuais de tratamento desses pacientes.^{4,12}

Pacientes infectados com COVID-19 apresentam um tempo de incubação de 5 a 7 dias e são normalmente hospitalizados após 3 a 4 dias antes da admissão à Unidade de Terapia Intensiva e/ou ventilação mecânica. Esse padrão subagudo de progressão aumenta a possibilidade de que a imunossupressão, devido à depleção e exaustão de células T, contribua para a persistência e mortalidade viral do COVID-19.¹²

Uma resposta imune adaptativa mediada por células T intacta é essencial para manter a supressão a longo prazo de infecções virais. Isso é apoiado pelo aumento significativo do risco de reativação viral em pacientes cujo sistema imunológico adaptativo é suprimido. É assim caracterizada por ativação antigênica persistente de células T, conduzindo a um estado de célula não responsiva conhecido como célula T em exaustão e não por mera ausência de ativação as respostas das células T (Figura 4).

Dessa forma, frequentemente acompanha-se de linfopenia, anormalidade laboratorial mais consistente em pacientes

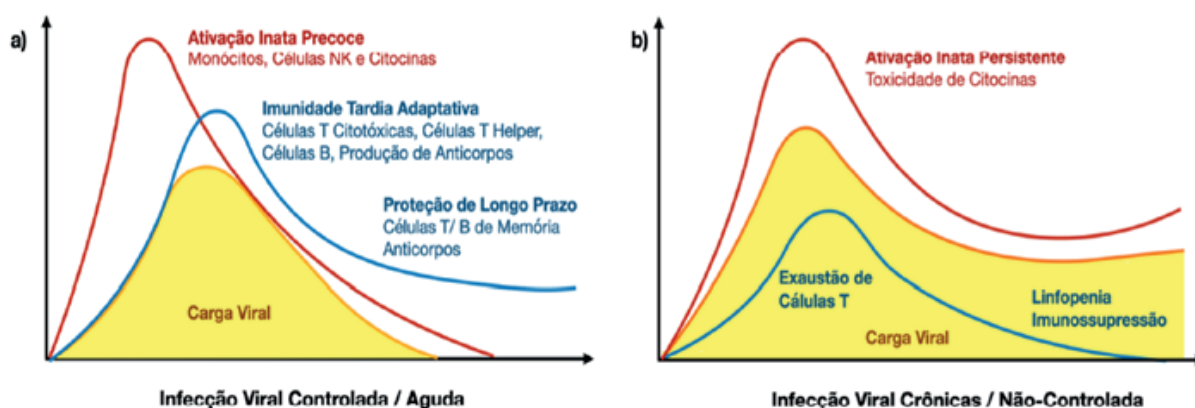


FIGURA 4. Apresentação do curso de doença perante a resposta imune inata e adaptativa, associada à carga viral em pacientes com doença aguda e controlada (A) e naqueles com infecção não controlada, tendendo a cronificação, o que ocorre mais frequentemente em idosos e imunossuprimidos (B). Fonte: Vardhana e Wolchok¹²

infectados com COVID-19. Notavelmente, a linfodepleção progressiva é observada em pacientes que se deterioram clinicamente durante a infecção por COVID-19, enquanto a recuperação da contagem de linfócitos tende a preceder diretamente a recuperação clínica.¹²

Seguindo a depuração viral, a maioria das células T específicas do vírus sofre apoptose. No entanto, a manutenção de células T de memória específica para a população viral existente é necessária para imunidade antiviral a longo prazo. A diminuição da função imune adaptativa relacionada à idade, também conhecida como "imunosenescência", é caracterizada por uma perda de diversidade clonal de células T e uma contração de células T ingênuas com capacidade proliferativa.¹²

Esses fatores, acrescidos da influência de potenciais intervenções terapêuticas, como uso indiscriminado de antimicrobianos, de doses elevadas de corticoesteróides, de drogas arritmogênicas, nefrotóxicas ou hepatotóxicas determinam uma variável dessa patologia com sintomas diversos. Contudo, tentou-se traçar um perfil evolutivo de pacientes com COVID-19, conforme descrito na Tabela 2, onde os principais sintomas encontrados são a presença de febre (90%), tosse seca (60-86%), dispneia (53-80%), fadiga (38%), distúrbio gastrointestinal como náuseas, vômito ou diarreia (15-39%) e mialgia (15-44%). Além de sintomas neurológicos diversos, também podem ser encontrados anosmia e ageusia, presentes em até 64-80% dos casos, sendo sintoma isolado em até 3% desses pacientes.⁴

TABELA 2. Perfil evolutivo de pacientes com COVID-19.

Curso de Doença	Tempo Estimado
Período de Incubação	- 5 dias em média (variando entre 2 a 7 dias)
Início dos Sintomas Respiratórios	- 5 dias (podem ser tardio, como até 14 a 21 dias)
Deterioração Clínica com Internação Hospitalar	- Mediana de 7 dias (intervalos interquartis de 3 a 9 dias)
Piora Radiológica	- Geralmente após o oitavo dia
Tempo Médio de Sintomas	- 11,5 dias (casos graves e críticos: tempo mais prolongado)
Melhora Clínica	- Geralmente em torno de 2 a 3 semanas
Tempo Entre Início de Sintomas e o Óbito	- Variável, mas em geral de 2 a até 8 semanas
Tempo de Transmissão	- Variável e indeterminado (possivelmente de 10 a 21 dias)

Fonte: Wiersinga et al.⁴

A maioria dos casos de COVID-19, independente da idade, são leves ou mesmo assintomáticos, o que pode corresponder a até 85% dos pacientes. Entretanto, aproximadamente 15% progridem para formas graves e 5% com necessidade de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) por necessitarem de suporte ventilatório e/ou

hemodinâmico, conforme descreve e detalha a Tabela 3. Assim, a mortalidade geral por COVID-19 segue baixa, em torno de 2,8%. No entanto, a letalidade dos casos graves é muito variável conforme diferentes estudos, chegando a 60% de mortalidade nos Estados Unidos entre os pacientes sob ventilação mecânica invasiva.¹⁴

TABELA 3. Classificação dos casos de COVID-19 conforme a gravidade.

Classificação Síndrômica	Características
Casos Leves (81%)	-Pneumonia Leve ou Ausente
Casos Graves (14%)	- Presença de ao menos um dos critérios: - Dispneia; - Frequência Respiratória > 30 irpm; - SaO ₂ < 93%; - Relação PaO ₂ / FiO ₂ > 300; - Infiltrado Pulmonar > 50%.
Casos Crítico (5%)	- Insuficiência Respiratória - Choque circulatório - Disfunção de Múltiplos Órgãos e Sistemas (DMOS)

Fonte: Wu et al.¹³

A maioria dos pacientes com desfechos desfavoráveis tem relação com complicações sistêmicas e pulmonares (Tabela 4): 75% dos pacientes apresentam pneumonia grave e 15% SDRA.

TABELA 4. Potenciais complicações relacionadas a COVID-19.

Complicações Sistêmicas	Fenótipos mais relevantes
Respiratórias⁵	- Pneumonia Grave - Insuficiência Respiratória - SDRA
Cardiovasculares⁵	- Arritmias (supra e infra-hissianas) - Infarto Agudo do Miocárdio Tipo I e Tipo II - Miocardite - Cardiomiopatia - Síndrome de Takotsubo - Choque Circulatório
Hepáticas¹⁷	- Elevação de transaminases - Elevação de bilirrubina - Síndrome colestático
Pancreáticas¹²	- Pancreatite (diferentes graus de acometimento)
Tromboembólicas⁵	- Tromboembolismo Pulmonar - Trombose Venosa Periférica - Doença Arterial Obstrutiva
Neurológicas⁵	- Encefalite e Meningite - Síndrome de Guillain-Barre - Crises Convulsivas - Acidente Cerebrovascular Isquêmico - Acidente Cerebrovascular Hemorrágico - Polineuromiopia - Alterações de Consciência
Inflamatórias⁵	- Linfocitose Hemofagocítica Secundária - Tempestade de Citocinas
Infecções Secundárias⁵	- Pneumonia Bacteriana e Fúngica

Fonte: Wu et al.¹³

Em relação a eventos vasculares, sejam eles cerebrovasculares, cardiovasculares ou tromboembólicos, podem estar presentes em até 31 a 59% dos casos. Complicações referentes as disfunções orgânicas, como neurológicas (mais de 8% dos casos), renais (mais de 9% dos casos) e hepáticas (19% dos casos) estão envolvidas. Estas relacionam-se a casos graves por desregulações do sistema imune e da resposta inflamatória, desencadeando complicações mais raras como a Síndrome de Tempestade de Citocinas e a Síndrome de Linfocitose Hematofagocítica Secundária.⁴

Esses números foram muito variáveis ao redor da pandemia, tendo influência direta da qualidade assistencial, o que interferiu na diferença de desfechos entre serviços, ressaltando os momentos de maior ou menor saturação das instituições, conforme a incidência de novos casos. Inerente a isso, diante da sobrecarga dos serviços, com a falta de leitos e insumos adequados, há uma maior tendência que ocorra um aumento da mortalidade tanto dos pacientes com

COVID-19 como por outras causas nesse contexto.²¹ Isso foi evidenciado na Inglaterra, onde a sobrevivência dos pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva aumentou de 58% para 80% do final de março para o final de julho de 2020.²² Além disso, a veracidade desses dados sempre pode ser questionada, sobretudo, em locais onde os testes diagnósticos são escassos e a subnotificação é uma realidade constante.^{23,24}

A presença de comorbidades apresenta uma grande relação com a gravidade,^{2,25} o que foi associado a um aumento de 12 vezes no risco de óbito, em uma avaliação de 300.000 pacientes com COVID-19 nos Estados Unidos.²⁶ 60-90% dos casos graves têm ao menos uma comorbidade, entre as quais as mais frequentes são a hipertensão arterial sistêmica (HAS) (45-57%), doenças cardiovasculares (21-28%), diabetes mellitus (DM) (17-34%), doença renal crônica (13%), doença pulmonar obstrutiva crônica (4-10%), neoplasia maligna (6-8%) e doença hepática crônica (<5%),^{4,25} como bem descrita na Tabela 5.

TABELA 5. Comorbidades associadas a riscos de evolução para casos graves e para óbito.

Comorbidade	OR (IC95%)	
	Casos Graves	Mortalidade
Doença Renal Crônica	2,56 (0,63 - 10,45)	3,20 (2,52-4,06)
Hepatopatia Crônica	1,45 (0,70 - 3,01)	1,80 (1,35-2,39)
Doença Respiratória Crônica	2,48 (1,44 - 4,27)	2,00 (1,39-2,88)
Doença Cerebrovascular	2,02 (0,71 - 5,70)	4,15 (1,80-9,59)
Doença Cardiovascular	1,70 (1,05 - 2,78)	2,98 (2,51-3,53)
Diabetes Mellitus	2,10 (1,33 - 3,34)	2,12 (1,79-2,88)
Hipertensão Arterial Sistêmica	2,33 (1,42 - 3,81)	2,61 (2,19-3,17)
Neoplasia Maligna	1,18 (0,70 - 1,99)	2,36 (1,77-3,15)

Fonte: Stokes et al.²⁵

Particularidades do Idoso com COVID-19

Pacientes idosos possuem particularidades que podem levá-los a apresentações clínicas distintas, com

uma frequência maior do que os demais indivíduos.²⁷ Nesse contexto, sinais e sintomas atípicos como quedas, piora do estado geral e alterações cognitivas ou comportamentais, como a presença de

delirium, sobretudo naqueles com mais de 80 anos, podem ser observadas.²⁸ Além disso, esses casos tendem a cursar com maior gravidade e mortalidade, o que é evidenciado por alguns trabalhos.^{13,29}

Entre 74 e 86% dos pacientes internados apresentam idade superior a 50 anos⁴, que confere um aumento da

mortalidade de 0,4% em pacientes com 55 anos; 1,4%, para aqueles com 65 anos; 4,6%, nos de 75 anos e 15% nos indivíduos com 85 anos³⁰, conferindo um aumento de 20 vezes do risco de morte para os pacientes com idade superior a 80 anos, em comparação aos com idade entre 50 e 59 anos,³¹ podendo ser observado na Figura 5.

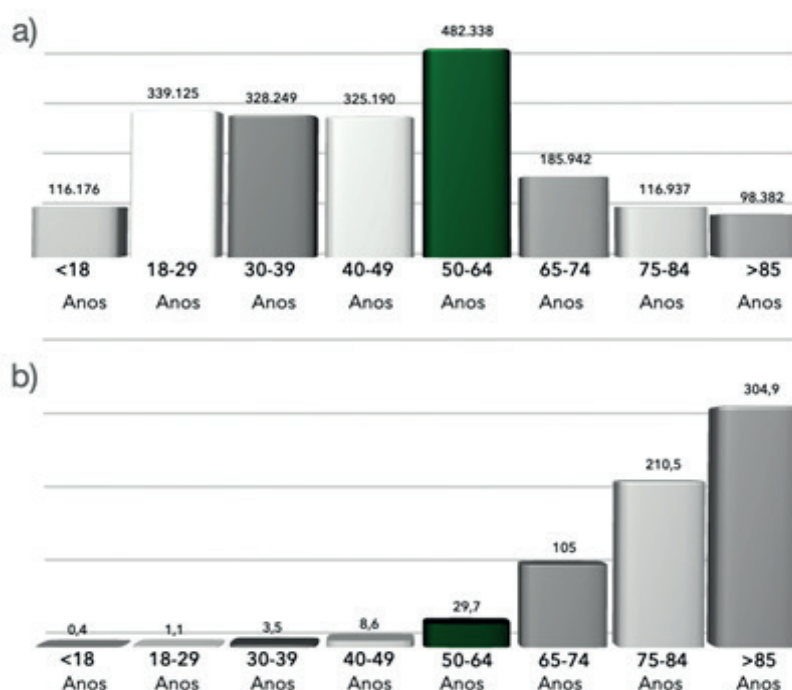


FIGURA 5. Casos de COVID-19 confirmados conforme a idade dos pacientes (a); Óbitos por COVID-19 em relação à progressão etária populacional (b). Fonte: Wiersinga et al.⁴

Esses achados são determinados por inúmeros fatores, entre os quais, destacam-se a maior incidência de comorbidades, a polifarmácia e a fragilidade,²⁷ sendo agravado ainda mais, pela maior dificuldade de acesso a serviços de saúde e, com isso, contribuindo com uma maior probabilidade de desfechos desfavoráveis.⁴

Apesar das comorbidades, como HAS, DM e doenças cardiovasculares, não apresentam um maior risco de óbito nesses pacientes, em relação aos demais, elas são mais frequentes. Além disso, esses

indivíduos tendem a ter um maior número de comorbidades associadas, o que também confere a eles um risco mais elevado,^{4,13} tendo sido evidenciado em uma série de pacientes idosos nos Estados Unidos, com idade média de 83 anos, onde 94% apresentavam doenças crônicas. Destes, 55% necessitaram ser internados e 35% evoluíram para óbito.³² Outro aspecto que impacta nesses desfechos é a maior probabilidade de ocorrer uma tempestade de citocinas induzidas pelo vírus, SDRA e DMOS, o que também tem relação importante com gravidade e mortalidade.²⁷

Diagnóstico do COVID-19

O rastreamento clínico deve sempre ser o norte de toda investigação diagnóstica. Portanto, uma avaliação clínica detalhada, que pode ser associada a exames laboratoriais e de imagem como a Ultrassonografia pulmonar e a Tomografia de tórax devem ser sempre levadas em consideração, se disponíveis. Tanto a apresentação clínica, como a laboratorial e as alterações de imagem são deveras variáveis. Quanto as alterações de imagem, destacam-se as alterações intersticiais (infiltradas) que têm maior propensão de acometimento periférico, bilateral em lobos inferiores (vidro fosco na Tomografia de tórax) e linhas B na Ultrassonografia de tórax, podendo, em estágios mais tardios e graves, apresentar áreas de consolidação.^{33,34}

Apesar de não termos um perfil único de evolução laboratorial, alguns achados são muito frequentes e auxiliam no diagnóstico, como a linfopenia, que é encontrada em até 83% dos casos, a elevação de marcadores inflamatórios (como proteína C reativa, fator de necrose tumoral alfa, e interleucina-6 por exemplo) e de alterações da coagulação, como a elevação de D-Dímero (46% dos casos), de trombocitopenia e de prolongamento do tempo de protrombina.⁴

A reação em cadeia da polimerase (rT-PCR) a partir de um swab nasofaríngeo é o teste padrão-ouro para o diagnóstico de COVID-19. A sua sensibilidade é muito variável, passando 33% no quarto dia de exposição para 62% no dia de início dos sintomas e 80% no terceiro dia de sintomas. A acurácia pode ser maior perante uma técnica rigorosa de coleta e quando a amostra for oriunda de um lavado bronco-alveolar. A identificação do antígeno viral também pode auxiliar no diagnóstico nos primeiros sete dias de

sintomas. Testes sorológicos passam a ser úteis para o diagnóstico após o sétimo dia, quando a sensibilidade do rT-PCR tende a cair significativamente. O IgM pode permanecer por até 2 a 3 semanas, enquanto o IgG que tende a ser encontrado a partir de 14 dias do início dos sintomas pode permanecer por tempo ainda não determinado e com titulações variáveis.⁴

Os testes diagnósticos devem ser sempre pareados com a avaliação total do paciente, com os dados clínicos, laboratoriais e de imagem, com o intuito de reduzir resultados falsos negativos e potenciais erros diagnósticos. Portanto, casos com elevada probabilidade pré-teste, com resultados negativos, devem ter os exames repetidos, para evitar tais viéses.^{4,35}

Tratamento dos pacientes com COVID-19

O tratamento de pacientes com COVID-19 passou por inúmeras falácias até o momento, com muitas tentativas frustradas de implementações de diversas medicações e protocolos. Hoje, o que há de concreto é que o paciente necessita de um suporte individualizado, com vistas a um bom suporte ventilatório (Figura 6) e ao controle de sintomas. Além disso, apenas demonstram-se de modo consensual entre as evidências, o uso racional de anticoagulantes, ao menos em doses profiláticas nos casos graves, podendo ser utilizadas doses mais elevadas na vigência de trombose, ou com a utilização de algoritmos que indiquem uma maior probabilidade de eventos tromboembólicos, e o uso de corticoesteróides em doses anti-inflamatórias em pacientes que necessitam de oxigênio. Nenhum outro tratamento até o momento teve seu uso corroborado por ensaios clínicos randomizados e com resultados significativos, com validação externa.^{4,36}

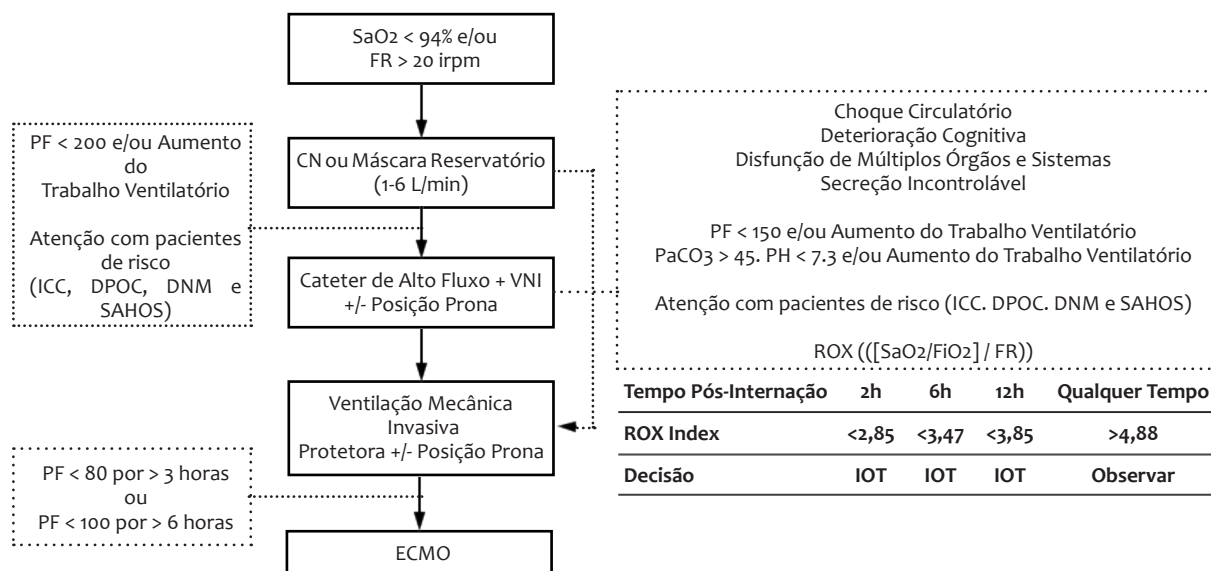


FIGURA 6. Fluxograma do suporte ventilatório do paciente com COVID-19 (FR: Frequência Respiratória; VNI: Ventilação não-invasiva; ECMO: Circulação extra-corpórea com membrana de oxigênio; ICC: Insuficiência Cardíaca Congestiva; DPOC: Doença pulmonar obstrutiva crônica; DNM: Doença neuromuscular; SAHOS: Síndrome de apnéia obstrutiva do sono; Protocolo Assistencial – UTI Adulto do Hospital Nossa Senhora das Neves).

Transmissão da COVID-19: Como ocorre e como podemos evitar sua disseminação?

A exposição direta interpessoal, com exteriorização de gotículas expelidas durante a fala, a tosse ou o espirro é a principal forma de contaminação. Sendo o risco de contágio diretamente proporcional a proximidade entre os indivíduos e o tempo de exposição (quanto maior o tempo e a proximidade, maior será o risco de contaminação).²³ Portanto, a manutenção de um distanciamento social seguro de ao menos 1,5 a 2 metros, evitando reuniões e eventos sociais em ambientes fechados, assim como abraços e apertos de mão são medidas preventivas efetivas para essa disseminação.^{2,4,32,37} Viagens de ônibus ou avião, portanto, devem ser desencorajadas como rotina, principalmente, em pacientes idosos durante o período de pandemia. Somado a isso, o uso de máscaras é de suma importância para evitar esse meio de contaminação.^{2,4,23,38}

A transmissão, por meio indireto, por meio do contato com superfícies contaminadas, ainda carece de maior validação, sobretudo em situações. Contudo, pela possível permanência do vírus por períodos prolongados em diferentes estruturas, essa forma de contágio traz maiores preocupações, sobretudo perante o contato íntimo com indivíduos contaminados, ou mesmo dentro de instituições de saúde, onde o inóculo viral tende a ser maior. Por isso, para tentar evitar tal propagação, perante tais possibilidades, é de suma importância a higiene adequada das mãos com água e sabão ou com etanol 70% (efetivo na inativação viral), assim como a higienização de superfícies potencialmente contaminadas.^{2,4,23,38,40}

A transmissão por aerossóis (pequenas gotículas suspensas no ar) também foi relatada. Apesar de ter um menor impacto do que a por gotículas, essa via tem um risco adicional pelo tempo que os

aerossóis podem permanecer em um ambiente fechado e pelo seu potencial de disseminação por distâncias maiores do que aquela relacionada à transmissão por gotículas, o que eleva ainda mais a indicação do uso de máscaras durante a pandemia em ambientes sociais, além da indicação de manutenção dos ambientes com a maior ventilação possível.^{2,4,7,23,37,38} Outras potenciais rotas de transmissão, como por meio das fezes de indivíduos infectados e a transmissão vertical, não demonstraram um maior impacto na propagação da pandemia.^{2,4}

A testagem populacional é uma forma efetiva de contenção de casos, pois os indivíduos infectados têm uma probabilidade maior de transmitir o vírus no estágio inicial da doença, quando os níveis de RNA em amostras respiratórias são mais elevados, levando a uma probabilidade significativa de

transmissão por elementos pré-sintomáticos e mesmo por aqueles que não apresentam sintomas, os quais podem ser isolados previamente a isso, perante uma testagem prévia com diagnóstico preventivo.^{2,4,23}

Por fim, a provável melhor estratégia para prevenção de novos casos e de contenção da pandemia é a vacinação. De forma consensual, não há até o momento medida mais viável para esse fim, nem mesmo para a qual haja tanta esperança em sua efetividade. Portanto, todas as pessoas devem ser vacinadas, seguindo o Programa Nacional de Vacinação. Os pacientes idosos são a grande prioridade nesse contexto, pois são os mais frágeis perante o cenário atual e os que representaram a maioria dos pacientes internados em hospitais, incluindo Unidades de Terapia Intensiva, durante os picos pandêmicos.^{2,4,23}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia por COVID-19 se apresentou como um cenário previamente visualizado apenas na ficção, com impacto social e econômico imensurável. Os pacientes idosos, por sua fragilidade, associados as comorbidades previamente instituídas, além de inúmeros outros fatores, tiveram desfechos ainda mais impactantes, com um maior número de casos graves, com mais internações hospitalares, incluindo Unidades

de Terapia Intensiva, com subsequente maior mortalidade. Infelizmente, não há uma terapêutica consensual com grande impacto para mudança desses desfechos. Contudo, o uso racional de corticóides e anticoagulantes já são consensuais, além de um suporte ventilatório adequado e individualizado. E, por fim, a profilaxia demonstrou ter uma efetividade muito significativa, sobretudo perante a vacinação em massa da população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organização Mundial de Saúde (OMS). Casos Confirmados no Brasil. <https://covid19.who.int/region/amro/country/br> (Acessado em 05 de

Setembro de 2021).

2. Organização Mundial de Saúde (OMS).

Transmission of SARS-CoV-2: Implications for infection prevention precautions. <https://www.who.int/publications/i/item/modes-of-transmission-of-virus-causing-covid-19-implications-for-ipc-precaution-recommendations> (Acessado em 22 de Maio de 2021).

3. Mesas AE, Cavero-Redondo I, Bueno CA, Cabrera MAS, Andrfade SM, Sequí-Dominguez I, et al. Predictors of in-hospital COVID-19 mortality: A comprehensive systematic review and meta-analysis exploring differences by age, sex and health conditions. *PLoS ONE*. 2020. 15(11): e0241742.

4. Wiersinga WJ, Rhodes A, Cheng AC, Peacock SJ, Prescott H. Pathophysiology, Transmission, Diagnosis, and Treatment of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Review. *JAMA*. 2020 Aug 25;324(8):782-93.

5. Gulyaeva AA, Gorbalenya AE. A nidovirus perspective on SARS-CoV-2. *Biochem Biophys Res Commun*. 2021 Jan;538:24-34.

6. Ashour HM, Elkhatib WF, Rahman MM, Elshabrawy HA. Insights into the Recent 2019 Novel Coronavirus (SARS-CoV-2) in Light of Past Human Coronavirus Outbreaks. *Pathogens*. 2020 Mar 4;9(3):186.

7. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med*. 2020 Feb 20;382(8):727-33.

8. Lu R, Zhao X, Li J, Niu P, Yang B, Wu H, et al. Genomic characterisation and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding. *Lancet*. 2020 Feb 22;395(10224):565-74.

9. Huang Y, Yang C, Xu X, Xu W, Liu S. Structural and functional properties of SARS-CoV-2 spike protein: potential antiviral drug development for COVID-19. *Acta Pharmacol Sin*. 2020 Sep 3;41(9):1141-49.

10. Gheblawi M, Wang K, Viveiros A, Nguyen Q, Zhong JC, Turner AJ, et al. Angiotensin-Converting Enzyme 2: SARS-CoV-2 Receptor and Regulator of

the Renin-Angiotensin System. *Circ Res*. 2020 May 8;126(10):1456-74.

11. Liu F, Long X, Zhang B, Zhang W, Chen X, Zhang Z. ACE2 Expression in Pancreas May Cause Pancreatic Damage After SARS-CoV-2 Infection. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2020 Aug;18(9):2128-30.e2.

12. Vardhana SA, Wolchok JD. The many faces of the anti-COVID immune response. *J Exp Med*. 2020 Jun 1;217(6).

13. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China. *JAMA*. 2020 Apr 7;323(13):1239-42.

14. Cates J, Lucero-Obusan C, Dahl RM, Schirmer P, Garg S, Oda G, et al. Risk for In-Hospital Complications Associated with COVID-19 and Influenza - Veterans Health Administration, United States, October 1, 2018-May 31, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2020 Oct 23;69(42):1528-34.

15. Chen T, Wu D, Chen H, Yan W, Yang D, Chen G, et al. Clinical characteristics of 113 deceased patients with coronavirus disease 2019: retrospective study. *BMJ*. 2020 Mar 26;368,m1091.

16. Xie Y, Wang X, Yang P, Zhang S. COVID-19 Complicated by Acute Pulmonary Embolism. *Radiol Cardiothorac Imaging*. 2020 April 1;2(2):e200067.

17. Liotta EM, Batra A, Clark JR, Shlobin NA, Hoffman SC, Orban ZS, et al. Frequent neurologic manifestations and encephalopathy-associated morbidity in Covid-19 patients. *Ann Clin Transl Neurol*. 2020 Nov 5;7(11):2221-30.

18. Leisman DE, Ronner L, Pinotti R, Taylor MD, Sinha P, Calfee CS, et al. Cytokine elevation in severe and critical COVID-19: a rapid systematic review, meta-analysis, and comparison with other inflammatory syndromes. *Lancet Respir Med*. 2020 Dec;8(12):1233-44.

19. Rawson TM, Moore LSP, Zhu N, Ranganathan N, Skolimowska K, Gilchrist M, et al. Bacterial and Fungal Coinfection in Individuals With Coronavirus: A Rapid Review To Support COVID-19

- Antimicrobial Prescribing. *Clin Infect Dis*. 2020 Dec 3;71(9):2459-68.
20. Mudatsir M, Fajar JK, Wulandari L, Soegiarto G, Ilmawan M, Purnamasari Y, et al. Predictors of COVID-19 severity: a systematic review and meta-analysis. *F1000Res*. 2020 Sep 9;9:1107.
21. Dennis JM, McGovern AP, Vollmer SJ, Mateen BA. Improving Survival of Critical Care Patients With Coronavirus Disease 2019 in England: A National Cohort Study, March to June 2020. *Crit Care Med*. 2021 Feb 26;49(2):209-14.
22. Woolf SH, Chapman DA, Sabo RT, Weinberger DM, Hill L, Taylor DDH. Excess Deaths From COVID-19 and Other Causes, March-July 2020. *JAMA*. 2020 Oct 20;324(15):1562-64.
23. Weinberger DM, Chen J, Cohen T, Crawford FW, Mostashari F, Olson D, et al. Estimation of Excess Deaths Associated With the COVID-19 Pandemic in the United States, March to May 2020. *JAMA Intern Med*. 2020 Oct 1;180(10):1336-44.
24. Richardson S, Hirsch JS, Narasimhan M, Crawford JM, McGinn T, Davidson KW, et al. Presenting Characteristics, Comorbidities, and Outcomes Among 5700 Patients Hospitalized With COVID-19 in the New York City Area. *JAMA*. 2020 May 26;323(20):2052-59.
25. Stokes EK, Zambrano LD, Anderson KN, Marder EP, Raz KM, El Burai Felix S, et al. Coronavirus Disease 2019 Case Surveillance - United States, January 22-May 30, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2020 Jun 19;69(24):759-65.
26. Perrotta F, Corbi G, Mazzeo G, Boccia M, Aronne L, D'Agnano V, et al. COVID-19 and the elderly: insights into pathogenesis and clinical decision-making. *Aging Clin Exp Res*. 2020 Aug 16;32(8):1599-608.
27. Annweiler C, Sacco G, Salles N, Aquino JP, Gautier J, Berrut G, et al. National French Survey of Coronavirus Disease (COVID-19) Symptoms in People Aged 70 and Over. *Clin Infect Dis*. 2021 Feb 1;72(3):490-94.
28. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet*. 2020 Mar 28;395(10229):1054-62.
29. Levin AT, Hanage WP, Owusu-Boaitey N, Cochran KB, Walsh SP, Meyerowitz-Katz G. Assessing the age specificity of infection fatality rates for COVID-19: systematic review, meta-analysis, and public policy implications. *Eur J Epidemiol*. 2020 Dec 8;35(12):1123-38.
30. Williamson EJ, Walker AJ, Bhaskaran K, Bacon S, Bates C, Morton CE, et al. Factors associated with COVID-19-related death using OpenSAFELY. *Nature*. 2020 Aug 20;584(7821):430-36.
31. McMichael TM, Currie DW, Clark S, Pogosjans S, Kay M, Schwartz NG, et al. Epidemiology of Covid-19 in a Long-Term Care Facility in King County, Washington. *N Engl J Med*. 2020 May 21;382(21):2005-11.
32. Simpson S, Kay FU, Abbara S, Bhalla S, Chung JH, Chung M, et al. Radiological Society of North America Expert Consensus Statement on Reporting Chest CT Findings Related to COVID-19. Endorsed by the Society of Thoracic Radiology, the American College of Radiology, and RSNA - Secondary Publication. *J Thorac Imaging*. 2020 Jul;35(4):219-27.
33. Abrams ER, Rose G, Fields JM, Esener D. Point-of-Care Ultrasound in the Evaluation of COVID-19. *J Emerg Med*. 2020 Sep;59(3):403-08.
34. Goyal P, Choi JJ, Pinheiro LC, Schenck EJ, Chen R, Jabri A, et al. Clinical Characteristics of Covid-19 in New York City. *N Engl J Med*. 2020 Jun 11;382(24):2372-74.
35. Alhazzani W, Møller MH, Arabi YM, Loeb M, Gong MN, Fan E, et al. Surviving Sepsis Campaign: Guidelines on the Management of Critically Ill Adults with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Crit Care Med*. 2020 Jun 25;48(6):e440-69.
36. Islam N, Sharp SJ, Chowell G, Shabnam S, Kawachi I, Lacey B, et al. Physical distancing interventions and incidence of coronavirus disease 2019: natural experiment in 149 countries. *BMJ*.

2020 Jul 15;370:m2743.

37. Hirose R, Ikegaya H, Naito Y, Watanabe N, Yoshida T, Bandou R, et al. Survival of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and Influenza Virus on the human skin: Importance of hand hygiene in Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Clin Infect Dis*. 2020 Oct 3:ciaa1517.

38. Peto J, Alwan NA, Godfrey KM, Burgess RA, Hunter DJ, Riboli E, et al. Universal weekly testing as the UK COVID-19 lockdown exit strategy.

Lancet. 2020 May 2;395(10234):1420-21.

39. Kampf G, Todt D, Pfaender S, Steinmann E. Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and their inactivation with biocidal agents. *J Hosp Infect*. 2020 Mar;104(3):246-51.

40. Guo ZD, Wang ZY, Zhang SF, Li X, Li L, Li C, et al. Aerosol and Surface Distribution of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 in Hospital Wards, Wuhan, China, 2020. *Emerg Infect Dis*. 2020 Jul;26(7):1583-91.

COMPETÊNCIA CULTURAL E QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

CULTURAL COMPETENCE AND QUALITY OF NURSING CARE

Ana Luiza Ferreira Aydogdu^{1*}

Resumo. Indivíduos migram por motivos muito variados, alguns estão em busca de melhores condições de trabalho e de vida, outros se veem obrigados a deixar seus países devido a guerras e conflitos. Além disso, o mercado do turismo de saúde está em ascensão, assim, pessoas também saem de suas regiões em busca de tratamentos médicos. A globalização facilitou os movimentos migratórios. Todos esses fatores fizeram com que a diversidade cultural dos povos fosse aumentando gradativamente. A cultura está diretamente ligada à assistência à saúde, pois interfere na forma como o indivíduo encara o processo saúde-doença. Por isso, profissionais de enfermagem devem conhecer as crenças e os costumes de seus pacientes para prestar um cuidado eficaz e eficiente. O objetivo deste estudo foi refletir sobre a enfermagem transcultural e a qualidade da assistência prestada pelos profissionais de enfermagem. Trata-se de uma revisão narrativa baseada na leitura, análise e interpretação de artigos científicos sobre enfermagem transcultural disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e no Google Acadêmico. Observou-se que as características culturais das populações de diversos países estão em constante processo de mudança. Cursos, intercâmbios e renovações curriculares buscam atualizar o estudante e o profissional de enfermagem sobre diferentes culturas, pois há o conhecimento de que os profissionais de enfermagem devem estar culturalmente capacitados para atender às necessidades de uma sociedade cada vez mais culturalmente diversificada. Conclui-se que faculdades de enfermagem e instituições de saúde devem atentar para o ensino e para a prática da enfermagem transcultural, para que a assistência de enfermagem possa ser mais qualificada e humanizada.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência à Saúde. Diversidade Cultural. Enfermagem Transcultural. Enfermeiras e Enfermeiros.

Abstract. Individuals migrate for several different reasons, some looking for better working and living conditions, others are forced to leave their countries due to wars and conflicts. In addition, the health tourism market is on the rise, so people are also leaving their regions in search of medical care. Globalization has facilitated migratory movements. All these factors caused the cultural diversity of the nations to gradually increase. Culture is directly linked to health care, since it interferes with how individuals face the health-disease process; therefore, nursing professionals must know the beliefs and behaviours of their patients to provide effective and efficient care. The aim of this study was to reflect on transcultural nursing and the quality of care provided by nursing professionals. It is a narrative review based on the reading, analysis, and interpretation of scientific articles on transcultural nursing available at the Virtual Health Library (VHL) and Google Scholar. It was observed that cultural characteristics of the populations of different countries are in a constant process of change. Courses, exchange programs and curricular changes seek to update the students and the nursing professionals about different cultures, as it is known that nursing professionals must be culturally competent to meet the needs of an increasingly culturally diverse society. It is concluded that nursing colleges and health institutions should pay attention to the teaching and practice of transcultural nursing, so that nursing care can be more qualified and humanized.

KEYWORDS: Health Care. Cultural Diversity. Transcultural Nursing. Nurses.

¹Enfermeira. Doutora em Administração em Enfermagem. Istanbul Health and Technology University, 34510, Zeytinburnu, Istanbul, Turquia.

*Autor correspondente: luizaf@gmail.com.

ORCID ID: 0000-0002-0411-0886.

INTRODUÇÃO

Pessoas migram por razões muito variadas, que podem ir desde buscas por melhores condições de trabalho e sociais, até fugas de territórios em guerra ou conflito.¹ Avanços tecnológicos nas áreas do transporte e da comunicação facilitaram esses movimentos migratórios, que nos últimos anos estão cada vez mais comuns.² Além disso, o avanço na área da saúde também aumentou o movimento de pessoas entre os países devido a um mercado cada vez mais popular, o turismo de saúde.²

A diversidade cultural dos povos tem uma relação direta com a prestação de cuidados, visto que a cultura interfere nas atitudes das pessoas frente à saúde e à doença.³ Para o profissional de enfermagem, reconhecer as diferenças culturais dos pacientes e saber como agir frente a crenças e hábitos diversificados é de fundamental importância para a prestação de uma assistência qualificada.⁴

Diferenças culturais podem interferir negativamente na interação enfermeiro-paciente, podendo representar inclusive, riscos para a segurança tanto do profissional quanto do indivíduo que necessita de cuidados.^{5,6} Assim, a enfermagem, uma profissão que está em constante processo de aprendizagem, tendo que se adaptar

ao surgimento de novas doenças, novos tratamentos e novos cuidados⁷ foi, através dos tempos, se adaptando também às diferenças culturais dos pacientes e de seus familiares.⁴

Por volta da década de 50, Leininger, a pioneira da enfermagem transcultural, alertou para importância de incorporar disciplinas como antropologia, sociologia e psicologia às práticas de enfermagem, visando assim aumentar a eficácia e a eficiência dos cuidados prestados pelos profissionais da área.⁸ Enfermagem transcultural é, portanto, a prática da enfermagem baseada nas características culturais do paciente visando manter ou promover sua saúde física, mental e social.⁹

No Brasil, um país historicamente reconhecido por sua diversidade cultural, a importância da enfermagem transcultural é evidente.¹⁰ Além disso, o país vem aumentando seu potencial para desenvolver o turismo em saúde,¹¹⁻¹³ o que faz com que o profissional de enfermagem deva estar cada vez mais preparado para atender às necessidades de indivíduos de diferentes etnias. O objetivo deste estudo foi fazer uma reflexão sobre a enfermagem transcultural e a qualidade da assistência prestada pelo profissional de enfermagem.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Enfermeiros e docentes de enfermagem em diversos países ao redor do mundo atentam para a importância da enfermagem transcultural.^{4,5,16,25} Para que o profissional de enfermagem possa oferecer um cuidado de qualidade aos pacientes de

diferentes origens culturais é fundamental que ele seja culturalmente competente,⁴ ou seja, é preciso ter sensibilidade, conhecimentos e habilidades para atender indivíduos com características culturais diferentes. Diferenças estas que vão desde crenças e costumes até

o próprio idioma falado pelo paciente e seus familiares;^{16-18,21,25} estes fatores culturais podem representar verdadeiras barreiras entre o profissional de enfermagem e o paciente.

Faculdades de enfermagem e instituições de saúde de diferentes países, percebendo mudanças constantes nas características das populações que atendem, procuram tornar estudantes e profissionais de enfermagem cada vez mais competentes na prática da enfermagem transcultural através de intercâmbios,¹⁹ cursos⁴ e avaliações curriculares.^{20,22} Ainda assim, as alterações demográficas de algumas regiões ocorrem tão rapidamente, que é difícil acompanhar. Alguns países, como os Estados Unidos da América (EUA),²⁶ Canadá²⁷ e Brasil,¹⁰ devido a própria formação histórica têm uma diversidade cultural muito grande. Outros como Turquia e Jordânia tiveram seus cenários demográficos ainda mais alterados devido a chegada de refugiados.²⁸ Países como Arábia Saudita, Alemanha, Rússia, Reino Unido e os Emirados Árabes Unidos, têm muitos imigrantes;²⁸ e países asiáticos como Malásia, Singapura e Índia são importantes destinos para o turismo de saúde.²⁹ Todos estes fatores fazem com que profissionais de enfermagem que desempenham suas funções nesses países e em outros com atributos semelhantes, prestem cuidados a indivíduos com características culturais muito diversificadas, o que pode ser um verdadeiro desafio.

A importância da prática da enfermagem transcultural se faz presente, principalmente, devido aos riscos que podem ser gerados em consequência de desentendimentos originados pela existência de hábitos, crenças e idiomas diferentes.

Interferências na comunicação, entre o paciente e o profissional de enfermagem, podem acarretar erros que impedem tanto a prevenção de doenças, quanto a promoção da saúde.^{5,6} Para que o profissional de enfermagem possa oferecer um cuidado de enfermagem holístico à sociedade, é preciso que ele conheça bem a população que atende, sendo fundamental entender e respeitar as diferentes culturas desses indivíduos.

Num estudo feito na Turquia, país que atualmente recebe o maior de número de refugiados no mundo,²⁸ foram identificadas atitudes negativas de estudantes de enfermagem ao prestarem cuidados aos refugiados Sírios.¹⁷ Na Jordânia, um outro país com um número elevado de refugiados,²⁸ num estudo realizado com estudantes de enfermagem, que atendiam a essa população, foi observada a necessidade de vencer a barreira da língua estrangeira e preparar o discente de enfermagem tanto na teoria, como na prática para prestar assistência a pacientes de origens culturais diferentes.²¹ Já um estudo feito no Canadá, um país culturalmente diversificado, atentou para a necessidade de avaliar os currículos das faculdades de enfermagem com relação ao ensino da enfermagem transcultural;²² e um estudo feito em outro país cujo cenário demográfico é diversificado, os EUA, identificou um aumento da eficiência cultural de estudantes de enfermagem após um curso de enfermagem transcultural.⁴

Um estudo feito com enfermeiras trabalhando na Arábia Saudita e nos Emirados Árabes Unidos, países com grande número de imigrantes,²⁸ enfatizou a necessidade de práticas educacionais focadas na cultura e nas crenças religiosas para que profissionais de enfermagem ganhem competência cultural.¹⁶

Tabus culturais e língua estrangeira foram apontados como desafios para a enfermagem em um estudo realizado em Singapura,²⁵ um país que recebe muitos turistas em busca de tratamento médico.²⁹ Em outro país reconhecido como destino para o turismo de saúde, a Índia,²⁹ um estudo feito com enfermeiros apontou que um conhecimento mais profundo da própria cultura faz com que o indivíduo respeite e tome atitudes mais conscientes com relação aos hábitos culturais dos outros, facilitando assim a interação enfermeiro-paciente.⁶ Estudos feitos com estudantes e profissionais de enfermagem em diferentes países mostram a existência de um nível alto^{17,18} ou moderado²⁴ de sensibilidade intercultural, mas ainda assim existe uma falta de conhecimento sobre a enfermagem transcultural,^{17,18} pouca autoconfiança ao cuidar de pacientes de outras culturas²⁴ e falta de interesse em aprender sobre o tema.¹⁸

No cenário nacional contamos com índios, quilombolas, ciganos e imigrantes entre outros grupos, cujas características culturais são distintas. Além disso, grupos formados por indivíduos com diferentes orientações sexuais também têm características culturais diferenciadas.¹⁰ Um outro fator que deve ser considerado é que o Brasil é um país com potencial para se desenvolver em áreas do turismo de saúde, como o turismo de bem-estar¹² e o turismo médico,^{11,13} precisando, portanto, estar preparado para atender indivíduos de diferentes origens culturais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da presente reflexão, identificou-se que o perfil populacional está sofrendo alterações em diversos países, e que a competência cultural é de fundamental importância para que os profissionais de

Estudos feitos no âmbito nacional mostram que ainda existe uma falta de conhecimento com relação aos direitos da população LGBTQIA+ e que a prestação de cuidados de enfermagem a estes indivíduos precisa ser mais eficiente e humanizada.³⁰⁻³² Outro estudo feito no Brasil enfatizou a importância do intercâmbio para a prática de enfermagem, através do qual o enfermeiro alcança não somente o crescimento profissional, mas também pessoal, entretanto, neste mesmo estudo o idioma estrangeiro foi apresentado como um grande desafio a ser vencido.¹⁹ Um estudo feito na região centro-oeste do Brasil apontou a falta de uma disciplina no currículo de enfermagem voltada para as populações tradicionais que habitam a região, como indígenas e quilombolas.²⁰ Outro estudo realizado no país, junto aos quilombolas, enfatizou a importância da enfermagem transcultural na prevenção de doenças e promoção da saúde das minorias populacionais.²³

Avanços trazidos pela globalização fizeram com que o movimento de indivíduos entre os países crescesse rapidamente, esse processo provavelmente continuará aumentando através dos anos, mudando cada vez mais o cenário cultural das regiões, com isso mudam também as necessidades individuais e os perfis de saúde e doença da população. O profissional de enfermagem deve estar preparado para atender essa sociedade cada vez mais diversificada.

enfermagem possam cumprir com suas funções, prestando um cuidado eficiente e humanizado à sociedade e respeitando as diferenças culturais das pessoas. Portanto, faculdades de enfermagem do mundo inteiro,

incluindo as do Brasil, devem acompanhar essas mudanças estando preparadas para formar profissionais culturalmente competentes, atentando ainda para a necessidade do conhecimento de idiomas estrangeiros por parte do profissional de enfermagem. Além disso, cursos de educação continuada devem contar com temas sobre enfermagem transcultural, garantindo assim

que pacientes de diferentes culturas possam receber um cuidado de enfermagem eficaz e eficiente.

Espera-se com esse estudo incentivar pesquisas que utilizem diferentes desenhos metodológicos para abordar temas relativos à enfermagem transcultural e à competência cultural dos profissionais de enfermagem que atuam no âmbito nacional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lise F, Schwartz E, Krumwiede N, Barbieri-Figueiredo MC. Enfermagem no cuidado às famílias migrantes e refugiadas: tema emergente. *J. nurs. health.* 2019; 9(1): e199111.
2. Ferreira KL, Schreiber D, Puffal DP. Análise reflexiva do turismo em saúde à luz da inovação. *Revista Brasileira de Pesquisa em Turismo.* 2016; 10(2): 254-73.
3. Langdon EJ, Wiik FB. Anthropology, health and illness: an introduction to the concept of culture applied to the health sciences. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2010; 18(3): 459-66.
4. James L, Stiles A, Stephens C. Nursing student differences in transcultural self-efficacy by culture curriculum: a longitudinal study. *J Transcult Nurs.* 2020; 25: 1043659620950422.
5. Campelo CL, Sousa SMA, Silva LDC, Dias RS, Azevedo PR, Nunes FDO et al. Cultura de segurança do paciente e cuidado cultural de enfermagem. *REUOL.* 2018; 12(9): 2500-06.
6. Larsen R, Mangrio E, Persson K. Interpersonal communication in transcultural nursing care in India: a descriptive qualitative study. *J. Transcult. Nurs.* 2020; 00(0):1-8.
7. Qalehsari MQ, Khaghanizadeh M, Ebadi A. Lifelong learning strategies in nursing: a systematic review. *Electro. Physician.* 2017; 9(10): 5541-50.
8. Queiroz MVO, Pagliuca LMF. Conceito de enfermagem transcultural: análise de seu desenvolvimento em uma dissertação de mestrado. *R. Bras. Enferm.* 2001; 54(4): 630-37.
9. Leininger M. Nursing education exchanges: concerns and benefits. *J. Transcult. Nurs.* 1998; 9(2): 57-63.
10. Leal S. Diversidade Cultural e Reconhecimento no Quadro de Políticas de Comunicação e Cultura no Brasil: desafios e perspectivas para concretização da Convenção da Unesco de 2005. *Polít. soc.* 2017; 16(35): 94-131.
11. Frozé VD, Gianotti HPP, Gianotti PSP. Considerações sobre o turismo de saúde na América Latina – serviços de primeiro mundo com preços de países emergentes? *Revista Hospitalidade.* 2010; VII(1):32-42.
12. Machado ALM, Pinent MAP. O turismo de bem-estar como possibilidade de desenvolvimento de um cluster turístico: a proposta do Vale Do Paranhana – Rio Grande do Sul. *Agora.* 2017; 19(2): 54-66.
13. Ribeiro HC, Baptista MLC. Porto Alegre como cenário de turismo de saúde. *Temas Educ. Saúde.* 2019; 15(2): 291-12.
14. Mendes-Da-Silva W. Contribuições e limitações de revisões narrativas e revisões sistemáticas na área de

- negócios. Rev. Adm. Comtemp. 2019; 23(2): 1-11.
15. Rother ET. Systematic literature review X narrative review. Acta Paul. Enferm. 2007; 20(2): 5-6.
16. Al-Yateem N, Alyateem S, Rossiter R. Cultural and religious educational needs of overseas nurses working in the Kingdom of Saudi Arabia and United Arab Emirates. Holist. Nurs. Pract. 2015; 29(4):205-15.
17. Alici NK. Cultural sensitivity and attitudes towards refugees of Turkish nursing students: a cross sectional descriptive study. Int. J. Intercult. Relat. 2021; 80:1-6.
18. Arli SK, Bakan AB. Cerrahi hemsirelik merhamet ve kulturlerarasi duyarlıligi etkileyen faktorler (The factors affecting compassion and intercultural sensitivity among the surgical nurses). STED. 2018; 27(4): 277-83.
19. Bardaquim VA, Dias EG. A realização de intercâmbio no doutorado em enfermagem: um relato de experiência. J. nurs. health. 2019; 9(1): e199104.
20. Castro NJC, Mesquit DS, Naka KS, Teixeira JBG, Borges RS. Ensino da saúde das populações tradicionais em cursos de enfermagem. Enferm. Foco. 2019; 10(6): 36-41.
21. Dotevall C, Winberg E, Rosengren K. Nursing students' experiences with refugees with mental health problems in Jordan: a qualitative content analysis. Nurse Educ. Today. 2018; 61:155-61.
22. Rowan MS, Rukholm E, Bourque-Bearskin L, Baker C, Voyageur E, Robitaille A. Cultural competence and cultural safety in Canadian Schools of Nursing: a mixed methods study. Int. J. Nurs. Educ. Scholarsh. 2013; 10(1): 1-10.
23. Santos ANS, Nascimento ER. Proposições de cuidado cultural à enfermagem frente a aspectos da saúde reprodutiva de mulheres quilombolas. Rev. baiana enferm. 2019; 33:e33375.
24. Toda T, Maru M. Cultural sensitivity of Japanese nurses: exploring clinical application of the intercultural sensitivity scale. Open J. Nurs. 2018; 8: 640-55.
25. Tay LH, Ang E, Hegney D. Nurses' perceptions of the barriers in effective communication with inpatient cancer adults in Singapore. J. Clin. Nurs. 2012; 21(17-18): 2647-58.
26. Eller JD. Culture and diversity in the United States: so many ways to be American. 1ª ed. London: Routledge; 2015.
27. Bohatyrets V. Embracing multiculturalism of Canada: the roots & the present-day realities. Modern Historical and Political Issues: Journal in Historical & Political Sciences. – Chernivtsi National University [Internet]. 2017; 35-36: 32-41.
28. United Nations. Department of Economic and Social Affairs Population Division. The world counted 258 million international migrants in 2017, representing 3.4 percent of global population. Population Facts [Internet]. 2017 [cited 2021 Apr 13]; 5:1-5. Available from: https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/popfacts/PopFacts_2017-5.pdf
29. Kim S, Arcodia C, Kim I. Critical success factors of medical tourism: the case of South Korea. Int. J. Environ. Res. Public Health. 2019; 16(24): 4964.
30. Fernandes MCL, da Silva W, Tolentino TS, Araújo MJA, Joventino MLS, Silva PE. Conhecimento de profissionais de enfermagem acerca da assistência à saúde dos transexuais. Rev. de Ciênc. Saúde Nova Esperança. 2019; 17(2): 34-44.
31. Silva DD, Silva FAB, Sobreira MVS, Andrade ALF, Araújo EB, Araújo AF. Assistência de enfermagem na atenção básica a população homossexual da cidade de Caicó-RN. Temas em Saúde. 2018; 18(3): 271-96.
32. Laporte NLO, Assis MA. Conhecimentos dos graduandos de enfermagem voltados para a assistência dos indivíduos LGBTQIA+. Revista Científica UMC. 2020; 5(2).