ISSN 2965-0682

RAMB

Journal of The Brazilian Medical Association

Junior doctors

Volume 3
Número 1
Janeiro-Junho 2022

SEÇÕES

■ **RELATO DE CASO**

1 Cuidados paliativos em paciente com doença renal e demência

■ **ARTIGO ORIGINAL**

5 Análise do perfil epidemiológico dos casos de violência sexual contra a mulher no DF de 2009 a 2018

11 O percurso da Reforma Psiquiátrica em Uberlândia: histórias esquecidas

■ **ARTIGO DE REVISÃO**

17 Parto humanizado X cesárea: a importância da humanização do parto e suas vantagens

21 Infarto agudo do miocárdio decorrente de COVID-19: revisão da literatura

28 Fatores preditivos para o não uso de preservativos em profissionais do sexo

34 A mudança no estilo de vida dos brasileiros frente à pandemia da COVID-19

39 Impacto da pandemia da COVID-19 nas demandas relacionadas a doenças não transmissíveis nos serviços de urgência e emergência

AMB Associação Médica Brasileira
WMA

RAMB REVISTA DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA
Junior doctors

EDITOR CHEFE
Carlos V. Serrano Jr.

EDITOR EXECUTIVO
Cesar Teixeira

CO-EDITORES
César Eduardo Fernandes
José Eduardo Lutaif Dolci
Clóvis Francisco Constantino

EDITORES ASSOCIADOS
Jose Maria Soares Jr.
(Associação Médica Brasileira)
Wanderley M. Bernardo
(Associação Médica Brasileira)

EDITOR JÚNIOR
André Zimerman

EDITORES ESPECIAIS

ACUPUNTURA
Sidney Brandão

ALERGIA E IMUNOLOGIA
Dirceu Solé

ANESTESIOLOGIA
Plínio da Cunha Leal

ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR
Edwaldo Edner Joviliano

CABEÇA E PESCOÇO
Leandro Luongo Matos

CARDIOLOGIA
Weimar Kunz Sebba Barroso de Souza

CARDIOVASCULAR
Marcela da Cunha Sales

CIRURGIA DA MÃO
Antônio Tufi Neder Filho

CIRURGIA DIGESTIVA
Fernando Antônio Siqueira Pinheiro

CIRURGIA GERAL
Luiz Carlos Von Bahten

CIRURGIA ONCOLÓGICA
Héber Salvador de Castro Ribeiro

CIRURGIA PEDIÁTRICA
Lisieux Eyer Jesus

CIRURGIA PLÁSTICA
Daniela Francescato Veiga

CIRURGIA TORÁCICA
Juliana Dias Nascimento Ferreira

CLÍNICA MÉDICA
Ana Paula de Oliveira Ramos

COLOPROCTOLOGIA
Henrique Sarubbi Fillmann

DERMATOLOGIA
Flávia Vasques Bittencourt

DOENÇAS INFECIOSAS
Alexandre Vargas Schwarzbold

ENDOCRINOLOGIA
Paulo Augusto Carvalho de Miranda

ENDOSCOPIA DIGESTIVA
Fauze Maluf Filho

GASTROENTEROLOGIA
Frederico Passos Marinho

GENÉTICA MÉDICA
Ida Vanessa D. Schwartz

GERIATRIA E GERONTOLOGIA
Hercilio Hoepfner Junior

GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
Agnaldo Lopes da Silva Filho

HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA
Fernando Ferreira Costa

HOMEOPATIA
Flavio Dantas de Oliveira

MASTOLOGIA
Gil Facina

MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE
Leonardo Cançado Monteiro Savassi

MEDICINA DE EMERGÊNCIA
Hélio Penna Guimarães

MEDICINA DO ESPORTE
Neuza Mitsuanga

MEDICINA DO TRÁFEGO
José Heverardo da Costa Montal

MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO
Eduardo de Melo Carvalho Rocha

MEDICINA INTENSIVA
Israel Silva Maia

MEDICINA LEGAL
Rosa Amélia Andrade Dantas

MEDICINA NUCLEAR
Diego Pianta

MEDICINA OCUPACIONAL
Andrea Franco Amoras Magalhães

MEDICINA PREVENTIVA E ADMINISTRAÇÃO EM SAÚDE
Antônio Eduardo Fernandes D´Aguiar

NEFROLOGIA
Andrea Pio de Abreu

NEUROCIRURGIA
Manoel Jacobsen Teixeira

NEUROLOGIA
Marcondes Cavalcante França Jr.

NUTROLOGIA
Aline Zanetta

OFTALMOLOGIA
Eduardo Melani Rocha

ONCOLOGIA CLÍNICA
Alexandre Palladino

ORTOPEDIA
Sergio Luiz Checchia

OTORRINOLARINGOLOGIA
Thiago Freire Pinto Bezerra

PATOLOGIA
Monique Freire Santana

PATOLOGIA CLÍNICA E MEDICINA LABORATORIAL
André Doi

PEDIATRIA
Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck

PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA
Suzana Erico Tanni Minamoto

PSIQUIATRIA
Leonardo Rodrigo Baldaçara

RADIOTERAPIA
Wilson José Almeida Jr.

RADIOLOGIA
Alexandre Bezerra

REUMATOLOGIA
Ricardo Machado Xavier

UROLOGIA
Roni de Carvalho Fernandes

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO – 2021-2023

PRESIDENTE
César Eduardo Fernandes (SP)

SECRETÁRIO-GERAL
Antonio José Gonçalves (SP)

1º SECRETÁRIO
Maria Rita de Souza Mesquita (SP)

1º TESOUREIRO
Akira Ishida (SP)

2º TESOUREIRO
Fernando Sabia Tallo (SP)

1º VICE-PRESIDENTE
Luciana Rodrigues Silva (BA)

2º VICE-PRESIDENTE
Jurandir Marcondes Ribas Filho (PR)

VICE-PRESIDENTES

REG. CENTRO-OESTE
Etelvino de Souza Trindade (DF)

REG. SUDESTE
Agnaldo Lopes da Silva Filho (MG)

REG. NORTE
Rossiclei de Souza Pinheiro (AM)

REGIÃO NORDESTE
Roque Salvador Andrade e Silva (BA)

REG. SUL
Oscar Pereira Dutra (RS)

DIRETOR DE DEFESA PROFISSIONAL
José Fernando Macedo (PR)

DIRETOR DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS
Carlos Vicente Serrano (SP)

DIRETOR CIENTÍFICO
José Eduardo Lutaif Dolci (SP)

DIRETOR ACADÊMICO
Clóvis Francisco Constantino (SP)

DIRETOR DE ATENDIMENTO AO ASSOCIADO
Carlos Alberto Gomes dos Santos (ES)

DIRETOR DE ASSUNTOS PARLAMENTARES
Luciano Gonçalves de Souza Carvalho (DF)

DIRETOR CULTURAL
Carlos Henrique Mascarenhas Silva (MG)

CONSELHEIRO FISCAL
José Carlos Raimundo Brito (BA)

CONSELHEIRO FISCAL
Juarez Monteiro Molinari (RS)

CONSELHEIRO FISCAL
Nerlan Tadeu Gonçalves de Carvalho (PR)

CONSELHEIRO FISCAL SUPLENTE
Francisco José Rossi (DF)

CONSELHEIRO FISCAL SUPLENTE
Márcia Pachiega Lanzieri (SP)

RAMBJD - REVISTA DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA JÚNIOR DOCTORS (RAMBJD)
JOURNAL OF THE BRAZILIAN MEDICAL ASSOCIATION JR DOCTORS (RAMBJD)

EDITOR- CHEFE: *Carlos V. Serrano Jr.*
EDITOR EXECUTIVO: *César Teixeira*
E-MAIL: *rambjr@amb.org.br*
WEBSITE: *www.ramb.org.br*

Endereço: Rua São Carlos do Pinhal, 324
Cep: 01333-903 - Bela Vista – São Paulo
Tel.: (+55 11) 3178-6800 Ramal 177

Revista da Associação Médica Brasileira Júnior Doctors ***(RambJD)*** *. Todos os direitos reservados e protegidos pela Lei nº 9610 – 19/2/1998. Nenhuma parte desta publicação poderá ser reproduzida total ou parcialmente sem a devida autorização da* ***RambJD****, seja por qualquer meio: escrito, eletrônico, fotocópia, gravação ou outros.*

PRODUÇÃO EDITORIAL

ZEPPELINI PUBLISHERS

Os anúncios e opiniões publicadas na RambJD são de responsabilidade dos anunciantes e autores.
A RambJD e a ZEPPELINI não são responsáveis pelo seu conteúdo.

Cuidados paliativos em paciente com doença renal e demência

Palliative Care in patient with chronic kidney disease and dementia

Ana Paula Dias[1]
Jéssica Eduarda Dallaqua[1]
Luísa Soares Capa[1]
Eloisa Piano Cerutti[1]
Daniel Augusto de Oliveira Nerys[1]
Vitória Tintilha Garbi[1]
Raquel Prado Thomaz[2]
Grasiele Gallina Seeger[2]

[1]Universidade Federal de Santa Maria, Departamento de Clínica Médica – Santa Maria (RS), Brasil.
[2]Universidade Federal de Santa Maria, Hospital Universitário de Santa Maria – Santa Maria (RS), Brasil.

https://doi.org/10.5327/2965-0682-20223101

RESUMO

OBJETIVO: *A demência é uma patologia comum e altamente prevalente no envelhecimento e em indivíduos com doença renal crônica (DRC), especialmente naqueles em terapia renal substitutiva. O presente trabalho tem como objetivo aprimorar a abordagem dos Cuidados Paliativos, o que pode proporcionar melhor qualidade de vida e adequação do plano terapêutico. Sendo assim, preconizar a abordagem interdisciplinar em Cuidados Paliativos associada a estratégias efetivas de comunicação que favorecem a tomada de decisão compartilhada em saúde são ferramentas relevantes para a oferta de cuidados paliativos.* **MÉTODOS:** *Foi realizada revisão do prontuário médico eletrônico e pesquisa bibliográfica nas bases de dados SciELO e PubMed.* **RESULTADOS:** *O estudo descreve o caso de paciente feminina de 78 anos que apresenta hipertensão, diabetes, amaurose e DRC classe V em diálise peritoneal. Na internação, foi identificada piora clínica secundária à progressão de doenças prévias e feito diagnóstico de demência avançada associada. Foi realizada abordagem pela equipe de Cuidados Paliativos e — em decisão compartilhada com a família e nefrologia — foram feitos ajustes na prescrição, na dieta e na frequência de diálise.* **CONCLUSÃO:** *É relevante a educação em cuidados paliativos e em ferramentas de comunicação para se buscar proporcionalidade, adequação terapêutica, conforto e acolhimento até a finitude de pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis e para seus familiares.*

PALAVRAS-CHAVE: *Cuidados paliativos. Demência. Doença de Alzheimer. Insuficiência renal crônica. Bioética.*

ABSTRACT

OBJECTIVE: *Dementia is a common and highly prevalent pathology in elderly and individuals with chronic kidney disease (CKD), especially in those undergoing renal replacement therapy. This article aims to improve the approach of Palliative Care, what can provide a better quality of life and an adequate therapeutic plan. Thus, advocating an interdisciplinary approach in Palliative Care associated with effective communication strategies that favor shared health decision making are relevant tools in the offer of palliative care.* **METHODS:** *Review of medical records and literature search in SciELO and PubMed databases were performed.* **RESULTS:** *The study describes the case of a 78-year-old female patient with hypertension, diabetes, amaurosis, and CKD class V on peritoneal dialysis. On admission, clinical worsening secondary to the progression of underlying diseases was identified and a diagnosis of associated advanced dementia was made. The approach was carried out by the Palliative Care team and — in a shared decision with patient's relatives and nephrologists — adjustments were made to the prescription, diet, and frequency of dialysis.* **CONCLUSION:** *Education in palliative care and communication tools are relevant to provide proportionality, therapeutic adequacy, and end of life comfort and support for patients with chronic non-transmissible diseases, as well as for their families.*

KEYWORDS: *Palliative care. Dementia. Alzheimer disease. Renal insufficiency, chronic. Bioethics.*

Data de submissão: 28/03/2021
Data de aceite: 07/05/2021

AUTOR CORRESPONDENTE
Ana Paula Dias
E-mail: emphusm@gmail.com.br.

INTRODUÇÃO

Demência é um termo amplo que remete a doenças crônicas e progressivas que trazem prejuízo aos domínios da cognição, como memória, linguagem, função executiva, função visuoespacial, praxia e gnosia[1]. Dentre as causas mais comuns de demência destaca-se a doença de Alzheimer, responsável por cerca de 70% dos casos, seguida pela demência vascular, demência por corpos de Lewy e demência frontotemporal[2].

O comprometimento cognitivo e a demência têm incidência aumentada com o envelhecimento e esta incidência é ainda mais elevada na presença de Doença Renal Crônica (DRC), principalmente naqueles pacientes em terapia renal substitutiva[3]. Apesar de comum, a demência é, muitas vezes, negligenciada como condição associada ao comprometimento renal e dentre os fatores de risco para ambas as doenças, destacam-se o diabetes mellitus, a aterosclerose e a hipertensão arterial[4], responsáveis por compor um quadro de múltiplas comorbidades que se associam diretamente à polifarmácia e ao maior risco de disfunção cognitiva[5].

Também, o declínio cognitivo e a demência são mais frequentes entre pacientes portadores de doença renal crônica que na população geral[6] — a prevalência pode chegar até a 30%[7]. A literatura sugere a presença de uma relação multifatorial entre DRC e demência, associada principalmente aos seguintes fatores: dano neuronal induzido por toxinas urêmicas, lesões cerebrovasculares isquêmicas, estresse oxidativo, inflamação crônica, anemia, hiper-homocisteinemia e disfunção endotelial[3,8]. Ademais, sabe-se que a demência está associada a aumento do risco de morte, suspensão da diálise, hospitalização e incapacidade entre pacientes portadores de DRC[9].

Quando se considera a evolução natural das síndromes demenciais, sabe-se que a redução da funcionalidade e, consequentemente, da qualidade de vida tornam-se cada vez mais evidentes[9]. Neste contexto, os Cuidados Paliativos (CP) apresentam papel crucial no cuidado da pessoa com demência, principalmente quando há associação com outras comorbidades como a DRC, pois essa abordagem busca aliviar os sintomas experienciados pelo paciente e são considerados a melhor abordagem para o cuidado em final de vida[10]. Sob este viés, desenvolve-se o conceito de CP de acordo com a Organização Mundial de Saúde[11]:

> "Cuidados paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais."

Ou seja, a atenção dos profissionais de saúde ao diagnóstico de demência e da DRC, ambas consideradas doenças ameaçadoras da vida, é fundamental para a avaliação interdisciplinar, a determinação do prognóstico e a avaliação precoce quanto a necessidade de acompanhamento por equipe de cuidados paliativos[10].

MÉTODOS

A pesquisa consiste em um relato de caso clínico de paciente atendida no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), Rio Grande do Sul. As informações apresentadas foram obtidas por meio do acompanhamento da paciente durante o período de internação, análise do prontuário médico e revisão da literatura.

A revisão da literatura foi realizada utilizando-se as bases de dados PubMed e SciELO, utilizando-se os descritores: "Cuidados Paliativos", "Demência", "Doença de Alzheimer", "Insuficiência Renal Crônica" e "Bioética".

CASO CLÍNICO

Paciente do sexo feminino, 78 anos, portadora de múltiplas comorbidades, como diabetes mellitus (DM) tipo 2 em uso de insulina, com amaurose bilateral desde 2010, hipertensão arterial sistêmica (HAS) e doença renal crônica (DRC) classe V, em diálise peritoneal desde outubro de 2017. Realizava acompanhamento irregular com a equipe de Nefrologia do HUSM e foi internada em outubro de 2019 devido à piora da confusão mental e da sonolência, associada à dificuldade na realização da diálise devido à agitação psicomotora e hipotensão.

A avaliação inicial da equipe assistente identificou uma paciente acamada, desorientada em tempo e espaço, frágil e com necessidade de Cuidados Paliativos. Posto isso, foi solicitada interconsulta com a equipe e iniciou-se a investigação laboratorial e imagenológica, a qual excluiu alterações hidroeletrolíticas, infecciosas ou em tomografia de crânio que pudessem ser responsáveis pela agitação da paciente.

A equipe matricial de Cuidados Paliativos do Hospital Universitário de Santa Maria (EMPHUSM) realizou sua avaliação por meio de anamnese dirigida à acompanhante, filha da paciente e principal cuidadora, dadas as dificuldades de fala da paciente. A familiar relatou piora do estado geral da paciente há cerca de um ano, encontrando-a acamada na maior parte do tempo, com redução da comunicação (uso de poucas palavras, sem formar frases completas) e mantendo pouca interação com o meio; a paciente apresentava-se, também, desorientada em tempo e espaço e com dificuldade em reconhecer familiares próximos. Ademais, a familiar relata que a paciente se encontrava, nos últimos dois meses, sonolenta e inapetente, resultando em perda de peso não intencional.

Com sinais de estresse do cuidador, a filha foi acolhida pela equipe e expôs suas principais dificuldades e preocupações em relação aos cuidados diários da paciente: sentia-

-se angustiada e impotente frente à recusa e redução da alimentação via oral, além de apresentar dificuldades com o deslocamento até o HUSM, dado que ambas residiam em Lajeado, município que fica a cerca de 190 quilômetros de distância do referido hospital.

Sob este viés, a EMPHUSM avaliou que a paciente, além de portadora das comorbidades supracitadas, apresentava sinais e sintomas de progressão de demência e síndrome da fragilidade - tais comorbidades, associadas e em estágio final, estavam levando à redução da *performance status* da paciente. Diante disso e tendo em vista que a paciente apresentava progressiva intolerância à diálise, foi realizada uma conferência familiar na qual foi pactuado o estabelecimento de cuidados paliativos não exclusivos para a paciente, considerando a necessidade de adequação do plano terapêutico até então em vigência.

Sendo assim, foi acordado entre as equipes envolvidas (nefrologia e EMPHUSM) e a familiar que seriam realizados ajustes na frequência e no tempo de duração da diálise peritoneal conforme tolerância da paciente; seria utilizada a sonda nasoenteral com vistas a se garantir uma via segura para a administração de medicamentos essenciais utilizados no controle de sintomas como dor e agitação, e manutenção da dieta via oral associada para conforto conforme aceitação; também, houve o fortalecimento do vínculo da paciente com a rede básica de saúde de sua cidade com vistas a evitar deslocamentos desnecessários.

DISCUSSÃO

Os Cuidados Paliativos buscam ofertar uma abordagem especializada, humanizada, individualizada e interdisciplinar para o manejo de pacientes com doenças graves e complexas[11]. Em relação ao caso descrito, observou-se a necessidade de diversas adequações terapêuticas: redução da diálise peritoneal, uso de via enteral para medicações e combinação de dieta oral e enteral visando o conforto da paciente.

Segundo Cohen et al.[12], verificou-se que, em uma amostra de 500 pacientes em diálise, variáveis como idade avançada e demência estavam associadas a mortalidade precoce e, mesmo em vigência da diálise, esses pacientes têm indicação de cuidados paliativos. Cabe destacar que, até o presente momento, não há um ensaio clínico randomizado que compare os resultados da manutenção da diálise com a interrupção da mesma, pois há desafios éticos e metodológicos envolvendo particularidades democráticas, étnicas e de perfil de comorbidades[13] para se realizar tal estudo de maneira robusta.

Não obstante, a atuação interdisciplinar da equipe de cuidados paliativos é pautada nos princípios bioéticos, como o princípio da beneficência ou da não maleficência, que afirma que a intervenção profissional deve evitar ou minimizar riscos e danos ao paciente e a sua rede de apoio[14]. Ademais, destaca-se, dentre os princípios que envolvem os CP, que não se deve acelerar ou postergar a morte, respeitando a história natural das patologias[15]. Ou seja, a redução da frequência da diálise vai ao encontro desses princípios.

Também, são consolidados na literatura os benefícios da manutenção da dieta de conforto nas fases avançadas da demência, considerando-se tal dieta como a alimentação ofertada por via oral, com consistência adaptada e realizada conforme a aceitação do indivíduo. A dieta artificial por sonda na demência avançada não leva ao ganho de peso, não previne a ocorrência de pneumonias aspirativas de repetição e não promove o conforto[16]. No caso exposto, os riscos e benefícios do uso da sonda foram dialogados com a familiar e, em decisão compartilhada, optou-se pelo uso da sonda enteral: a necessidade de via segura para administração de medicamentos para controle de sintomas e considerando-se a manutenção do aporte mínimo nutricional, uma vez que não seria possível reverter a caquexia refratária da paciente.

Ressalta-se também que é necessário que os Cuidados Paliativos sejam ofertados de maneira precoce e integrada aos tratamentos modificadores de doença, pois sabe-se que esta abordagem traz melhora na qualidade de vida, e também pode levar a um aumento na sobrevida[8,12,17] e redução da mortalidade. Ainda, destaca-se que, no relato apresentado, pode-se considerar que se esta abordagem tivesse sido ofertada desde a fase inicial da demência, o uso da sonda enteral poderia não ter sido necessário.

Ademais, destaca-se a importância da comunicação clara e empática sobre o estado de saúde do paciente com o próprio, quando possível, e/ou com seus familiares, considerando as dimensões biopsicossociais do indivíduo, averiguando as prioridades em saúde do paciente e buscando compartilhar as decisões terapêuticas[4]; ou seja, o emprego de técnicas e estratégias de comunicação é considerado por si só, uma medida terapêutica eficaz[12].

O presente estudo apresenta limitações, uma vez que, pela metodologia empregada, as informações coletadas se restringiram ao que foi descrito no prontuário do paciente. Apesar das limitações, observa-se a relevância da implementação dos cuidados paliativos em casos de doenças crônicas não transmissíveis: doença renal crônica e demência.

CONCLUSÃO

Em pacientes com DRC em terapia renal substitutiva, é relevante associar a abordagem de cuidados paliativos precocemente, uma vez que é importante destacar que a maioria desses pacientes apresentam múltiplas comorbidades e tem risco aumentado de desenvolver demência.

O estudo visa evidenciar um caso de paciente com DRC associada a demência em fase avançada, reiterando a importância dos Cuidados

Paliativos para se evitar iatrogenias e distanásia, as quais levam a aumento do sofrimento do paciente e de seus familiares. Por fim, a abordagem interdisciplinar, a observância dos princípios da bioética, a educação em cuidados paliativos e a capacitação em comunicação efetiva e empática são ferramentas necessárias a todos profissionais de saúde formados ou em formação.

Conflito de interesses

Os autores declaram que não há conflitos de interesse relacionados à publicação deste artigo.

Financiamento

Nenhum.

Contribuições dos autores

APD: Administração do projeto, Análise formal, Conceituação, Curadoria de dados, Escrita –primeira redação, Escrita – revisão e edição, Investigação, Metodologia, Recursos, Software, Supervisão, Validação, Visualização. **JED:** Conceituação, Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Software, Supervisão, Validação, Visualização. **LSC:** Conceituação, Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Software, Supervisão, Validação, Visualização. **EPC:** Conceituação, Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Software, Supervisão, Validação, Visualização. **DAON:** Conceituação, Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Software, Supervisão, Validação, Visualização. **VTG:** Conceituação, Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Software, Supervisão, Validação, Visualização. **RPT:** Administração do projeto, Análise formal, Conceituação, Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Investigação, Metodologia, Obtenção de financiamento, Recursos, Software, Supervisão, Validação, Visualização. **GGS:** Administração do projeto, Análise formal, Conceituação, Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Investigação, Metodologia, Obtenção de financiamento, Recursos, Software, Supervisão, Validação, Visualização.

REFERÊNCIAS

1. Santos CS, Bessa TA, Xavier AJ. Fatores associados à demência em idosos. Ciênc Saúde Coletiva. 2020;25(2):603-11. https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.02042018
2. Condé SAL, Fernandes N, Santos FR, Chouab A, Mota MMEP, Bastos MG. Declínio cognitivo, depressão e qualidade de vida em pacientes de diferentes estágios da doença renal crônica. J Bras Nefrol. 2010;32(3):242-8. https://doi.org/10.1590/S0101-28002010000300004
3. Matta SM, Matos MJ, Kummer AM, Barbosa IG, Teixeira AL, Silva ACS. Alterações cognitivas na doença renal crônica: uma atualização. J Bras Nefrol. 2014;36(2):241-5. https://doi.org/10.5935/0101-2800.20140035
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica – DRC no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
5. Lucchetti G, Granero AL, Pires SL, Gorzoni, ML Fatores associados à polifarmácia em idosos institucionalizados. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2010;13(1):51-8. https://doi.org/10.1590/S1809-98232010000100006
6. Madan P, Kalra OP, Agarwal S, Tandon OP. Cognitive impairment in chronic kidney disease. Nephrology Dialysis Transplantation. 2007;22(2):440-4. https://doi.org/10.1093/ndt/gfl572
7. Degaspari S, Tzanno-Martins CB, Fujihara CK, Zatz R, Branco-Martins JP, Viel TA, et al. Altered KLOTHO and NF-κB-TNF-α signaling are correlated with nephrectomy-induced cognitive impairment in rats. PLoS One. 2015;10(5):e0125271. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0125271
8. Chaiben VBO, Silveira TB, Guedes MH, Fernandes JPA, Ferreira JHF, Beltrão J, et al. Cognition and renal function: findings from a Brazilian population. J Bras Nefrol. 2019;41(2):200-7. https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2018-0067
9. Gil G, Di Tommaso ABG. Cuidados paliativos no paciente com demência avançada: o que precisamos saber? [cited 2021 Mar 7]. Available from: http://www.sbgg-sp.com.br/cuidados-paliativos-no-paciente-com-demencia-avancada-o-que-precisamos-saber/
10. Tavares APS, Santos CGS, Tzanno-Martins C, Barros Neto J, Silva AMM, Lotaif L, et al. Kidney supportive care: an update of the current state of the art of palliative care in CKD patients. J Bras Nefrol. 2021;43(1):74-87. https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2020-0017
11. World Health Organization. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2002.
12. Cohen LM, Ruthazer R, Moss AH, Germain MJ. Predicting six-month mortality for patients who are on maintenance hemodialysis. Clin J Am Soc Nephrol. 2010;5(1):72-9. https://doi.org/10.2215/CJN.03860609
13. Kane PM, Vinen K, Murtagh FEM. Palliative care for advanced renal disease: a summary of the evidence and future direction. Palliat Med. 2013;27(9):817-21. https://doi.org/10.1177/0269216313491796
14. Costa RS, Santos AGB, Yarid SD, Sena ELS, Boery RNSO. Reflexões bioéticas acerca da promoção de cuidados paliativos a idosos. Saúde Debate. 2016;40(108):170-7. https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080014
15. Barcellos ALR, Santos AFJ, Sales MVC. Hidratação e nutrição na demência. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2020.
16. Bagasha P, Leng M, Katabira E, Petrova M. Health-related quality of life, palliative care needs and 12-month survival among patients with end stage renal disease in Uganda: protocol for a mixed methods longitudinal study. BMC Nephrol. 2020;21(1):531. https://doi.org/10.1186/s12882-020-02197-7
17. Wang L, Sha L, Lakin JR, Bynum J, Bates DW, Hong P, et al. Development and validation of a deep learning algorithm for mortality prediction in selecting patients with dementia for earlier palliative care interventions. JAMA Netw Open. 2019;2(7):e196972. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.6972

Análise do perfil epidemiológico dos casos de violência sexual contra a mulher no DF de 2009 a 2018

Analysis of the epidemiological profile of cases of sexual violence against women in the FD from 2009 to 2018

Caio Teles Batista[1]
Amanda Cristina Alves da Cruz[1]
Adda Cecília Batista de Carvalho[1]
Giovana Noleto Soares[1]
Amanda Pessoa Coimbra de Melo[1]
Gabriela dos Santos Araújo[1]
Isabela Augusta Carvalho Testi[2]

[1]Centro Universitário do Planalto Central Apparecido dos Santos – Gama (DF), Brasil.
[2]Universidade Católica de Brasilia – Taguatinga (DF), Brasil.

https://doi.org/10.5327/2965-0682-20223102

RESUMO

OBJETIVO: *Analisar as características epidemiológicas dos casos de violência sexual contra pacientes do sexo feminino notificados no Distrito Federal entre 2009–2018.* **MÉTODOS:** *Estudo epidemiológico descritivo de 6.441 casos de violência sexual, utilizando-se os filtros: notificações de violência sexual, sexo feminino, faixa etária, raça, escolaridade, local e agressores, no DF entre 2009-2018. Dados coletados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação.* **RESULTADOS:** *Foram registrados 6.441 casos, ocorrendo crescimento de notificações todos os anos, exceto em 2014-2015. Tratando-se da faixa etária houve frequência de 1,93%: <1 ano, 10,73%: 1–4 anos, 15,29%: 5–9 anos, 30,43%: 10–14 anos, 15,76%: 15–19 anos e 13,51%: 20–29 anos. Quanto à raça, 34,73%: pardas, enquanto 23,51%: brancas, 9,36%: pretas e <1,81%: amarelas/ou indígenas. Os agressores mais notificados eram desconhecidos (25,76%), quanto o consumo de álcool verificou-se 24,55%, sendo 44,84% ignorado. Referindo-se ao local de ocorrência da agressão, um total de 55,04%: residência, seguida da via pública: 14,52%. Em relação à escolaridade, 31,36%: tinha ensino fundamental incompleto, porém 29,13% possuíam escolaridade em branco/ignorada. A recorrência da violência ocorreu em 32,28% dos casos.* **CONCLUSÃO:** *A maioria das vítimas eram pardas entre 10–14 anos e os maiores índices foram em domicílio. A maioria dos episódios não se repetiu, mas teve recorrência considerável. Percebe-se que a violência sexual contra a mulher é um fenômeno grave caracterizado como problema de saúde pública. Diante da relevância do tema, ainda é preciso novos estudos com vistas a subsidiar a implantação de políticas públicas de enfrentamento da violência sexual e suas consequências.*

PALAVRAS-CHAVE: *Delitos sexuais. Violência contra a mulher. Monitoramento epidemiológico.*

Data de submissão: 04/01/2021
Data de aceite: 07/05/2021

AUTOR CORRESPONDENTE
Caio Teles Batista
E-mail: ctelesbatista@gmail.com

ABSTRACT

OBJECTIVES: *The aim of this study was to analyze the epidemiological characteristics of sexual violence cases against female patients notified in the Federal District (DF) between 2009 and 2018.* **METHODS:** *This is a descriptive epidemiological study of 6,441 sexual violence cases, using the filters such as sexual violence notifications, female gender, age, race, education level, location, and aggres-*

sors in DF between 2009 and 2018. Data were collected in Notifiable Diseases Information System. **RESULTS:** *A total of 6,441 cases were recorded, with an increase in notifications every year, except between 2014 and 2015. In the age group, there was a frequency of 1.93%: <1 year, 10.73%: 1–4 years, 15.29%: 5–9 years, 30.43%: 10–14 years, 76%: 15–19 years, and 13.51%: 20–29 years. As for the race, 34.73% were brown, 23.51% were white, 9.36% were black, and <1.81% were yellow or indigenous. The most reported aggressors were unknown (25.76%), while alcohol consumption was found to be 24.55%, with 44.84% being ignored. Referring to the place where the aggression occurred, a total of 55.04% occurred in residence, followed by 14.52% in public roads. Regarding education, 31.36% had an incomplete elementary school; however, 29.13% had no/ignored education. The recurrence of the violence occurred in 32.28% of the cases.* **CONCLUSION:** *Most victims were brown aged between 10 and 14 years, and the highest rates occurred at home. Most episodes were not repeated, but there was a considerable recurrence. It is noticeable that sexual violence against women is a serious phenomenon and is considered a public health issue. In view of the relevance of the topic, further studies are needed to support the implementation of public policies in order to oppose sexual violence and its consequences.*

KEYWORDS: *Sex offenses. Violence against women. Epidemiological monitoring.*

INTRODUÇÃO

A violência sexual é compreendida como ato ou tentativa do ato sexual, investidas ou comentários sexuais indesejáveis contra a sexualidade de uma pessoa a partir da coerção[1]. Evidenciada como um problema de saúde pública e uma violação dos direitos humanos, com elevadas prevalências[2] afetando principalmente as mulheres[3].

A violência sexual contra mulher é considerada uma violência de gênero, uma demonstração extrema de poder do homem sobre as mulheres que se configura como uma forma de violência física e psicológica de modo simultâneo; essa agressão é um evento traumático, com efeitos potencialmente devastadores sobre a saúde física e mental das mulheres. Existem inúmeros fatores associados à violência contra a mulher, tais como os antecedentes familiares de violência, o uso de álcool pelo parceiro[4], o desemprego, o baixo nível socioeconômico da vítima, além do frágil apoio social ofertado à mulher[5]. Entretanto, o principal fator relacionado a essa forma de violência são as desigualdades causadas por relações tradicionais de gênero[6], em que as agressões significaram uma estratégia de manutenção do poder masculino.

No Brasil, a Lei nº 11.340/2006, de 07 de agosto e 2016, conhecida como Lei Maria da Penha, deu maior visibilidade às violências sofridas pelas mulheres e ratificou a necessidade de ações intersetoriais de prevenção e enfrentamento[7]. Dessa forma, o Estado Brasileiro passou a responder às demandas de proteção às mulheres em situação de violência de forma mais eficaz[8] — com punições mais severas aos agressores — e a problemática passou a ser definida como um crime específico.

No âmbito da saúde, a violência sexual contra mulher está entre os eixos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher com a expansão e qualificação da rede de atenção integral. A notificação de violências é um dos componentes da assistência realizada pelos profissionais de saúde, possibilitando dar visibilidade às violências e à assistência prestada às pessoas agredidas[9]. A Lei nº 10.778, normatizando a obrigatoriedade dos profissionais em notificar os casos de violência contra a mulher atendidos nos serviços de saúde[10]. Posteriormente, em 2006, o Ministério da Saúde implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em todas as regiões do país[11].

Nessa perspectiva, reconhecendo a violência praticada contra a mulher como um notório problema de saúde público de interesse nacional, a presente pesquisa tem por objetivo descrever as características dos casos de violência sexual perpetrada contra mulheres, notificados por profissionais de saúde nos anos de 2009 a 2018, no Distrito Federal.

MÉTODOS

Este artigo se trata de um estudo ecológico de caráter descritivo e de série temporal. A pesquisa dos dados foi realizada no DATASUS entre 20/08/2020 e 23/08/2020, que utiliza o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) para captação dos dados sobre os casos de violência sexual contra a mulher, sendo estes parte da Lista de Notificação Compulsória (LNC) do Brasil.

As variáveis utilizadas foram: violência sexual, sexo feminino, faixa etária, raça, escolaridade, local e agressores, no Distrito Federal no período de 2009 a 2018. Dentre os tópicos disponíveis para a análise foram selecionadas baseando-se na importância clínica das informações

Variáveis em relação à vítima: idade (menores de 1 ano a maiores de 60 anos), raça/cor da pele (branca, parda, preta, amarela, indígena); escolaridade em anos de estudos (sem escolaridade, 1ª a 4ª série incompleta do Ensino Fundamental, 4ª série completa do Ensino Fundamental, 5ª a 8ª série incompleta do Ensino Fundamental, Ensino Fundamental completo, Ensino Médio incompleto, Ensino Médio completo, Educação superior incompleta, Educação superior completa).

Variáveis em relação ao agressor: sexo (masculino, feminino, ambos os sexos); vínculo/grau de parentesco com a mulher agredida (parceiro íntimo [cônjuge, ex-cônjuge, namorado, ex-namorado], conhecido [conhecido/amigo], familiar [pai, mãe, padrasto, filho, irmão, cunhado, sogro], desconhecido, outro [cuidador, patrão/chefe, pessoa com relação institucional, policial/agente da lei, outros]); consumo de álcool (sim ou não).

Variáveis em relação ao ato violento: local (residência, via pública, outros); ocorreu outras vezes (sim, não);

O processamento e mapeamento dos dados foi realizado pelo programa TabWin (Tab para Windows) versão 4.14. Posteriormente, os dados foram analisados por estatística descritiva, e o cálculo das frequências absoluta e relativa, bem como a organização dos dados em forma de tabelas, pelo programa Microsoft Excel (Microsoft, USA, 2013).

Devido a este estudo utilizar dados secundários que se encontram em uma base de dados de domínio público e não envolver diretamente seres humanos e sua possível identificação, a submissão do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética não foi considerada necessária.

RESULTADOS

A violência sexual é a maior causa de violência contra mulheres no Distrito Federal de acordo com os dados coletados pelo SINAN, na área de violência doméstica, sexual e/ou outras violências. Registraram-se 6.441 notificações de violência sexual provocadas contra o sexo feminino, entre os anos de 2009 e 2018, com uma média de 644,1 casos por ano. Houve crescimento na maioria dos anos, exceto em 2014 e 2015, nos quais observou-se redução de 23,64 e 13,4%, respectivamente. No entanto, no ano de 2016 ocorreu aumento de aproximadamente 40,76% no número de casos. (Tabela 1)

Com relação à distribuição por faixa etária, o maior número de casos notificados foi de vítimas com idade entre 10–14 anos (30,43% do total), e posteriormente 15–19 (15,76%) e 5–9 (15,29%). Os menores índices foram observados de forma bimodal, em crianças abaixo de 1 ano (1,93%) e mulheres a partir de 50 anos (1,75%) (Tabela 2).

Na avaliação das notificações por raça, mostrou que 34,73% declaravam-se pardas, enquanto 23,51% brancas, cerca de 11,17% eram pretas, amarelas e indígenas, e 30,59% foi ignorado ou estava em branco. Quanto à escolaridade, 29,13% foi ignorado, mas quanto aos dados disponíveis a maior parte das vítimas possuíam ensino fundamental incompleto (20,54%) (Tabela 2).

Quanto ao parentesco/ligação entre vítima e agressor, o maior número de registros classificou o autor da violência como desconhecido (25,76%) e em segundo lugar como amigo/conhecido (21,04%), entretanto foram observadas outras ligações como: pai, padrasto, namorado, ex-namorado, cônjuge, ex-cônjuge, cuidador e patrão. Além disso, 24,55% das ocorrências o agressor havia consumido algum tipo de bebida alcoólica, sendo que em mais da metade dos casos a vítima tinha idade entre 15 e 29 anos,

Tabela 1. Notificações registradas de violência contra o sexo feminino segundo ano e mês, Distrito Federal (DF), 2009 a 2018.

Ano do acidente	Número de notificação: 6.441
2009	278
2010	329
2011	359
2012	621
2013	753
2014	575
2015	498
2016	701
2017	1073
2018	1254
Mês do acidente	**Número de notificação: 6441**
Janeiro	458
Fevereiro	431
Março	556
Abril	550
Maio	599
Junho	567
Julho	622
Agosto	602
Setembro	552
Outubro	553
Novembro	522
Dezembro	429

Fonte: Ministério da Saúde/Sistema de Vigilância em Saúde – Sistema de Informações de Agravos de Notificação – Sinan Net.

Tabela 2. Notificações registradas de violência sexual por faixa etária, raça, escolaridade, local de ocorrência, Distrito Federal (DF), 2009 a 2018.

Faixa etária (anos)	Número de notificação: 6.441
<1	124
1–4	691
5–9	985
10–14	1.960
15–19	1.015
20–29	870
30–39	464
40–49	209
50–59	75
60 ou +	38
Ignorado/branco	10
Raça	**Número de notificação: 6.441**
Branca	1.514
Preta	603
Amarela	73
Parda	2.237
Indígena	44
Ignorado/branco	1.970
Escolaridade	**Número de notificação: 6.441**
Analfabeta	27
1ª a 4ª série incompleta do EF	525
4ª série completa do EF	172
5ª a 8ª série incompleto do EF	1.323
EF completo	140
EM incompleto	477
EM completo	343
ES incompleta	194
ES completa	148
Não se aplica	1.216
Ignorado/branco	1.876
Local de ocorrência	**Número de notificação: 6.441**
Residência	3.545
Habilitação Coletiva	55
Escola	109
Local de pratica esportiva	36
Bar ou similar	57
Via pública	935
Comércio/serviços	92
Indústria/construção	16
Outros	487
Ignorado/branco	1.109

EF: ensino fundamental; EM: ensino médio; ES: ensino superior.

Fonte: Ministério da Saúde/Sistema de Vigilância em Saúde – Sistema de Informações de Agravos de Notificação – Sinan Net

mas outros 44,84% foram ignorado/em branco.

Para grande parte das vítimas (32,28%), independentemente da idade, a violência aconteceu na residência, seguida da via pública (14,52%). A incidência no ambiente domiciliar foi maior para adolescentes de 10 a 14 anos (1.209 casos), e em vias públicas predominou jovens de 15 a 19 anos (238 casos) e adultas (total de 529 casos) (Tabela 2).

Outro aspecto relevante evidenciado pelos dados coletados foi a recorrência da violência sexual, a qual apresentou taxa de 32,28%, sendo mais frequente em adolescentes de 10–14 anos (38,2%).

DISCUSSÃO

A violência de gênero é considerada um fenômeno multidimensional por ser presente em diversas faixas etárias, etnias e fases de vida da mulher[5,12]. Sendo assim, é imperativo lembrar que este tipo de agressão é um problema de Saúde Pública, por necessitar de efetiva vigilância, prevenção e assistência às vítimas[13].

Além disso, as notificações de casos de violência contra a mulher têm aumentado substancialmente[14], o que demonstra uma necessidade emergente de observar o padrão e compreender a origem de tal flagelo social, de forma a prevenir novos casos.

De forma geral, este estudo demonstra que a violência contra a mulher não pode ser vista como um fenômeno singular ou isolado, já que os dados evidenciam que no DF há um predomínio de perfil epidemiológico para violência entre mulheres pardas, de 10 a 14 anos, em ambiente domiciliar e perpetrada em sua maioria por desconhecidos. É relevante ressaltar que as adolescentes de 10 a 14 anos são, física, psicológica e socialmente mais vulneráveis, tendo maior suscetibilidade aos agressores[15]. O fato da maioria dos casos ter ocorrido na residência se contrapõe à informação de ser o agressor desconhecido. Sendo possível inferir que durante o preenchimento dos dados houve cumplicidade da família em não informar o agressor[15].

De acordo com os dados coletados, a incidência da violência de gênero no DF foi maior entre mulheres pardas na faixa etária de 10 a 14 anos, diferindo do estudo recente de perfil epidemiológico nas capitais brasileiras, que relatava maiores números entre mulheres de 20 a 29 anos e pretas[16]. Deve ser considerado também o fato de nem todas as mulheres agredidas preencherem o dado de etnia/raça, havendo um total de 30,59% de declarações em branco.

Em adição, a variável de escolaridade não pôde ser avaliada de forma adequada neste trabalho devido à falha de preenchimento no sistema, apesar de que o padrão é que haja prevalência de mulheres de baixa escolaridade e dependentes do SUS entre as mais afetadas pelas agressões[16]. Tal fato alerta para a necessidade de melhor priorização dos dados pelos profissionais de saúde responsáveis pelas notificações, já que os indicadores etnia/raça e escolaridade são essenciais para a relação com os fatores sociais do estado.

O indicador de localização das agressões apontou que a maioria das mulheres sofre agressões no ambiente doméstico, seguido da via pública, o que revela a situação da mulher, não estando segura nem em seu lar e nem na rua. Outrossim, a maioria das notificações feitas no período pesquisado declararam que as violências foram praticadas por desconhecidos, mesmo tendo ocorrido no próprio domicílio da vítima. Tal aspecto vai ao encontro a outros estudos epidemiológicos que apresentavam o parceiro íntimo como maior agente de violência contra a mulher[17], o que pode ser um alerta para o medo das mulheres em denunciar o agressor[18], já que a recorrência de agressões ainda é alta no DF, como demonstrado também neste estudo.

A relação entre agressores que consumiram bebida alcoólica e a violência sexual encontrada neste trabalho não foi esclarecida, uma vez que a maioria dos dados foi ignorado/em branco e apenas 24,55% dos agressores consumiram álcool, dificultando assim a análise[15]. Contudo, segundo Barrett et al. mulheres com parceiros frequentemente embriagados têm sete vezes mais chances de serem sexualmente agredidas, quando comparadas às que os parceiros não ingerem bebida alcoólica com frequência ao ponto de ficarem alcoolizados[19]. De modo geral, o abuso de álcool e outras drogas habitualmente têm um papel importante nas atitudes violentas.

CONCLUSÕES

A violência sexual contra a mulher é um fenômeno grave que engloba fatores físicos, sociais e culturais, caracterizado como notório problema de saúde pública de interesse nacional devido ao elevado número de notificações. Neste contexto, e baseado nos dados apresentados, foi possível traçar o perfil epidemiológico das mulheres vítimas de violência sexual no Distrito Federal, no qual a maioria eram adolescentes pardas, com idade entre 10–14 anos, sem completarem o ensino fundamental. Em relação ao ato violento, este foi cometido por um agressor desconhecido em maior parte na residência das vítimas ou em vias públicas, como nos casos de mulheres acima de 15 anos. O reconhecimento do perfil epidemiológico contribui para o entendimento desse agravo e como ele se manifesta na vida dessa população, alertando gestores, profissionais de saúde e a própria população sobre a importância de realizar seu rastreamento e sua prevenção[14].

É importante ressaltar que os dados demonstram que a mulher se encontra em risco dentro e fora de casa, relacionando a violência dentro dos lares à violência da sociedade como um todo, sendo um alerta à segurança pública[15]. A maioria dos

episódios não se repetiu, mas teve recorrência considerável, indicando assim a necessidade de dar visibilidade às agressões, possibilitando estabelecer medidas protetivas, a partir de uma sociedade ativamente contrária à violência, que poderá colaborar para que tais situações não se repitam[15].

A presença de registros em branco/ignorados não invalida os achados e exige interpretação cautelosa, contudo, após identificação da dimensão deste problema, percebe-se que há subnotificações das situações de violência em mulheres no DF. Sendo este fenômeno relacionado à complexidade que permeia a violência sexual contra a mulher e a falta de preparo dos profissionais para identificar/preencher os dados no sistema de notificação, demonstrada pela significativa porcentagem de dados em branco/ignorado, e tomar a melhor conduta frente os casos[14].

Diante da relevância do tema, ainda é preciso novos estudos com vistas a subsidiar a implantação de políticas públicas de enfrentamento da violência sexual e suas consequências[15]. Outrossim, é fulcral orientar os profissionais de saúde sobre a importância de se realizar adequadamente o preenchimento das fichas de notificações sejam tomadas, de modo a garantir a qualidade e a precisão das informações divulgadas[2].

Conflito de interesses

Os autores declaram que não há conflitos de interesse relacionados à publicação deste artigo.

Financiamento

Nenhum.

Contribuições dos autores

CTB: Administração do projeto, Análise formal, Conceituação, Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Investigação, Metodologia, Recursos, Software, Supervisão, Validação, Visualização. **ACAC:** Administração do projeto, Análise formal, Conceituação, Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Investigação, Metodologia, Recursos, Software, Supervisão, Validação, Visualização. **ACBC:** Administração do projeto, Análise formal, Conceituação, Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Investigação, Metodologia, Recursos, Software, Supervisão, Validação, Visualização. **GNS:** Administração do projeto, Análise formal, Conceituação, Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Investigação, Metodologia, Recursos, Software, Supervisão, Validação, Visualização. **APCM:** Administração do projeto, Análise formal, Conceituação, Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Investigação, Metodologia, Recursos, Software, Supervisão, Validação, Visualização. **GSA:** Administração do projeto, Análise formal, Conceituação, Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Investigação, Metodologia, Recursos, Software, Supervisão, Validação, Visualização. **IACT:** Administração do projeto, Análise formal, Conceituação, Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Investigação, Metodologia, Recursos, Software, Supervisão, Validação, Visualização.

REFERÊNCIAS

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2002.
2. Puri M, Frost M, Tamang J, Lamichhane P, Shah I. The prevalence and determinants of sexual violence against young married women by husbands in rural Nepal. BMC Res Notes. 2012;5:291. https://doi.org/10.1186/1756-0500-5-291
3. Ali TS, Asad N, Mogren I, Krantz G. Intimate partner violence in urban Pakistan: prevalence, frequency, and risk factors. Int J Womens Health. 2011;3:105-15. https://doi.org/10.2147/IJWH.S17016
4. Vieira EM, Perdona GSC, Santos MA. Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviços de saúde. Rev Saúde Pública. 2011;45(4):730-7. https://doi.org/10.1590/S0034-89102011005000034
5. Garcia LP, Freitas LRS, Höfelmann DA. Avaliação do impacto da Lei Maria da Penha sobre a mortalidade de mulheres por agressões no Brasil, 2001-2011. Epidemiol Serv Saude. 2013;22(3):383-94. https://doi.org/10.5123/S1679-49742013000300003
6. Signorelli MC, Taft A, Pereira PPG. Intimate partner violence against women and healthcare in Australia: charting the scene. Ciênc Saúde Coletiva. 2012;17(4):1037-48. https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000400025
7. Silva LEL, Oliveira MLC. Violência contra a mulher: revisão sistemática da produção científica nacional no período de 2009 a 2013. Ciênc Saúde Coletiva. 2015;20(11):3523-32. https://doi.org/10.1590/1413-812320152011.11302014
8. Silveira RE, Iwamoto HH, Miranzi SSC. Estatísticas epidemiológicas sobre a violência em um município do interior mineiro. CuidArte Enferm. 2009;3(1):19-25.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
10. Brasil. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2003 nov 25; Seção 1:11.
11. Veloso MMX, Magalhães CMC, Dell'Aglio DD, Cabral IR, Gomes MM. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. Ciênc Saúde Coletiva. 2013;18(5):1263-72. https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000500011
12. Osis MJD, Duarte GA, Faúndes A. Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais. Rev Saúde Pública. 2012;46(2):351-8. https://doi.org/10.1590/S0034-89102012005000019

13. Vieira EM, Perdona GCS, Almeida AM, Nakano AMS, Santos MA, Daltoso D, et al. Conhecimento e atitudes dos profissionais de saúde em relação à violência de gênero. Rev Bras Epidemiol. 2009;12(4):566-77. https://doi.org/10.1590/S1415-790X2009000400007

14. Silva LEL, Oliveira MLC. Características epidemiológicas da violência contra a mulher no Distrito Federal, 2009 a 2012. Epidemiol Serv Saude. 2016;25(2):331-42. https://doi.org/10.5123/S1679-49742016000200012

15. Delziovo CR, Bolsoni CC, Nazário NO, Coelho EBS. Características dos casos de violência sexual contra mulheres adolescentes e adultas notificados pelos serviços públicos de saúde em Santa Catarina, Brasil. Cad Saúde Pública. 2017;33(6):e00002716. https://doi.org/10.1590/0102-311X00002716

16. Souto RMCV, Barufaldi LA, Nico LS, Freitas MG. Epidemiological profile of care for violence in public urgency and emergency services in Brazilian capital, Viva 2014. Ciênc Saúde Coletiva. 2017;22(9):2811-23. https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.13342017

17. Mattos PR, Ribeiro IS, Camargo VC. Análise dos casos notificados de violência contra mulher. Cogitare Enferm. 2012;17(4):738-44. http://dx.doi.org/10.5380/ce.v17i4.30383

18. Vieira EM, Perdona GSC, Santos MA. Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviços de saúde. Rev Saúde Pública. 2011;45(4):730-7. https://doi.org/10.1590/S0034-89102011005000034

19. Barrett BJ, Habibov N, Chernyak E. Factors affecting prevalence and extent of intimate partner violence in Ukraine: evidence from a nationally representative survey. Violence Against Women. 2012;18(10):1147-76. https://doi.org/10.1177/1077801212464387

O percurso da Reforma Psiquiátrica em Uberlândia: histórias esquecidas

The path of the Psychiatric Reform in Uberlândia: forgotten stories

Breno Resende Rodrigues da Cunha[1]
Flávia do Bonsucesso Teixeira[1]

[1]Universidade Federal de Uberlândia, Departamento de Saúde Coletiva – Uberlândia (MG), Brasil.

https://doi.org/10.5327/2965-0682-20223103

RESUMO

OBJETIVO: *A Reforma Psiquiátrica questiona as longas internações, práticas abusivas e a dependência inserida nos pacientes. O objetivo do trabalho foi traçar o percurso tomado pela psiquiatria em Uberlândia, abordando o Sanatório Espírita e o Hospital de Clínicas, avaliando quais estratégias foram utilizadas para promover a mudança no paradigma do cuidado dentro dos centros de saúde.* **MÉTODOS:** *Foi realizada uma pesquisa nos prontuários e uma revisão da literatura local e nacional, incluindo teses de mestrado e doutorado e documentos da administração pública que abordavam as características das instituições do município, principalmente o Hospital de Clínicas, por ser o maior formador de recursos humanos em saúde da região. Assim, o completo entendimento das práticas realizadas na instituição é de extrema importância para a criação de políticas públicas de qualidade na área.* **RESULTADOS:** *A pesquisa revelou características da unidade de saúde mental do HCU, como o papel da família, duração das internações, discrepância do sexo dos pacientes, práticas violentas, estigma da loucura e prontuários incompletos. Além disso, foi percebida uma mudança após a aprovação das Leis "Carlão" e "Paulo Delgado", sendo constatada a alta de alguns pacientes cronificados.* **CONCLUSÃO:** *A pesquisa demonstrou que as instituições do município, mesmo nunca tendo o papel formal de instituições de longa permanência, possuíam características manicomiais, sendo que mudanças só foram percebidas anos após a mudança da legislação visando coibir tais práticas.*

PALAVRAS-CHAVE: *Psiquiatria. Registros médicos. História. Saúde mental.*

ABSTRACT

OBJECTIVE: *The Brazilian Psychiatric Reform questions long hospitalizations, abusive practices, and the dependence on the institution inserted in patients. The objective of this work was to trace the path taken by psychiatry in Uberlândia, the "Sanatório Espírita" and the "Hospital de Clínicas" were studied, evaluating which strategies promoted changes in the paradigm of care within the health centers.* **METHODS:** *A survey of the medical records and a review of the local and national literature were carried out, including master's and doctoral theses and public administration documents that addressed the characteristics of the institutions of the municipality, mainly the HCU, as it is the largest educational center in the field of health sciences in the region. Thus, a complete understanding of the practices carried out in the institution is extremely important for the creation of quality public policies in the area.* **RESULTS:** *The research revealed characteristics of the mental health unit of the HCU, such as the role of the family, duration of hospitalizations, patient sex discrepancy, violent practices, the stigma of madness, and incomplete medical records. In addition, a change was noticed after the approval of the "Carlão" and "Paulo Delgado" Laws, with the discharge of some chronic patients.* **CONCLUSION:** *The research showed that the municipal institutions, even though they never had the formal role of long-stay institutions, had characteristics of asylums, and changes were only noticed years after the legislation was modified aiming at curbing such practices.*

KEYWORDS: *Psychiatry. Medical records. History. Mental health.*

Data de submissão: 24/02/2021
Data de aceite: 07/05/2021

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA
Breno Resende Rodrigues da Cunha
E-mail: breno.cunha@ufu.br

INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) foi um processo que construiu espaços de discussão e crítica ao modelo de assistência psiquiátrica vigente na época, assim como alguns autores consideram que Reforma Sanitária Brasileira não foi concluída[1], também acreditamos que a RPB está em processo contínuo até os dias de hoje. Ainda que os processos da RPB tenham começado na década de 70, foram as leis "Paulo Delgado"[2], e a "Lei Carlão"[3] que marcaram uma maior aceleração das mudanças.

A Lei Estadual proibiu a abertura, ampliação e manutenção de hospitais psiquiátricos, especialmente dos que possuíam características manicomiais, favorecendo a transição dos pacientes para instituições que garantam seus recém-promulgados direitos e sua reinserção na sociedade[4] Entretanto, foram nos anos que sucederam a Lei Paulo Delgado, que a RPB avançou a passos mais largos, sendo possível observar diversos resultados otimistas como o crescimento da cobertura da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), sendo que o número total de CAPS aumentou em 1.492,6% de 1998 a 2014. Ainda assim, a transição de um modelo asilar para um baseado em serviços extra-hospitalares foi complexa, principalmente pelo fato de os usuários dos antigos manicômios necessitarem de uma rede de apoio que talvez não existia ou não estava disposta a assumir o papel principal na ressocialização do indivíduo[5,6].

O Município de Uberlândia tem uma história de atenção psiquiátrica muito atrelada à religião e aos valores tradicionais da elite agropecuária local, que contribuíram para a construção do Sanatório Espírita de Uberlândia (SEU). Segundo Ribeiro[7], a instituição representou, por um lado, a política de limpeza urbana promovida pela sociedade da época - visando excluir o "louco" do ambiente urbano - e por outro, a religião preenchendo as lacunas do poder público e utilizando desse recurso para ampliar seu poder e aceitação local[8].

Após algumas décadas, deu-se a criação da ala psiquiátrica do Hospital das Clínicas de Uberlândia (HCU), em 1976, sob a responsabilidade dos mesmos médicos que atuavam no SEU. Em 1986, o HCU contava com 40 leitos em psiquiatria, sendo a única instituição de internação psiquiátrica da cidade por vários anos, até a abertura da Clínica Jesus de Nazaré em 1994, uma instituição filantrópica subvencionada pela prefeitura que adicionou mais 30 leitos psiquiátricos ao município[9]. No entanto, é importante ressaltar que até 2002, quando foram criados os CAPS, o HC-UFU permaneceu como único serviço hospitalar para internação psiquiátrica via SUS.

O fato da ala psiquiátrica do HCU estar localizada dentro de um hospital geral universitário, facilitaria o enfoque em uma psiquiatria mais curativa e acadêmica, além de garantir o acesso a outras especialidades médicas, acesso a ferramentas diagnósticas e exames complementares. Embora, Paes et al.[10] e Souza et al.[11] apontassem que os novos serviços não devessem herdar as características asilares dos antigos manicômios, sendo necessário que eles superassem barreiras como a qualificação insuficiente dos profissionais, a pressão do modelo de assistência hegemônico do período e o estigma dos profissionais sobre os portadores de transtornos mentais, houve uma transposição do SEU para o hospital escola, não somente a partir dos profissionais de saúde, mas principalmente pela migração da lógica de cuidado. Além disso, já na década de 80, o programa de saúde do município[12] considerava ambas as instituições psiquiátricas do município (SEU e HCU) como asilares e precárias:

> *[...] vivemos o modelo tradicional de assistência à saúde mental com duas instituições de assistência à saúde mental de assistência terciária, que funcionam precariamente nos moldes asilares, sendo o hospital psiquiátrico regido por um sistema de curta internação, cujo caráter não considera uma análise adequada das causas que levam a essa internação. Esse tipo de ação torna-se circunstancial, superficial e estanque[...]*

A história da Unidade Psiquiátrica do HCU foi pouco explorada, e não identificamos trabalhos que tratem da descrição de seu cotidiano, análise da terapêutica e condutas dos profissionais. Dessa forma, esse trabalho teve como objetivo estabelecer um percurso histórico do serviço de psiquiatria do HCU-UFU, rastreando o impacto da RPB nas alterações do mesmo que resultaram no que hoje é conhecido como o Serviço de Saúde Mental do Hospital de Clínicas de Uberlândia.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa documental retrospectiva nos prontuários dos usuários que tiveram alguma internação na unidade de psiquiatria do HCU no período de 1995 a 2015, de forma a obter, de maneira sistematizada, o registro dos eventos ocorridos no local durante o período. O marco temporal inicia-se com a aprovação da Lei nº 11.802 de 18 de janeiro de 1995[3]. Como critério de inclusão, utilizou-se os prontuários com duração de internação maior que 90 dias, e como critério de exclusão, prontuários que não foram obtidos após a terceira tentativa de busca. A busca exploratória dos prontuários, realizada no setor de estatística do HCU, identificou um total de 73 prontuários. A leitura ocorreu durante o ano de 2019 e 2020, utilizando o arquivo do HCU.

Segundo Jabert[13], a análise de prontuários de instituições asilares permite a identificação de como o fenômeno da loucura foi percebido pela equipe de saúde, bem como

quais estratégias foram utilizadas como forma de controle. Esse saber difere muito do encontrado nos textos teóricos e portarias oficiais, permitindo a construção de uma narrativa do cuidado tido com o paciente e do cotidiano prático de uma instituição a partir do ponto de vista de seus trabalhadores.

A diversidade de formatos de prontuários, frequentemente incompletos, não possibilitou seguir um roteiro de coleta de informações fixo, entretanto buscou-se identificar fatores como:

1. Tempo e frequência de internações;
2. Práticas terapêuticas utilizadas;
3. Papel da família na internação e como rede de apoio;
4. Presença ou ausência de elementos extra-hospitalares;
5. Menções a reinserção do usuário na sociedade. Após a leitura exaustiva do material, as informações foram sistematizadas seguindo as diretrizes traçadas para a análise de discurso, baseado no referencial de Foucault[14].

A pesquisa foi submetida e aprovada no Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de Uberlândia por meio da Plataforma Brasil, em consonância à Resolução CNS nº 466/2012[15].

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Devido ao longo período de análise, os prontuários mudaram de formato algumas vezes, sendo que dentre os elementos comuns e mais frequentes, se encontra uma folha de internação, relatório da enfermagem, psicologia e serviço social, folha de prescrição e prontuário médico. Ao analisar detidamente esses prontuários, as histórias pouco visibilizadas e precariamente registradas de quatro mulheres "esquecidas" que permaneceram internadas na instituição por período superior há 10 anos chamaram a atenção. São narrativas sobre essas mulheres que recortamos e recontamos aqui.

O papel da família

Como explica Jabert, usualmente era da família a responsabilidade de regularizar comportamentos considerados constrangedores e socialmente reprováveis do sujeito, sendo sua função reconduzi-lo ao convívio social. Tal prática se dava especialmente em cidades mais tradicionais e interioranas, em vista principalmente da importância dada à família e à economia baseada na produção agropecuária familiar[13].

Em todos os casos, a internação foi involuntária e a usuária foi internada contra a sua vontade por alguém de sua rede familiar. Entre as justificativas, alegavam dificuldade de manejo, falta de tempo e dinheiro e/ou medo de agressão.

As motivações para a internação não foram questionadas, ou não registradas, pois é sabido que o próprio modelo asilar e hospitalocêntrico reproduz nas famílias a dependência, sendo que, segundo Rosa, sua participação[16]:

> *[...] fica restrita ao papel de identificar a loucura, encaminhar o seu portador ao asilo para os cuidados médicos.[...] Ou seja, a relação da família com o portador de transtorno mental passa a ser mediatizada por agentes médicos e por agências estatais, encarregadas da cura, da custódia e da assistência.*

Essa prática, incorporada pela instituição e família, produziu um modelo naturalizado de atenção asilar e estratégias como a de desinstitucionalização não eram demandadas e nem desejadas por ambos[17]. Como exemplo, I.C. teve sua carreira como paciente iniciada na década de 70 em outras instituições e Sanatórios, sendo internada no HCU em 1988. Em seu prontuário, é possível observar a resistência da família em aceitar a alta:

> *05/06/92: "Conversa com os familiares: Vão tentar alugar uma casa e colocar a pcte morando com os dois filhos solteiros. O marido vai tentar conversar com a pcte"*
> *10/06/92: "Estamos conversando com os familiares para a transferência da pcte para casa"*
> *15/06/92: "Conversamos com os filhos e o marido. XXXXX é contra a paciente permanecer em casa."*
> *30/07/92: "Os familiares rejeitam a ideia de levar a paciente para morar fora do hospital" (Prontuário médico de I.C., 1992)*

Concomitantemente ao diálogo acima, no prontuário da enfermagem, o registro: "30/07/92: Pcte [...] confusa e com medo que seu filho está morto", revela que a paciente não fazia ideia de que seus familiares se reúnem com a equipe médica, visto que raramente recebe visitas e não sabe nem mesmo se eles estão vivos. Passagens como essa não são exceção, e I.C., que nos anos iniciais de sua internação não apresentou nenhum registro de agressividade ou outra conduta que justificasse seu tratamento hospitalar de longa data, permaneceu internada continuamente por mais 10 anos na instituição, com escassos registros de visitas.

A duração das internações e transição para o modelo extra-hospitalar

Como já descrito anteriormente, desde a década de 80 o HCU tinha reconhecidamente a função de internações de curta duração[12]. Apesar disso, considerável número de exceções foram encontradas. Alguns casos específicos demonstram que o hospital também atuou com internações de duração extremamente longa, conforme apresentado pela Figura 1. Ainda, uma prática identificada foi o do fenômeno conhecido como "porta giratória", na qual ocorre um ciclo vicioso entre internação/alta/reinternação[18]. Foram observados casos extremos em que os pacientes tinham alta e internação no mesmo dia, levantando o questionamento se eles realmente deixaram a instituição.

Em relação à transição a uma atenção extra hospitalar, a maioria dos pacientes que estavam em longas internações receberam alta por volta do ano 2001, demonstrando que houve efetividade após a alteração da legislação. Como exemplo, as pacientes M.M. e H.S. foram transferidas a um asilo de idosos em 2003 e 1999, respectivamente, onde recebiam visitas do programa de assistência domiciliar (PAD) do HCU.

A discrepância de sexo

Outro fator encontrado na análise dos prontuários foi a discrepância entre o sexo dos internados, revelando possíveis motivações de internação e permanência na instituição. Segundo Zanello et al., a internação psiquiátrica está muito ligada ao conceito socialmente aceito do que é "ser mulher", impondo uma exigência social para que cumpram um padrão de aprisionamento no desejo do outro[19]. Em seu estudo, o autor encontrou que os principais motivos das internações femininas foram, a falta de desejo ou habilidade para a maternidade e para o cuidado com o lar, que eram interpretados pela sociedade como sinônimo de loucura.

Além disso, como apresentado pela Figura 2, a proporção de mulheres em internações de longa duração chega a ser ainda maior, levando a interpretação de que ao demonstrar as já referidas características, essa mulher tem pouca possibilidade de cura no ponto de vista da instituição[20].

Violência

Vários dos pacientes do estudo já estiveram em hospitais psiquiátricos com uma forte organização manicomial, sendo possível perceber o surgimento de traumas ligados às internações. A situação é ilustrada por I.C., que reproduz a seguinte fala: "-Eu quero morrer pq eu não agüento entrar e sair (hospital) ... Eles dão choque ..." (1989). O discurso do paciente revela o grau de sofrimento passado dentro de instituições que deveriam promover a cura, sendo possível observar o desejo da morte em vários outros trechos de seu prontuário, sempre motivado pela solidão e sofrimentos dentro dessas instituições. Ainda que possa se argumentar que essas práticas tenham ficado no passado, em sua longa internação no HCU foram percebidas outros registros de práticas questionáveis, como em 1990 quando foram retirados todos os seus dentes, pois segundo o prontuário, eles estavam em mal estado e o seu quadro psiquiátrico inviabilizaria outras formas de cuidado diferentes da remoção cirúrgica total.

Além disso, como já foi abordado, a Lei Carlão determina que os procedimentos de contenção física devem se restringir ao período

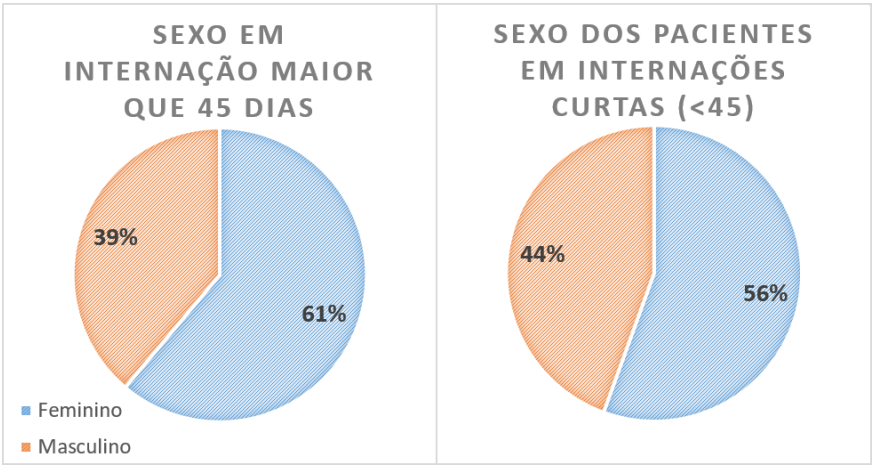

Figura 2. Distribuição do sexo dos pacientes por tempo de internação.

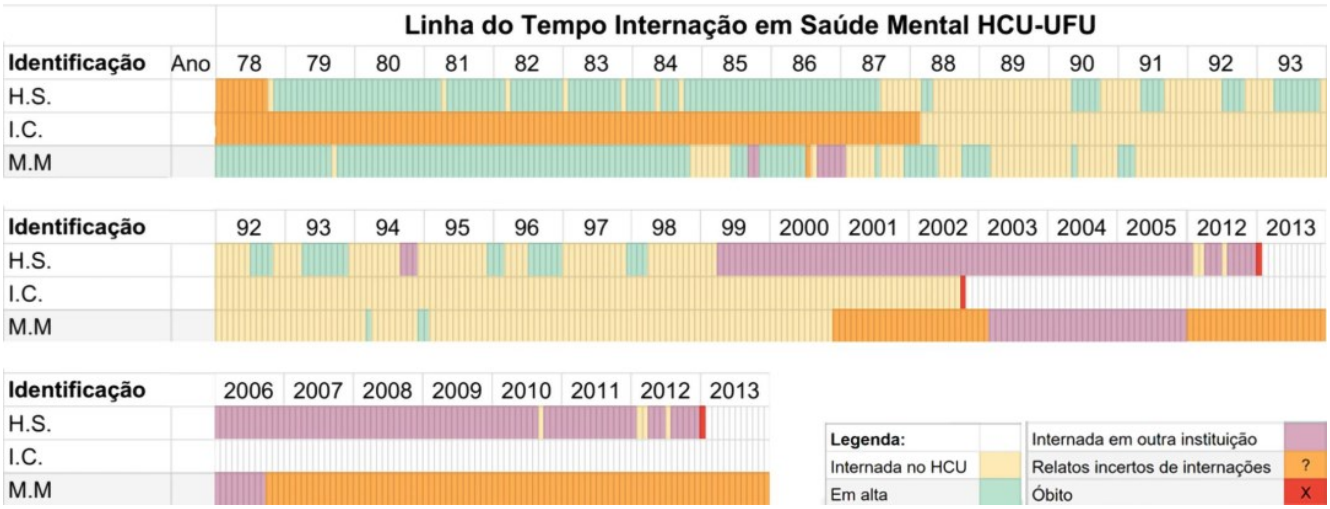

Figura 1. Linha do tempo das três internações mais longas encontradas nos prontuários do Hospital das Clínicas de Uberlândia.

estritamente necessário. Antes de sua publicação, o que se observa nos seguintes trechos é sua prática banalizada, sendo feita até mesmo em cadeiras e utilizada, por exemplo, para que uma paciente repousasse após o almoço, para respeitar o cronograma da instituição:

> *17/02/85 "12h Aceitou bem o almoço e a medicação, encaminhada ao repouso. Inquieta andando na enfermaria, foi encaminhada ao leito de proteção.*
> *14h repouso na proteção"*
> *13/03/87 "Paciente com ideias de fuga e crise de choro, foi levada para leito com proteção por 3 dias."*
> *29/08/87 "Encaminhada à proteção, Confusa, atrapalhando os demais."*
> *06/11/89 "[...]como não tinha vagas em leito de proteção, foi contida na cadeira" (Prontuário médico de M.M., 1987)*

Estigma da loucura

Sendo a transferência dos leitos para hospitais gerais uma das mais importantes premissas da RPB, é importante analisar o quão bem preparados está esse ambiente e seus funcionários. No HCU, foi observado que muitas vezes a equipe permanece com o estigma da periculosidade frente aos pacientes psiquiátricos, sendo representado, por exemplo, pela recusa em realizar procedimentos gerais por médicos de outras especialidades. No prontuário de M.M. se encontra:

> *28/07/99 "Foi encaminhada ao RX, funcionário recusou a fazer o exame relatando que só seria realizado após o médico da psiquiatria entrar em contato com o Dr. XXXX. A pcte não agitou, até colaborou, o funcionário nem tentou realizar, devolveu a pcte". (Prontuário médico de M.M., 1999)*

Após o caso relatado, a paciente foi encaminhada mais duas vezes ao setor de raio X, sendo que o exame não foi realizado em nenhuma delas, nunca sendo feito. A situação mostra que esses pacientes não recebem a devida atenção à saúde em relação a causas externas à psiquiatria, mesmo estando internados em um hospital geral com toda a aparelhagem e pessoal disponíveis.

A falta de informações

Outro ponto que chamou a atenção foram as anamneses frequentemente incompletas ou até mesmo inexistentes, demonstrando que não eram necessárias motivações consistentes para justificar a manutenção do paciente internado. O caso é exemplificado pela paciente H.S, que só teve uma anamnese completa 13 anos após sua internação. Tal anamnese foi colhida no setor da neurologia, após a paciente sofrer uma convulsão inédita, demonstrando que a psiquiatria ainda negligenciava aspectos da medicina de importância reconhecida por outras áreas.

Por fim, é pertinente notar que em vários prontuários foram encontrados longos períodos sem nenhum registro, sendo possível apenas deduzir se os pacientes estavam ou não internados, o que prejudicou a análise. A paciente D.B., por exemplo, aparentemente ficou internada na instituição de 03/06/1987 até 07/06/1996, porém, seu prontuário contém apenas algumas dezenas de folhas esparsas, sem nenhuma data de internação ou alta. Ainda que esse caso seja o mais marcante, tais períodos de falta de registro se repetem, levando a questionar sobre a regularidade dessas internações e do por que alguns prontuários se encontravam mais completos que outros.

CONCLUSÕES

O que se observou foi que o HCU possuiu por diversos anos, práticas que o assemelhavam a uma instituição manicomial, como as internações de longa duração, práticas violentas com os pacientes, a falta de preocupação com sua saúde e bem estar. Sendo assim, a RPB se mostrou muito importante para mudar essa realidade, levando a alta de vários pacientes cronificados, a adoção de cuidado domiciliar, a redução das contenções desnecessárias e irregulares, dentre outros. Entretanto, dado o período atual de cortes de recursos destinados à saúde mental, assim como uma sinalização da volta a um cuidado hospitalocêntrico pelo poder público, mostram que essas mudanças ainda não têm fundações sólidas, sendo importante que os profissionais da saúde lutem pela manutenção das conquistas obtidas e resistam a uma possível tentativa de volta ao modelo tradicional de cuidado.

Por fim, ainda se vê necessário mais estudos do cotidiano da unidade, preferencialmente por meio de entrevistas aos profissionais que trabalharam na unidade e do estudo de outros documentos oficiais que demonstrem os procedimentos que eram realizados rotineiramente e suas motivações. Dessa forma, acredita-se que seja possível a construção de um saber importante para a defesa de uma atenção à saúde mental de qualidade na região, fortalecendo o SUS e motivando a criação de novas políticas públicas para a área.

Conflito de interesses

Os autores declaram que não há conflitos de interesse relacionados à publicação deste artigo.

Financiamento

Nenhum.

Contribuições dos autores

BRRC: Administração do projeto, Análise formal, Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Investigação, Metodologia, Visualização. **FBT:** Conceitualização, Curadoria de dados, Escrita – revisão e edição, Investigação, Metodologia, Recursos, Supervisão, Visualização.

REFERÊNCIAS

1. Menicucci TMG. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. Hist Cienc Saude-Manguinhos. 2014;21(1):77-92. https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000100004
2. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União; 2001. [cited on 2022 Ago 29]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm#:~:text=1o%20Os%20direitos%20e,tempo%20de%20evolu%C3%A7%C3%A3o%20de%20seu
3. Minas Gerais. Lei nº 11.802, de 18 de janeiro de 1995. Dispõe sobre a promoção da saúde e da reintegração social do portador de sofrimento mental; determina a implantação de ações e serviços de saúde mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos e a extinção progressiva destes; regulamenta as internações, especialmente a involuntária, e dá outras providências. Belo Horizonte: Palácio da Liberdade; 18 de janeiro de 1995. [cited on 2022 Ago 29]. Available from: https://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=828
4. Sampaio ML, Bispo Júnior JP. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. Trab Educ Saúde. 2021;19:e00313145. https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00313
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Residências terapêuticas: o que são, para que servem. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
6. Brasil. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde mental em dados – 12. Brasília: Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental; 2015. [cited on 2022 Ago 29]. Available from: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjVtIST0Oz5AhWCCbkGHSBZDbEQFnoECAgQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.mpes.mp.br%2FArquivos%2FAnexos%2F968c4e73-ef71-43b4-91c9-6a838c449559.pdf&usg=AOvVaw0ImpT-xnq2sGkd85bowiKF
7. Ribeiro RA. Confined souls: medical intervention practice, daily and cultural representations in the Sanatório Espírita de Uberlândia [dissertação]. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia, 2006.
8. Bastos ADA, Alberti S. Do paradigma psicossocial à moral religiosa: questões éticas em saúde mental. Ciênc Saúde Coletiva. 2021;26(1):285-95. https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.25732018.
9. Pombo RMR. A nova política de saúde mental: entre o precipício e paredes sem muros [dissertação]. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia, 2007.
10. Paes MR, Silva TL, Chaves MMN, Maftum MA. O papel do hospital geral na rede de atenção à saúde mental no Brasil. Ciênc Cuid Saúde. 2013;12(2):407-12.
11. Souza FSP, Silva CAF, Oliveira EN. Serviço de Emergência Psiquiátrica em hospital geral: estudo retrospectivo. Rev Esc Enferm USP. 2010;44(3):796-802. https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000300035
12. Uberlândia. Programa de Saúde Mental da Rede Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Uberlândia. Secretaria Municipal de Saúde. Acervo Luciana Giffoni. 198?. p. 5.
13. Jabert A. Estratégias populares de identificação e tratamento da loucura na primeira metade do século XX: uma análise dos prontuários médicos do Sanatório Espírita de Uberaba. Hist Cienc Saúde-Manguinhos. 2011;18(1):105-20. https://doi.org/10.1590/S0104-59702011000100007
14. Foucault M. A história da loucura na idade clássica. São Paulo: Perspectiva; 1997.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nºs 196/96, 303/2000 e 404/2008. D.O.U., 13/06/2013 – Seção 1. [cited on 2022 Ago 29]. Available from: https://www.inca.gov.br/publicacoes/legislacao/resolucao-cns-466-12#:~:text=Aprova%20as%20diretrizes%20e%20normas,revoga%20as%20Resolu%C3%A7%C3%B5es%20CNS%20nos
16. Rosa LCS. Os saberes construídos sobre a família na área da saúde metal. Serviço Social & Sociedade. 2002;71:138-64.
17. Silva EKB, Rosa LCS. Desinstitucionalização psiquiátrica no Brasil: riscos de desresponsabilização do Estado? Rev Katál. 2014;17(2):252-60. https://doi.org/10.1590/S1414-49802014000200011
18. Ramos DKR, Guimarães J, Enders BC. Análise contextual de reinternações frequentes de portador de transtorno mental. Interface (Botucatu). 2011;15(37):519-27. https://doi.org/10.1590/S1414-32832011005000015
19. Zanello V, Fiuza G, Costa HS. Saúde mental e gênero: facetas gendradas do sofrimento psíquico. Fractal: Rev Psicol. 2015;27(3):238-46. https://doi.org/10.1590/1984-0292/1483
20. Andrade APM, Maluf SW. Experiências de desinstitucionalização na reforma psiquiátrica brasileira: uma abordagem de gênero. Interface (Botucatu). 2017;21(63):811-21. https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0760

Parto humanizado X cesárea: a importância da humanização do parto e suas vantagens

Humanized childbirth vs. cesarean section: the importance of humanizing childbirth and its advantages

Ana Beatriz Souza Reis[1]
Andréia Lívia Gonzalez Napoli[1]
Ana Roberta Alves da Costa Santos[1]
Valter Kuymjian[1]

[1]Centro Universitário do Planalto Central Apparecido dos Santos – Gama (DF), Brasil.

https://doi.org/10.5327/2965-0682-20223104

RESUMO

OBJETIVO: *O parto humanizado consiste em uma prática que objetiva a saúde e o conforto da parturiente e do recém-nascido, minimizando as intervenções cirúrgicas e reafirmando a autonomia da mulher durante o parto.* **MÉTODOS:** *Esse estudo consiste em uma revisão bibliográfica, na qual foram utilizados artigos selecionados nas bases de dados PubMed e MEDLINE, utilizando os descritores "parto humanizado" e "saúde da mulher", visando discutir a humanização do parto e seus benefícios para a saúde da parturiente e do bebê.* **RESULTADOS:** *A humanização do parto possui como fundamento práticas que objetivam torná-lo menos hospitalar, ainda que este evolua para uma cesárea, caso ocorra emergências. Outrossim, a preferência por um parto vaginal deve prevalecer, pois este apresenta diversos benefícios para a mãe e o bebê. Para isso, são realizadas práticas que direcionam o andamento do procedimento, entre elas a presença de doula e de um acompanhante. Por fim, existem organizações que estimulam essa prática, como o REHUNA.* **CONCLUSÃO:** *Para que a concepção ocorra de maneira adequada, é necessário que a parturiente compreenda os sinais e o processo do trabalho de parto, colocando em prática ações que visem prevenir a morbimortalidade da mãe e do recém-nascido e, para isso, é importante que os auxiliares compreendam os confortos e os desconfortos que podem manifestar-se.*

PALAVRAS-CHAVE: *Parto humanizado. Saúde da mulher. Parto normal.*

ABSTRACT

OBJECTIVE: *Humanized childbirth is a practice that aims at the health and comfort of the parturient and the newborn, minimizing surgical interventions and reaffirming the autonomy of women during childbirth.* **METHODS:** *This study consists of a bibliographic review, in which articles selected from the PubMed and MEDLINE databases were used, using the descriptors "humanized childbirth" and "womens health", in order to discuss the humanization of childbirth and its benefits for the health of the parturient and the baby.* **RESULTS:** *The humanization of childbirth is based on practices that aim to minimize hospitalization, even if it evolves to a cesarean section, in case of emergencies. Furthermore, the preference for vaginal delivery should prevail, as it has several benefits for both mother and baby. For this, practices that guide the progress of the procedure, including the presence of a doula and a companion, are carried out. Finally, some organizations, such as REHUNA, encourage this practice.* **CONCLUSION:** *For the conception to occur properly, it is necessary for the parturient to understand the signs and the process of labor, putting into practice actions that aimed at preventing the morbidity and mortality of the mother and the newborn and, for this, it is important that helpers should understand the comforts and discomforts that can manifest themselves.*

KEYWORDS: *Humanizing delivery. Women's health. Natural childbirth.*

Data de submissão: 12/02/2021
Decisão de aceite: 07/05/2021

AUTOR CORRESPONDENTE
Ana Beatriz Souza Reis
biareismed@gmail.com

INTRODUÇÃO

Com o decorrer do tempo, o trabalho de parto passou por diversas transformações. Inicialmente, no século XIX, as concepções eram realizadas em domicílio por comadres ou parteiras-leigas, as quais portavam conhecimento a respeito desse processo, possibilitando-as de assistir a gestante durante a gravidez, parto e cuidados com o recém-nascido, sendo que a solicitação de médicos ocorria caso houvesse imprevistos[1,2].

Progressivamente, com a evolução da medicina e os avanços tecnológicos, a gestação e a concepção transformaram-se em procedimentos hospitalares. Assim, a grande quantidade de intervenções desnecessárias e a exagerada medicalização acarretaram em um novo quadro de parturição, no qual as necessidades e desejos da mãe foram deixados de lado, assim fazendo com que a mesma perdesse seu seu posto de protagonista. Com isso, a mulher passou a ser hospitalizada antecipadamente, sendo pouco informada sobre os procedimentos aos quais será submetida, tendo sua intimidade invadida e sem possuir o direito a um acompanhante de sua escolha[2-9].

Devido à esses acontecimentos, nas últimas décadas, o Brasil têm sido um dos países que mais realiza cesáreas em todo o mundo, com uma taxa de 55,5% dentre a quantidade total de partos ocorridos em território nacional, índice elevado tendo em vista que a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda um percentual de 10 a 15%[10]. Concomitante a isso, há um aumento do número de complicações e da taxa de mortalidade materna. Além disso, por ser uma cirurgia marcada, pode ocorrer uma retirada antecipada do feto, oferecendo riscos advindos da prematuridade para a criança[1-3].

Além dos riscos oferecidos à mãe e ao bebê, Faundes diz que "o uso abusivo de cesarianas no Brasil tem contribuído para a desumanização da assistência, além de acarretar o aumento da mortalidade e morbidade materna e perinatal sem mencionar o desperdício dos escassos recursos do setor de saúde"[11]. Desse modo, a prática exagerada das cesarianas acarretou em um gasto excessivo ao Sistema Único de Saúde (SUS) e, devido ao alto valor deste procedimento, o SUS vem incentivando a prática do parto humanizado, visto que, além de seu baixo custo, apresenta inúmeros benefícios por não ser uma cirurgia invasiva e por respeitar as vontades da gestante[1,9,12].

Decorrente desse quadro, surgiu um movimento social, no final dos anos 80, em busca da humanização do processo de parto e de nascimento, o qual propôs mudanças no padrão de atendimento à paciente, seguindo as premissas básicas da OMS e do Ministério da Saúde, incluindo um ambiente aconchegante para a gestante, redução do número de intervenções desnecessárias e o incentivo à concepção vaginal[1-3,11,13].

De acordo com a OMS, "humanizar o parto é um conjunto de condutas e procedimentos que promovem o parto e o nascimento saudável, pois respeita o processo natural e evita condutas desnecessárias ou de risco para a mãe e o bebê"[11]. Portanto, por definição, o parto humanizado é composto por práticas e condutas que procuram ressignificar o processo da concepção dentro de uma perspectiva menos medicalizada e hospitalar[8,11].

Dito isso, esta revisão bibliográfica objetiva avaliar as implicações do parto humanizado na saúde da mulher, salientando seus potenciais benefícios e suas principais complicações. Assim, o parto humanizado deve ser visto como uma prática sem muitas intercorrências, sendo voltada, unicamente, para a saúde e conforto da gestante e do recém-nascido, assim é necessária uma atenção especial e exclusiva à mulher e suas preferências. Por fim, humanizar expressa reconhecer os direitos da mãe e do bebê, garantindo uma totalidade na assistência e prestando atendimento necessário de maneira individualizada[3,4,6,7,14].

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão bibliográfica com o objetivo de abordar o parto humanizado, evidenciando suas implicações para a saúde da mulher, colocando-a como protagonista deste processo. Para alcançar o objetivo apresentado, foi utilizada uma seleção de artigos a partir de uma técnica que sintetiza e reúne abordagens na área, com base na análise de estudos observacionais, descritivos, qualitativos, quantitativos e retrospectivos entre os anos de 2003 e 2019. Os artigos escolhidos foram pesquisados na base de dados PubMed e MEDLINE, utilizando os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): "parto humanizado" (humanized birth), "parto humanizado" AND "saúde da mulher" (humanized birth AND woman health).

Efetuando a soma de todas as bases de dados, foram encontrados 759 artigos. Após a leitura dos títulos dos mesmos, notou-se que alguns deles se repetiram nas diferentes bases e outros não preenchiam os critérios deste estudo. A partir deste método de triagem, houve uma seleção de 56 artigos para a leitura do resumo, excluindo os que não diziam respeito ao propósito deste assunto. Após esta análise, foi tomado como base para esta revisão de literatura 16 artigos.

RESULTADOS

Como resultado desta revisão bibliográfica, destaca-se que o parto humanizado deve ser priorizado em detrimento às outras técnicas de parto, visto que este modelo é mais seguro e proveitoso para a parturiente e para o recém-nascido. Além disso, um dos principais benefícios do parto humanizado é a participação mais ativa da gestante e o vínculo imediato entre mãe e filho, oferecendo um protagonismo à mãe e priorizando seus desejos e necessidades. Para isso, são necessárias algumas práticas que resultam no mínimo de intervenções possíveis e visam tornar o procedimento mais confortável para ambos.

DISCUSSÃO

Para cumprir com os preceitos do parto humanizado, há algumas práticas a serem adotadas: manter a gestante informada a respeito de todo o processo; respeitar a autonomia da gestante de movimentar-se e posicionar-se de forma mais cômoda para ultimação do parto; buscar vias terapêuticas não medicamentosas com o objetivo de aliviar a dor da mãe; evitar a hipoglicemia a partir do fornecimento de líquidos via oral; acompanhar as contrações e batimentos fetais; evitar intervenções cirúrgicas desnecessárias, como lavagem intestinal da mãe (enema), depilação dos pelos pubianos (tricotomia), rompimento provocado da bolsa amniótica (amniotomia) e a cisão do períneo materno para ajudar na saída do bebê (episiotomia); estimular a liberação de ocitocina ao proporcionar o contato imediato mãe-bebê após o nascimento; permitir um acompanhante de escolha da gestante, o qual lhe prestará apoio psíquico-emocional-físico, para lhe transmitir escuta, comodidade, incentivo e segurança; e incluir a presença de doulas[1-5,7,11].

Ademais, as doulas são mulheres que utilizam suas experiências de parto, seus saberes e a sua sensibilidade para a realização de uma concepção respeitosa. Essas auxiliares objetivam seu trabalho no bem-estar da parturiente e em sua autonomia durante o trabalho de parto. Para cumprir com esse objetivo, as doulas devem realizar as seguintes ações: oferecer à mãe massagens e banhos mornos, gerando conforto e alívio físico; propiciar um alicerce emocional; mantê-la informada a respeito de todo o processo e instaurar uma relação médico-paciente saudável, atendendo as necessidades da mulher. Entretanto, seu trabalho não incluiu a realização de procedimentos médicos e, também, não deve ser confundido com o suporte oferecido pelo acompanhante, devido ao vínculo emocional entre eles[1,5,7,15].

É importante ressaltar que, ainda que seja de conhecimento comum que essa prática ocorre apenas por via vaginal, o parto humanizado pode ocorrer por via cirúrgica, devido sua imprevisibilidade e, também, caso seja do desejo da parturiente, tendo em vista que o conceito "humanizado" vai muito além de um parto vaginal[1,5,9]. Seibert afirma que "humanizar o parto não significa fazer ou não o parto normal, realizar ou não procedimentos intervencionistas, mas sim tornar a mulher protagonista desse evento e não mera espectadora, dando-lhe liberdade de escolha nos processos decisórios"[9,16].

Como dito anteriormente, há ocasiões em que o parto humanizado poderá evoluir para uma cesárea, isso se dá pelas emergências que podem ocorrer durante o procedimento, dentre elas: o descolamento prematuro de placenta, o qual ocorre quando ela se separa da parede interna do útero antes do parto, privando o feto de oxigênio e nutrientes; evolução não espontânea diagnosticado no exame de toque, de acordo com a dilatação, posição, apagamento, consistência e manobra de DeLee; vasa prévia, complicação na qual os vasos sanguíneos do cordão umbilical atravessam ou ficam muito perto do orifício interno do colo uterino; anormalidades da frequência cardíaca, ou seja, quando os batimentos fetais estão alterados, sendo o normal entre 110 a 160 batimentos por minuto; prolapso de cordão fetal, posição atípica do cordão, assim, o bebê o comprime durante o trabalho de parto, podendo levar um quadro de hipoxemia para si mesmo[1,3,11].

É possível evidenciar diversos motivos pelos quais deve-se incentivar o parto humanizado ao invés da cesárea, podendo destacar a necessidade de um curto período de hospitalização e um menor risco de infecções por não se tratar de um método invasivo, acarretando em uma rápida recuperação materna. Além disso, o tórax do bebê é pressionado ao passar através do canal vaginal, fazendo com que o líquido presente em seu pulmão seja expulso, auxiliando sua respiração. Alguns profissionais ainda recomendam que o cordão umbilical continue ligado ao bebê por alguns minutos, para que o fornecimento de oxigênio não seja interrompido, diminuindo o risco de anemia ao recém-nascido[1-3,5,11].

Outrossim, o contato imediato da relação mãe-bebê após a concepção possibilita uma maior liberação de ocitocina através da sucção do lactente. A liberação deste hormônio no pós-parto é essencial para a dequitação da placenta de forma natural evitando, assim, uma hemorragia causada por atonia uterina, ou seja, a perda da capacidade de contração do útero após o parto, minimizando a necessidade de medicações uterotônicas[1,3-5,7].

De acordo com o exposto, fica evidente que o parto humanizado deveria ser prioridade de escolha e, por isso, o governo elabora políticas públicas com o objetivo de aumentar as taxas de concepção de forma humana. Nesse sentido, há uma organização da sociedade civil, a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA), o qual atua desde 1993, inspirando a formulação de políticas nacionais[1]. Essa instituição tem como fundamento básico a construção de um movimento que hoje é nomeado "humanização do parto/nascimento". Atendendo a esses pedidos, o Ministério da Saúde publicou o Manual do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, incentivando programas de humanização da assistência na rede pública de saúde[1,8].

CONCLUSÕES

Esse artigo de revisão evidenciou que as principais implicações do parto humanizado seriam o maior conforto da parturiente, garantindo que seus direitos e desejos sejam respeitados, além de torná-la protagonista de seu trabalho de parto, sempre informando-a de todos os procedimentos que serão realizados. Assim, foi possível destacar que, além da maior comodidade da

mãe durante a concepção, a humanização de tal processo acarreta também benefícios para a criança, como a melhoria de sua respiração e a diminuição das chances de ocorrência de anemia no mesmo.

De acordo com o Ministério da Saúde, o termo humanização tem como objetivo aprimorar as condições da assistência, atentando-se aos sentimentos da gestante e incluindo a participação da família para que o trabalho de parto ocorra da maneira mais serena possível. Com isso, o apoio que a assistência humanizada oferece à parturiente deve levar em consideração o estímulo de algumas características fundamentais para o processo, como o respeito, a sensibilidade e a dignidade. Além disso, tendo em vista os conceitos tradicionais que impõem o isolamento à mulher, é necessária a criação de um espaço acolhedor, o qual rompe com tais paradigmas.

Com isso, a parturiente deve ser encorajada a compreender os sinais e o processo do trabalho de parto, além de conhecer seu corpo e saber controlar a respiração durante as contrações. Para isso, são necessárias práticas que busquem a realização da concepção de forma saudável visando prevenir a morbimortalidade da mãe e do recém-nascido, através da realização de práticas que irão beneficiá-los diminuindo, assim, as intervenções desnecessárias. Portanto, é dever dos profissionais de saúde prestarem apoio psicológico para que a mulher se sinta preparada para este momento, ou seja, os auxiliares deste processo devem entender os confortos e desconfortos que possam se manifestar.

Por fim, a humanização do parto é necessária por apresentar inúmeros benefícios para a mulher e para a saúde fetal, além de proporcionar uma redução de gastos para o sistema público de saúde, tendo em vista que o nascimento natural evita a realização de procedimentos desnecessários e caros, como a cesárea.

Conflito de interesses
Os autores declaram que não há conflitos de interesse relacionados à publicação deste artigo.

Financiamento
Nenhum.

Contribuições dos autores
ABSR: Administração do projeto, Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Metodologia. **ALGN:** Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição. **ARACS:** Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Metodologia. **VK:** Supervisão, Validação.

REFERÊNCIAS

1. Priszkulnik G, Maia AC. Parto humanizado: influências no segmento saúde. Mundo Saúde (1995). 2009;33(1):80-8.
2. Possati AB, Prates LA, Cremonese L, Scarton J, Alves CN, Ressel LB. Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras. Esc Anna Nery. 2017;21(4):1-6. https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2016-0366
3. Paro HBMS, Catani RR. Indicações de cesárea intraparto/emergência. In: Paro HBMS, Catani RR. Indicações de cesárea. Protocolo assistencial do Hospital de Clínicas de Uberlândia. Uberlândia: EDUFU; 2019. p. 15-9.
4. Prata JA, Ares LPM, Vargens OMC, Reis CSC, Pereira ALF, Progianti JM. Tecnologias não invasivas de cuidado: contribuições das enfermeiras para a desmedicalização do cuidado na maternidade de alto risco. Esc Anna Nery. 2019;23(2):e20180259. https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0259
5. Russo JA, Nucci MF. Parindo no paraíso: parto humanizado, ocitocina e a produção corporal de uma nova maternidade. Interface (Botucatu). 2020;24:e180390. https://doi.org/10.1590/Interface.180390
6. Sanches METL, Barros SMO, Santos AAP, Lucena TO. Atuação da enfermeira obstétrica na assistência ao trabalho de parto e parto. Revista Enfermagem UERJ. 2019;1-7. https://doi.org/10.12957/reuerj.2019.43933
7. Oliveira LLF, Trezza MCSF, Melo GC, Santos AAP, Sanches METL, Pinto LMTR. As vivências de conforto e desconforto da mulher durante o trabalho de parto e parto. Revista Enfermagem UERJ. 2017;25:1-5. https://doi.org/10.12957/reuerj.2017.14203
8. Versiani CC, Barbieri M, Gabrielloni MC, Fustinoni SM. Significado de parto humanizado para gestantes. Rev Pesqui (Univ Fed Estado Rio J). 2015;7(1):1927-35. https://doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i1.1927-1935
9. Araújo BRO, Trezza MCSF, Santos RM, Oliveira LLF, Pinto LMTR. Entre ritos y contextos: resoluciones y significados atribuidos al parto natural humanizado. Cultura de los Cuidados. 2019;23(54):206-16. https://doi.org/10.14198/cuid.2019.54.18
10. Siret M. Explosão no número global de cesáreas é 'alarmante', diz estudo. BBC NEWS BRASIL; 2018 [cited on 2020 Nov 6]. Available from: https://www.bbc.com/portuguese/internacional-45846011
11. Matei EM, Carvalho GM, Silva MBH, Merighi MAB. Parto humanizado: um direito a ser respeitado. Centro Universitário São Camilo. 2003;9(2):16-26.
12. Santos ABB, Melo EV, Dias JMG, Didou RN, Araujo RAS, Santos WO, et al. Level of knowledge of pregnant women in the public service about humanized birth. ABCS Health Sciences. 2019;44(3):172-9. https://doi.org/10.7322/abcshs.v44i3.1393
13. Nagahama EEI, Santiago SM. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil. Cad Saúde Pública. 2008;24(8):1859-68. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000800014
14. Castro JC, Clapis MJ. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. Rev Latino-Am Enfermagem. 2005;13(6):960-7. https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000600007
15. Barbosa MBB, Herculano TB, Brilhante MAA, Sampaio J. Doulas como dispositivos para humanização do parto hospitalar: do voluntariado à mercantilização. Saúde Debate. 2018;42(117):420-9. https://doi.org/10.1590/0103-1104201811706
16. Seibert SL, Barbosa JLS, Santos JM, Vargens OMC. Medicalização x humanização: o cuidado ao parto na história. Rev Enferm UERJ. 2011;13(2):245-51.

Infarto agudo do miocárdio decorrente de COVID-19: revisão da literatura

Acute myocardial infarction due to COVID-19: literature review

Eduarda Capra Bertolin[1]
Andressa Rafaela de Moura Hining[1]
Mariana Longhi Zandonai[1]
Andreia Scapini[1]
Natália de Moraes Soster[1]
Claudete Rempel[1]
Cezar Roberto Van Der Sand[1]

[1]Universidade do Vale do Taquari – Lajeado (RS), Brasil.

https://doi.org/10.5327/2965-0682-20223105

RESUMO

OBJETIVO: *Realizar uma revisão de literatura com a finalidade de avaliar o perfil epidemiológico, a presença de fatores de risco para SCA, o tipo de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) mais prevalente e as alterações laboratoriais relacionadas a estado de hipercoagulabilidade, de pacientes que tiveram diagnóstico de COVID-19 e evoluíram para IAM.* **MÉTODOS:** *Revisão narrativa da literatura utilizando o PUBMED, com os descritores "Acute coronary syndromes" + "COVID-19" e "myocardial infarction" + "COVID-19", presentes no título ou resumo dos artigos. Foram selecionados 26 relatos ou séries de casos em qualquer língua, publicados entre janeiro e dezembro de 2020 e referentes exclusivamente a IAM ou SCA decorrentes da COVID-19.* **RESULTADOS:** *Observou-se maior prevalência de IAMCSST em homens e a incidência foi maior após a quinta década de vida. As artérias mais comumente ocluídas foram Descendente Anterior e Coronária Direita. Valores alterados de troponina, D-dímero e proteína C reativa foram associados à maior mortalidade. Os fatores de risco mais prevalentes foram hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, dislipidemia e obesidade, respectivamente.* **CONCLUSÃO:** *Os dados sugerem que a própria infecção viral atue como fator de risco para ocorrência do evento isquêmico, já que muitos pacientes com COVID-19 desenvolveram IAM sem comorbidades prévias associadas.*

PALAVRAS-CHAVE: *Infarto do miocárdio. Síndrome coronariana aguda. COVID-19. SARS-CoV-2.*

ABSTRACT

OBJECTIVE: *Conduct a literature review with the purpose of evaluating or epidemiological profile, the presence of risk factors for ACS, the most prevalent type of Acute Myocardial Infarction (AMI) and laboratory alterations of hypercoagulability status, of patients diagnosed with COVID-19 and progressed to AMI.* **METHODS:** *Narrative review of the literature using PUBMED, with the descriptors "Acute coronary syndromes" + "COVID-19" and "myocardial infarction" + "COVID-19", present in the title or abstract of the articles. We selected 26 case reports or series in any language, published between January and December 2020 and referring exclusively to AMI or ACS resulting from COVID-19.* **RESULTS:** *A higher prevalence of STEMI was observed in men and the incidence was higher after the fifth decade of life. The most commonly occluded arteries were the Anterior Descending and Right Coronary arteries. Altered troponin, D-dimer and C-reactive protein values were associated with higher mortality. The most prevalent risk factors were systemic arterial hypertension, diabetes mellitus, dyslipidemia and obesity, respectively.* **CONCLUSIONS:** *The data suggest that the viral infection itself acts as a risk factor for the occurrence of the ischemic event, since many patients with COVID-19 developed AMI without previous associated comorbidities.*

KEYWORDS: *Myocardial infarction. Acute coronary syndrome. COVID-19. SARS-CoV-2.*

Data de submissão: 07/04/2021
Data de aceite: 07/05/2021

AUTORA CORRESPONDENTE
Claudete Rempel
E-mail: crempel@univates.br

INTRODUÇÃO

A COVID-19 é uma doença infecciosa causada pelo vírus SARS-CoV-2 detectado pela primeira vez em humanos em dezembro de 2019, em Wuhan, na China. A doença é transmitida principalmente através de gotículas e aerossóis provenientes das vias aéreas. Um amplo espectro de apresentações pode ser visto, com as manifestações clínicas variando desde pacientes assintomáticos até sepse e insuficiência respiratória aguda[1]. Os principais sintomas relatados são febre, tosse, fadiga e dispneia. Outras manifestações associadas à infecção são cefaleia, mialgia, odinofagia, náusea, vômito, diarreia, anosmia e ageusia. Com a progressão da doença, uma parte dos infectados pode evoluir com insuficiência respiratória, além de lesão renal, hepática e miocárdica. A presença de comorbidades, como diabetes mellitus (DM), hipertensão arterial sistêmica (HAS), cardiopatia isquêmica e doença pulmonar prévias ao diagnóstico da COVID-19, além da idade avançada, foram identificados como preditores de uma evolução mais grave da doença[2].

A taxa relatada de injúria miocárdica associada ao COVID-19 varia de acordo com a população analisada, com números entre 7 e 28% dos pacientes hospitalizados. Os doentes que possuem evidência de lesão cardíaca tendem a ser mais velhos e possuírem comorbidades prévias. As manifestações cardiovasculares que podem ser encontradas nos pacientes infectados pelo SARS-CoV-2 são arritmias, como a fibrilação atrial, miocardite, síndrome coronariana aguda (SCA), insuficiência cardíaca e choque cardiogênico, além de tromboses arteriais e venosas[2].

O mecanismo pelo qual COVID-19 gera dano miocárdico ainda não é totalmente compreendido, contudo, há algumas hipóteses em discussão[2,3]. Uma das teorias coloca a tempestade de citocinas desencadeada pela resposta inflamatória sistêmica ao vírus no centro da fisiopatologia da injúria miocárdica. A inflamação é capaz de gerar hipercoagulabilidade e instabilização de placas ateroscleróticas coronarianas levando ao infarto agudo do miocárdio sem supra do segmento ST (IAMSSST) e infarto agudo do miocárdio com supra de segmento ST (IAMCSST). Além disso, a demanda aumentada por oxigênio na vigência de inflamação sistêmica pode ocasionar hipoxemia e vasoconstrição, tendo como resultado a isquemia miocárdica, mais pronunciada em pacientes que já possuem comprometimento da circulação coronariana[3-6].

Outro mecanismo possivelmente envolvido na lesão cardíaca isquêmica relacionada à COVID-19 é a formação acelerada de placas ateroscleróticas desencadeada por infecções virais sistêmicas agudas[4]. Ressalta-se que a lesão miocárdica isquêmica pode ocorrer tanto em pacientes com doença arterial coronariana (DAC) estabelecida quanto em indivíduos sem DAC[5]. A lesão direta induzida pelo vírus também pode ser deletéria aos miócitos, o que é justificado pelo fato de partículas virais do SARS-CoV-2 já terem sido encontradas em análises de tecido cardíaco[6].

O presente estudo consiste em uma revisão de literatura de caráter descritivo, transversal e quali-quantitativo, com o objetivo de avaliar o perfil epidemiológico, a presença de fatores de risco para SCA, o tipo de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) mais prevalente e as alterações laboratoriais relacionadas ao estado de hipercoagulabilidade, de pacientes que tiveram diagnóstico de COVID-19 e evoluíram para IAM.

MÉTODOS

É uma revisão da literatura, em que foram utilizados, na base de dados PUBMED, os descritores "Acute coronary syndromes" + "COVID-19" e "myocardial infarction" + "COVID-19", presentes no título ou resumo dos artigos. O recorte temporal foi de artigos publicados, em qualquer língua, desde janeiro de 2020 até 31 de dezembro de 2020. Foram selecionados somente relatos de caso ou séries de casos. Foram excluídos artigos que não reportassem exclusivamente casos de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) ou Síndrome Coronariana Aguda (SCA) decorrentes de infecção por SARS-COV-2 e artigos cujos pacientes apresentavam idade inferior a 18 anos.

A seleção foi realizada em duas etapas: a primeira compreendeu a leitura dos títulos e dos resumos. No dia 22/09/2020, com a pesquisa dos descritores "Acute coronary Syndrome" + "COVID-19", foram encontrados 282 resultados com o uso do filtro "abstract", 12 artigos foram selecionados a partir da leitura dos resumos. Em 31/12/2020 foram encontrados 183 novos (465 total) resultados com o uso do filtro "abstract" e selecionados quatro artigos a partir da leitura dos resumos. Na segunda etapa, após a leitura na íntegra foram descartados quatro artigos, devido ao IAM estar relacionado a transplante e aos dados requeridos como ECG e angiografia estarem incompletos, contabilizando 12 artigos para análise. Na pesquisa dos descritores "Myocardial infarction" + "COVID-19" no dia 22/09/2020 com uso do filtro "abstract" foram encontrados 245 resultados e 13 artigos selecionados. No dia 31/12/2020 com uso de filtro "abstract", foram encontrados 450 resultados e selecionados sete artigos. Na segunda etapa, após a leitura na íntegra dos artigos foram descartados seis artigos, sendo quatro deles por repetição e um por estar associado a defeito no septo interventricular e outro por informações requeridas incompletas, contabilizando 14 artigos dos 20 selecionados.

RESULTADOS

Na Tabela 1[7-29], são apresentados os 26 artigos que se enquadraram nos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa e foram utilizados para análise e discussão.

A leitura dos artigos na íntegra permitiu agrupar quatro categorias para análise: Prevalência; Alterações laboratoriais e IAM; Artérias coronárias mais frequentemente obstruídas e Fatores de risco.

Tabela 1. Artigos que se enquadraram nos critérios de inclusão e exclusão.

Autores	Título	Revista
Zendjebil et al.[7]	Acute multivessel coronary occlusion revealing COVID-19 in a young adult.	JACC Case Rep. 2020;2(9):1297-301. https://doi.org/10.1016/j.jaccas.2020.06.002
Tedeschi et al.[8]	Acute myocardial infarction and large coronary thrombosis in a patient with COVID-19.	Catheter Cardiovasc Interv. 2020;97(2):272-7. https://doi.org/10.1002/ccd.29179
Ong et al.[9]	COVID-19 complicated by ST-segment elevation myocardial infarction in a 29-year-old patient.	Catheter Cardiovasc Interv. 2021;97(2):267-71. https://doi.org/10.1002/ccd.29102
Kim et al.[10]	A case of COVID-19 with acute myocardial infarction and cardiogenic shock.	J Korean Med Sci. 2020;35(27):e258. https://doi.org/10.3346/jkms.2020.35.e258
Castagna et al.[11]	SARS-COV-2 infection presenting as ST-elevationmyocardial infarction.	Catheter Cardiovasc Interv. 2021;97(3):E339-E342. https://doi.org/10.1002/ccd.28974
Siddamreddy et al.[12]	Corona virus disease 2019 (COVID-19) presenting as acute ST elevation myocardial infarction.	Cureus. 2020;2019(4):e7782. https://doi.org/10.7759/cureus.7782
Mahadevaiah et al.[13]	ST elevation in a patient with COVID-19 infection-associated fever: a case of brugada pattern.	Cureus. 2020;12(6):e8722. https://doi.org/10.7759/cureus.8722
Harari R et al.[14]	COVID-19 complicated by acute myocardial infarction with extensive thrombus burden and cardiogenic shock.	Catheter Cardiovasc Interv. 2021;97(5):E661-E666. https://doi.org/10.1002/ccd.28992
Kariyanna et al.[15]	Pharmaco-invasive therapy for STEMI in a patient with COVID-19: a case report.	Am J Med Case Rep. 2020;8(7):192-6. PMID: 32432162
Rivero et al.[16]	Severe coronary spasm in a COVID-19 patient.	Catheter Cardiovasc Interv. 2021;97(5):E670-E672. https://doi.org/10.1002/ccd.29056
Guagliumi et al.[17]	Microthrombi and ST-segment-elevation myocardial infarction in COVID-19.	Circulation. 2020;142(8):804-9. https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.120.049294
Sharma e George[18]	Early left ventricular thrombus formation in a COVID-19 patient with ST-elevation myocardial infarction.	Case Reports Cardiol. 2020;2020:8882463. https://doi.org/10.1155/2020/8882463
Seif et al.[19]	Massive coronary thrombosis caused primary percutaneous coronary intervention to fail in a COVID-19 patient with ST-elevation myocardial infarction.	Catheter Cardiovasc Interv. 2021;97(5):E667-E669. https://doi.org/10.1002/ccd.29050
Setia et al.[20]	High thrombus burden despite thrombolytic therapy in ST-elevation myocardial infarction in a patient with COVID-19.	Rev Cardiovasc Med. 2020;21(2):289-95. https://doi.org/10.31083/j.rcm.2020.02.92
Yandrapalli et al.[21]	Successful coronary artery bypass operation in a SARS-COV-2 infected patient with acute coronary syndrome.	J Card Surg. 2020;35(9):2361-3. https://doi.org/10.1111/jocs.14784
Capaccione et al.[22]	Acute myocardial infarction secondary to COVID-19 infection : a case report and review of the literature.	Clin Imaging. 2021;72:178-82. https://doi.org/10.1016/j.clinimag.2020.11.030
Sheikh et al.[23]	Inferior wall myocardial infarction in severe COVID-19 infection: a case report.	Am J Case Rep. 2020;21:e926101. https://doi.org/10.12659/AJCR.926101
Fischer et al.[24]	Case report of anterior ST-elevation myocardial infarction in a patient with coronavirus disease-2019.	Eur Hear J Case Rep. 2020;4(FI1):1-5. https://doi.org/10.1093/ehjcr/ytaa131
Ali et al.[25]	ST-elevation myocardial infarction in a 27-year-old male with COVID-19.	Cureus. 2020;12(9):e10384. https://doi.org/10.7759/cureus.10384
Naderi et al.[26]	Cardiovascular patients in COVID-19 era, a case series, an experience from a tertiary cardiovascular center in Tehran, Iran.	Clin Case Rep. 2020;8(12):2436-42. https://doi.org/10.1002/ccr3.3163
Prieto-Lobato et al.[27]	A case series of stent thrombosis during the COVID-19 pandemic.	JACC Case Rep. 2020;2(9):1291-6. https://doi.org/10.1016/j.jaccas.2020.05.024
Angelillis et al.[28]	A case report of multisite arterial thrombosis in a patient with coronavirus disease 2019 (COVID-19).	Eur Hear J Case Rep. 2020;5(1):ytaa339. https://doi.org/10.1093/ehjcr/ytaa339
Guillet et al.[29]	Clinical spectrumof ischaemic arterial diseases associated with COVID-19: a series of four illustrative cases.	Eur Hear J Case Rep. 2020;5(1):ytaa488. https://doi.org/10.1093/ehjcr/ytaa488

DISCUSSÃO

Prevalência

Nos artigos analisados nesta revisão, os participantes da pesquisa são 76,92% homens e 23,07% mulheres, sendo a idade média aproximada dos pacientes de 55,5 anos, evidenciando uma maior prevalência de IAM no sexo masculino e após a quinta década de vida. Por mais que a proporção de infecção por COVID-19 não apresente diferença significativa entre os sexos, o sexo masculino está associado à maior necessidade de hospitalização, riscos mais elevados de morte por todas as causas, diagnóstico grave de COVID-19 e admissão na UTI. Algumas das suposições acerca desta realidade, incluem diferenças na resposta imunológica inata e adaptativa associada ao sexo, devido ao estrogênio e diferenças hormonais entre os sexos, número de cromossomos X presentes e a ação no TNF e níveis mais elevados de anticorpos nas mulheres[30,31].

O estrogênio estimula a resposta imune e pode suprimir a transcrição de citocinas inflamatórias e quimiocinas, fato que pode impedir a ocorrência da tempestade de citocinas e possível morte do paciente, enquanto a testosterona e a progesterona podem inibir a resposta imune e neutralizar os efeitos do estrogênio. Outro fator importante, é que a proteína ECA2 está presente em níveis mais elevados na maioria das células nos homens e seu nível de expressão pode não ser regulado pela inativação do cromossomo X em mulheres. Além disso, o gene TLR7 tem maior nível de expressão no sexo feminino devido a expressão extra do gene TLR7 do cromossomo X inativado. Estes fatores podem ser responsáveis pelo menor risco e melhor prognóstico de infecção por SARS-CoV-2 em mulheres[32].

Mudanças no sistema imunológico relacionadas à idade também são diferentes entre os sexos e há uma associação marcante entre morbimortalidade e idade avançada no COVID-19. Dos seis relatos de casos inclusos neste estudo com pacientes do sexo feminino, a idade média foi de 58,6 anos, sendo a mais nova com 40 anos e a mais velha com 83 anos. Há sugestões de que os níveis de estrogênio em declínio em mulher pós-menopáusicas pode estar associadas com aumento da produção de citocinas inflamatórias após infecção com SARS-CoV-2, sugerindo que há uma perda do efeito protetor do estradiol contra o desenvolvimento de respostas imunes hiperinflamatórias associadas à mortalidade em COVID-19[31].

Alterações laboratoriais e IAM

Dos 26 casos analisados, 18 informaram o valor da troponina, 16 informaram o valor do Dímero-D e 15 informaram o valor da Proteína C Reativa (PCR). Foram observadas alterações em 76% dos casos analisados. Sendo que, em 57% dos casos houve elevação da troponina, em 38,4% dos casos alteração do Dímero-D e em 46,15% dos casos elevação da Proteína C Reativa. Dos 13 casos que tiveram a troponina elevada, os valores variaram de 1,65 ng/ml à 74.000 ng/mL, sendo a média 10.401 ng/ml. O valor de normalidade utilizado como referência foi <0,01 ng/ml[33]. Houve 10 casos de pacientes que tiveram óbito, sete informaram valores de troponina, destes, seis apresentaram valores elevados de troponina. A troponina elevada pode ser seguramente relacionada com maior risco de doença grave e morte. Pacientes com troponina elevada também tiveram Dímero-D, PCR de alta sensibilidade e outros biomarcadores de lesão cardíaca significativamente elevados. Níveis elevados de Dímero-D também foram considerados fatores de mau prognóstico e foram associados a uma redução na chance de sobrevida em pacientes com COVID-19[4]. Dos dez casos de pacientes que tiveram óbito, cinco informaram valores de Dímero-D, destes, quatro apresentaram valores elevados de dímero D, ou seja, >0,5[34]. A elevação de PCR também foi associada com mortalidade, dos dez casos fatais, sete informaram o valor do marcador, o qual estava elevado (>6) em todos os casos[35].

Dos 26 casos analisados neste artigo, faz-se notório que 24 casos apresentaram IAMCSST, o que corresponde a 92,3% do total de casos, sendo que apenas 7,7% dos casos foram descritos como IAMSSST. Um estudo evidenciou que o IAMCSST representou a primeira manifestação clínica de COVID-19 para mais de 85% dos pacientes[36]. Um outro estudo que avaliou a presença de IAMCSST em pacientes com e sem infecção por COVID-19 durante a pandemia, evidenciou que o grupo COVID-19 apresentou níveis mais elevados de PCR, Dímero-D, pior prognóstico e mortalidade hospitalar significativamente maior, em comparação com o outro grupo. A incidência de anormalidades nos parâmetros convencionais da função de coagulação foi maior no grupo COVID-19 que experimentou IAM induzido por não aterosclerose, sugerindo que a coagulopatia é mais frequente. Além disso, foi observado que mais de 50% dos pacientes do grupo COVID-19 teve prevalência maior de oclusão de coronária aguda não aterosclerótica, corroborando para a tese de que a presença de hipercoagulabilidade é fator importante no esclarecimento da etiologia de IAM em pacientes com COVID-19[37].

Artérias coronárias mais frequentemente obstruídas

Dos 26 casos analisados, 23 realizaram angiografia coronariana. A coronária mais afetada foi a Artéria Descendente Anterior (ADA), estando obstruída em 78% dos casos; seguida da Artéria Coronária Direita (ACD), ocluída em 56% dos casos e Artéria Circunflexa (ACX), em 30% dos casos, sendo que em 47% dos casos houve oclusão em mais de uma artéria. Além disso, em 8,6% dos casos não foram observadas alterações na angiografia, indicando doença arterial coronariana não obstrutiva.

Um estudo americano revelou resultados semelhantes aos observa-

dos nesta revisão. Foram analisados 1500 pacientes sem COVID-19 que tiveram Infarto Agudo do Miocárdio e comparada a incidência de oclusão das artérias. Os resultados mostraram que 44,7% apresentaram oclusão na ACD, 35,8% na ADA e 19,5% na ACX[38]. Comparando esses resultados, é possível observar que a oclusão é mais comum na ADA e na ACD, tanto em pacientes com COVID-19, como naqueles sem a doença.

Fatores de risco

Condições como HAS e DM e história de cardiopatia isquêmica são fatores de risco conhecidos para o desenvolvimento de SCA[39,40]. Essas situações também foram descritas como preditores de evolução mais grave da infecção pelo SARS-CoV-2[2]. Estudos que avaliaram a presença de fatores de risco para SCA previamente ao surgimento da COVID-19 mostraram que 80 a 90% dos pacientes possuem pelo menos um fator de risco convencional, como HAS, dislipidemia, tabagismo, DM e história familiar positiva[39,40]. Nos artigos selecionados nesta revisão, não foram relatados fatores de risco para SCA em oito (30,8%) dos casos descritos, evidenciando uma prevalência menor de fatores de risco convencionais em pacientes que desenvolvem doença coronariana aguda na vigência de infecção pelo SARS-CoV-2. Esses dados sugerem que a própria infecção viral atue como fator de risco para a ocorrência de IAM.

Dos 26 casos revisados, dez (38,46%) tiveram a HAS como fator de risco relatado. Oito (30,76%) pacientes eram diabéticos, sete (26,92%) possuíam dislipidemia e quatro (15,38%) eram obesos. O tabagismo foi descrito em quatro (15,38%) casos e sete (26,92%) pacientes tinham histórico de doença cardiovascular prévia ao evento relatado (Tabela 2). Nenhum dos casos selecionados mencionou história familiar positiva para SCA. Dos 18 casos que tiveram algum fator de risco relatado, 50% apresentaram mais que um fator, sendo que a combinação mais comum foi HAS + DM + dislipidemia.

Tabela 2. Frequência dos fatores de risco.

Fatores de risco	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Hipertensão arterial sistêmica	10	38,4
Diabetes mellitus	8	30,7
Dislipidemia	7	26,9
Tabagismo	4	15,38
Obesidade	4	15,38
DCV prévia	7	26,9

DCV prévia: doença cardiovascular prévia

Analisando-se pacientes que infartam e não tem diagnóstico de COVID-19, a HAS aparece como fator de risco em 52,3% dos pacientes e o tabagismo em 31,3% dos indivíduos com IAM. Dislipidemia, história familiar de cardiopatia isquêmica e DM foram relatados em 28, 28 e 22,4% dos pacientes, respectivamente[40]. Nos pacientes com COVID-19 e que evoluíram com IAM, observa-se menor prevalência de HAS e tabagismo como fator de risco para o desenvolvimento de SCA em relação aos pacientes sem COVID-19, porém números mais elevados de diabéticos foram encontrados.

CONCLUSÕES

Após a revisão, é possível inferir que há uma maior prevalência de IAMCSST e que os eventos isquêmicos causados pela COVID-19 são mais comuns em pacientes do sexo masculino após a quinta década de vida. A oclusão é mais comum na ADA e na ACD e em mais de 30% dos casos observou-se oclusão em mais de uma artéria. As alterações laboratoriais dos valores de troponina, D-dímero e PCR foram relacionadas a desfechos fatais dos pacientes com IAM após infecção por COVID-19. Em relação aos fatores de risco, os dados sugerem que a própria infecção viral atue como fator de risco para ocorrência de IAM, uma vez que, há prevalência menor de fatores de risco em pacientes que tiveram episódio de IAM com COVID-19 em relação aos sem infecção por COVID-19. Por se tratar de uma doença recente e em sucessivas descobertas, os resultados obtidos neste artigo de revisão foram decorrentes de um número limitado de casos clínicos, sendo necessários estudos futuros complementares para uma análise mais ampla dos parâmetros listados.

Conflito de interesses

Os autores declaram que não há conflitos de interesse relacionados à publicação deste artigo.

Financiamento

Nenhum.

Contribuições dos autores

ECB: Escrita – primeira redação, Investigação. **ARMH:** Escrita – primeira redação, Investigação. **MLZ:** Escrita – primeira redação, Investigação. **AS:** Escrita – primeira redação, Investigação. **NMS:** Escrita – primeira redação, Investigação. **CR:** Análise formal, Escrita – revisão e edição, Metodologia. **CRVDS:** Administração do projeto, Conceituação, Escrita – revisão e edição, Supervisão.

REFERÊNCIAS

1. Wiersinga WJ, Rhodes A, Cheng AC, Peacock SJ, Prescott HC. Pathophysiology, transmission, diagnosis, and treatment of coravirus disease 2019 (COVID-19): a review. JAMA. 2020;324(8):782-93. https://doi.org/10.1001/jama.2020.12839
2. Atri D, Siddigi HK, Lang JP, Nauffal V, Morrow DA, Bohula EA. COVID-19 for the cardiologist: basic virology, epidemiology, cardiac manifestations, and potential therapeutic strategies. JACC Basic Transl Sci. 2020;5(5):518-36. https://doi.org/10.1016/j.jacbts.2020.04.002

3. Pillai P, Joseph JP, Fadzillah NHM, Mahmod M. COVID-19 and major organ thromboembolism: manifestations in neurovascular and cardiovascular systems. J Stroke Cerebrovasc Dis. 2020;30(1):105427. https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2020.105427

4. Sheth AR, Grewal US, Patel HP, Thakkar S, Garikipati S, Gaddam J, et al. Possible mechanisms responsible for acute coronary events in COVID-19. Med Hypotheses. 2020;143:110125. https://doi.org/10.1016/j.mehy.2020.110125

5. Jain U. Effect of COVID-19 on the organs. Cureus. 2020;12(8):e9540. https://doi.org/10.7759/cureus.9540

6. Kang Y, Chen T, Mui D, Ferrari V, Jagasia D, Scherrer-Crosbie M, et al. Cardiovascular manifestations and treatment considerations in COVID-19. Heart. 2020;106(15):1132-41. https://doi.org/10.1136/heartjnl-2020-317056

7. Zendjebil S, Zeitouni M, Batonga M, El Bèze N, Guedeney P, Collet JP, et al. Acute multivessel coronary occlusion revealing COVID-19 in a young adult. JACC Case Rep. 2020;2(9):1297-301. https://doi.org/10.1016/j.jaccas.2020.06.002

8. Tedeschi D, Rizzi A, Biscaglia S, Tumscitz C. Acute myocardial infarction and large coronary thrombosis in a patient with COVID-19. Catheter Cardiovasc Interv. 2020;97(2):272-7. https://doi.org/10.1002/ccd.29179

9. Ong E, Castro-Dominguez Y, Brennan J, Oen-Hsiao J. COVID-19 complicated by ST-segment elevation myocardial infarction in a 29-year-old patient. Catheter Cardiovasc Interv. 2021;97(2):267-71. https://doi.org/10.1002/ccd.29102

10. Kim HN, Lee JH, Park HS, Yang DH, Jang SY, Bae MH, et al. A case of COVID-19 with acute myocardial infarction and cardiogenic shock. J Korean Med Sci. 2020;35(27):e258. https://doi.org/10.3346/jkms.2020.35.e258

11. Castagna F, Cerrud-Rodriguez R, Villela MA, Bortnick AE. SARS-COV-2 infection presenting as ST-elevationmyocardial infarction. Catheter Cardiovasc Interv. 2021;97(3):E339-E342. https://doi.org/10.1002/ccd.28974

12. Siddamreddy S, Thotakura R, Dandu V, Kanuru S, Meegada S. Corona virus disease 2019 (COVID-19) presenting as acute ST elevation myocardial infarction. Cureus. 2020;2019(4):e7782. https://doi.org/10.7759/cureus.7782

13. Mahadevaiah G, Aleem A, Secaira A, Saba S, Shariff N. ST elevation in a patient with COVID-19 infection-associated fever: a case of brugada pattern. Cureus. 2020;12(6):e8722. https://doi.org/10.7759/cureus.8722

14. Harari R, Bangalore S, Chang E, Shah B. COVID-19 complicated by acute myocardial infarction with extensive thrombus burden and cardiogenic shock. Catheter Cardiovasc Interv. 2021;97(5):E661-E666. https://doi.org/10.1002/ccd.28992

15. Kariyanna PT, Hossain N, Jayarangaiah A, Hossain NA, Francois JC, Marmur JD, et al. Pharmaco-invasive therapy for STEMI in a patient with COVID-19: a case report. Am J Med Case Rep. 2020;8(7):192-6. PMID: 32432162

16. Rivero F, Antuña P, Cuesta J, Alfonso F. Severe coronary spasm in a COVID-19 patient. Catheter Cardiovasc Interv. 2021;97(5):E670-E672. https://doi.org/10.1002/ccd.29056

17. Guagliumi G, Sonzogni A, Pescetelli I, Pellegrini D, Finn AV. Microthrombi and ST-segment-elevation myocardial infarction in COVID-19. Circulation. 2020;142(8):804-9. https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.120.049294

18. Sharma H, George S. Early left ventricular thrombus formation in a COVID-19 patient with ST-elevation myocardial infarction. Case Reports Cardiol. 2020;2020:8882463. https://doi.org/10.1155/2020/8882463

19. Seif S, Ayuna A, Kumar A, Macdonald J. Massive coronary thrombosis caused primary percutaneous coronary intervention to fail in a COVID-19 patient with ST-elevation myocardial infarction. Catheter Cardiovasc Interv. 2021;97(5):E667-E669. https://doi.org/10.1002/ccd.29050

20. Setia G, Tyler J, Kwan A, Faguet J, Sharma S, Singh S, et al. High thrombus burden despite thrombolytic therapy in ST-elevation myocardial infarction in a patient with COVID-19. Rev Cardiovasc Med. 2020;21(2):289-95. https://doi.org/10.31083/j.rcm.2020.02.92

21. Yandrapalli S, Cooper HA, Malekan R. Successful coronary artery bypass operation in a SARS-COV-2 infected patient with acute coronary syndrome. J Card Surg. 2020;35(9):2361-3. https://doi.org/10.1111/jocs.14784

22. Capaccione KM, Leb JS, D'Souza B, Utukuri P, Salvatore MM. Acute myocardial infarction secondary to COVID-19 infection : a case report and review of the literature. Clin Imaging. 2021;72:178-82. https://doi.org/10.1016/j.clinimag.2020.11.030

23. Sheikh AB, Shekhar R, Javed N, Upadhyay S. Inferior wall myocardial infarction in severe COVID-19 infection: a case report. Am J Case Rep. 2020;21:e926101. https://doi.org/10.12659/AJCR.926101

24. Fischer Q, Darmon A, Ducrocq G, Feldman L. Case report of anterior ST-elevation myocardial infarction in a patient with coronavirus disease-2019. Eur Hear J Case Rep. 2020;4(FI1):1-5. https://doi.org/10.1093/ehjcr/ytaa131

25. Ali M, Mujahid A, Sherani K, Surani S. ST-elevation myocardial infarction in a 27-year-old male with COVID-19. Cureus. 2020;12(9):e10384. https://doi.org/10.7759/cureus.10384

26. Naderi N, Ramandi MMA, Baay M, Hosseini Z, Zanganehfar ME, Rabieie P, et al. Cardiovascular patients in COVID-19 era, a case series, an experience from a tertiary cardiovascular center in Tehran, Iran. Clin Case Rep. 2020;8(12):2436-42. https://doi.org/10.1002/ccr3.3163

27. Prieto-Lobato A, Ramos-Martínez R, Vallejo-Calcerrada N, Corbí-Pascual M, Córdoba-Soriano JG. A case series of stent thrombosis during the COVID-19 pandemic. JACC Case Rep. 2020;2(9):1291-6. https://doi.org/10.1016/j.jaccas.2020.05.024

28. Angelillis M, De Carlo M, Christou A, Marconi M, Mocellin DM, Caravelli P, et al. A case report of multisite arterial thrombosis in a patient with coronavirus disease 2019 (COVID-19). Eur Hear J Case Rep. 2020;5(1):ytaa339. https://doi.org/10.1093/ehjcr/ytaa339

29. Guillet H, Gallet R, Pham V, D'Humières, Huguet R, Lim P, et al. Clinical spectrumof ischaemic arterial diseases associated with COVID-19: a series of four illustrative cases. Eur Hear J Case Rep. 2020;5(1):ytaa488. https://doi.org/10.1093/ehjcr/ytaa488

30. Kragholm K, Andersen M, Gerds T, Butt J, Østergaard L, Polcwiartek C, et al. Association between male sex and outcomes of Coronavirus Disease 2019 (Covid-19) – a Danish nationwide, register-based study. Clin Infect Dis. 2021;73(11):e4025-e4030. https://doi.org/10.1093/cid/ciaa924

31. Peckham H, Gruijter NM, Raine C, Radziszewska A, Ciurtin C, Wedderburn LR, et al. Male sex identified by global COVID-19 meta-analysis as a risk factor for death and ITU admission. Nat Commun. 2020;11(1):6317. https://doi.org/10.1038/s41467-020-19741-6

32. Li AJ, Li X. Sex-dependent immune response and lethality of COVID-19. Stem Cell Res. 2020;50:102116. https://doi.org/10.1016/j.scr.2020.102116

33. Harari R, Bangalore S, Chang E, Shah B. COVID-19 complicated by acute myocardial infarction with extensive thrombus burden and cardiogenic shock. Catheter Cardiovasc Interv. 2021;97(5):E661-E666. https://doi.org/10.1002/ccd.28992

34. Tang N, Li D, Wang X, Sun Z. Abnormal coagulation parameters are associated with poor prognosis in patients with novel coronavirus pneumonia. J Thromb Haemost. 2020;18(4):844-7. https://doi.org/10.1111/jth.14768

35. Naderi N, Ramandi MMA, Baay M, Hosseini Z, Zanganehfar ME, Rabieie P, et al. Cardiovascular patients in COVID-19 era, a case series, an experience from a tertiary cardiovascular center in Tehran, Iran. Clin Case Rep. 2020;8(12):2436-42. https://doi.org/10.1002/ccr3.3163

36. Popovic B, Varlot J, Metzdorf PA, Jeulin H, Goehringer F, Camenzind E. Changes in characteristics and management among patients with ST-elevation myocardial infarction due to COVID-19 infection. Catheter Cardiovasc Interv. 2021;97(3):E319-E326. https://doi.org/10.1002/ccd.29114

37. Stefanini GG, Montorfano M, Trabattoni D, Andreini D, Ferrante G, Ancona M, et al. ST-elevation myocardial infarction in patients with COVID-19 clinical and angiographic outcomes. Circulation. 2020;141(25):2113-6. https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.120.047525

38. From AM, Best PJM, Lennon RJ, Rihal CS, Prasad A. Acute myocardial infarction due to left circumflex artery occlusion and significance of ST-segment elevation. Am J Cardiol. 2010;106(8):1081-5. https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2010.06.016

39. Khot UM, Khot MB, Bajzer CT, Sapp SK, Ohman EM, Brener SJ, et al. Prevalence of conevntional risk factors in patients with coronary heart disease. JAMA. 2003;290(7):898-904. https://doi.org/10.1001/jama.290.7.898

40. Canto JG, Kiefe CI, Rogers WJ, Peterson ED, Frederick PD, French WJ, et al. Number of coronary heart disease risk factors and mortality in patients with first myocardial infarction. JAMA. 2011;306(19):2120-7. https://doi.org/10.1001/jama.2011.1654

Fatores preditivos para o não uso de preservativos em profissionais do sexo

Predictive factors for non-use of condoms in sex workers

Victória Piantino[1]
Marcela Seixas Maia da Silva[1]
Maria Júlia Ferreira de Carvalho Mariano Rodrigues da Cunha[1]
Nathália Marques Vinhal de Carvalho[1]
Izabella Carneiro Cunha de Carvalho[1]

[1]Centro de Ensino Unificado de Brasília – Brasília (DF), Brasil.

https://doi.org/10.5327/2965-0682-20223106

RESUMO

OBJETIVO: *Elencar os fatores responsáveis pelo não uso de preservativos em profissionais do sexo.* **MÉTODOS:** *Foi realizado uma revisão integrativa utilizando os temas: Profissionais do Sexo, Preservativos, Doenças Sexualmente Transmissíveis, nas bases de dados: Medline, Lilacs e Scielo.* **RESULTADOS:** *Entre os fatores preditivos observados de maior incidência estão a baixa condição socioeconômica, baixo grau de escolaridade, parceiro sexual fixo, envolvimento emocional, uso de drogas lícitas e ilícitas e preferência do cliente.* **CONCLUSÃO:** *São necessárias políticas intervencionistas para melhoria da adesão ao uso de preservativos de barreira como forma de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis entre esses profissionais.*

PALAVRAS-CHAVE: *Profissionais do sexo. Preservativos. Doenças sexualmente transmissíveis.*

ABSTRACT

OBJECTIVE: *To list the factors responsible for the non-use of condoms in sex workers.* **METHODS:** *An integrative review was carried out using the themes: Sex Professionals, Condoms, Sexually Transmitted Diseases, in the databases: Medline, Lilacs and Scielo.* **RESULTS:** *Among the predictive factors observed with the highest incidence are low socioeconomic status, low level of education, steady sexual partner, emotional involvement, use of licit and illicit drugs, and cliente preference.* **CONCLUSION:** *Interventionist policies are needed to improve adherence to the use of barrier condoms as a way of preventing sexually transmitted diseases among these professionals.*

KEYWORDS: *Sex workers. Condoms. Sexually transmitted diseases.*

Data de submissão: 23/04/2021
Data de aceite: 07/05/2021

AUTORA CORRESPONDENTE
Victória Piantino
E-mail: victoria.piantino@sempreceub.com

INTRODUÇÃO

As ISTs conferem um problema de Saúde Pública devido à sua magnitude e dificuldade de acesso ao tratamento adequado. Em 2012, a incidência global foi estimada em 357,4 milhões de casos novos de IST curáveis no mundo, na faixa etária de 15 a 49 anos, a maioria deles em países em desenvolvimento, como o Brasil[1]. Nestes países, as ISTs estão entre as 10 causas mais frequentes de procura por serviços de saúde, com consequências de natureza sanitária, social e econômica. A falta de acesso a serviços de saúde efetivos e confiáveis se refletem no aumento das ISTs em muitos países e essas infecções podem representar até 17% de perdas econômicas, causadas pelo binômio saúde-doença[2].

Profissionais do sexo configuram-se como grupo de risco para essas patologias, uma vez que pos-

suem múltiplos parceiros sexuais. Entretanto, o conhecimento e diversos fatores fundamentais para o ensino em saúde sexual, como a importância do uso de camisinha, podem auxiliar na diminuição de casos de ISTs entre esses profissionais. Para isso, faz-se necessário que sejam discutidos os fatores que envolvem a escolha dos profissionais do sexo em não utilizar os métodos contraceptivos de barreira — camisinha feminina e masculina.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão sistemática integrativa, abordando fatores qualitativos e quantitativos. A pesquisa dos estudos foi realizada utilizando os termos descritivos em saúde: Profissionais do Sexo, Preservativos, Doenças Sexualmente Transmissíveis, nas bases de dados: Medline, Lilacs e Scielo. A pesquisa gerou cerca de 190 títulos, desses foram excluídos estudos com mais de 10 anos e foi feita a análise de títulos e resumos por dois pesquisadores distintos utilizando como critério de inclusão estudos relacionados à utilização ou à não utilização de preservativos entre profissionais do sexo como forma de prevenças de ISTs. Após análise de títulos e resumos foram selecionados 45 estudos para a análise de elegibilidade a partir da leitura integral dos artigos, realizada por dois pesquisadores distintos que chegaram em concordância com a seleção de 18 estudos finais para integrarem a revisão integrativa de literatura. A síntese das etapas utilizadas no estudo, bem como os resultados de cada etapa, que podem ser observados na Figura 1.

RESULTADOS

A taxa de uso de preservativo de barreira em profissionais do sexo é objeto de estudos ao redor do mundo, sendo que sua incidência é variável de acordo com as condições socioeconômicas da região analisada. O preservativo masculino se mostra ainda como o mais adotado e algumas técnicas que levam a maior autonomia da saúde dos profissionais do sexo incluem a exigência do uso de algum tipo de preservativo, adotar posições sexuais que permitam maior autonomia da profissional durante a relação, educação sexual e reconhecer que faz parte de um grupo vulnerável à ISTs.

Condições socioeconômicas

Entre os principais fatores que envolvem a não utilização de preservativo de barreira como forma de prevenção de ISTs entre os profissionais do sexo analisados, a baixa condição socioeconômica configura-se como preditivo importante, uma vez que limita o acesso à educação sexual e à serviços de saúde dos profissionais e também pois foi analisado que o valor pago à relação sexual sem a utilização de proteção como camisinhas é maior. Associa-se ainda, o receio em negar o pedido do cliente, comum em profissionais em situação de maior vulnerabilidade.

Parceiro sexual fixo ou preferência do cliente

Outra causa importante para não utilização do preservativo de barreira foi a presença de um parceiro sexual fixo. Isso ocorre, pois os profissionais utilizam a camisinha como uma forma de distinção entre as relações sexuais pessoais e profis-

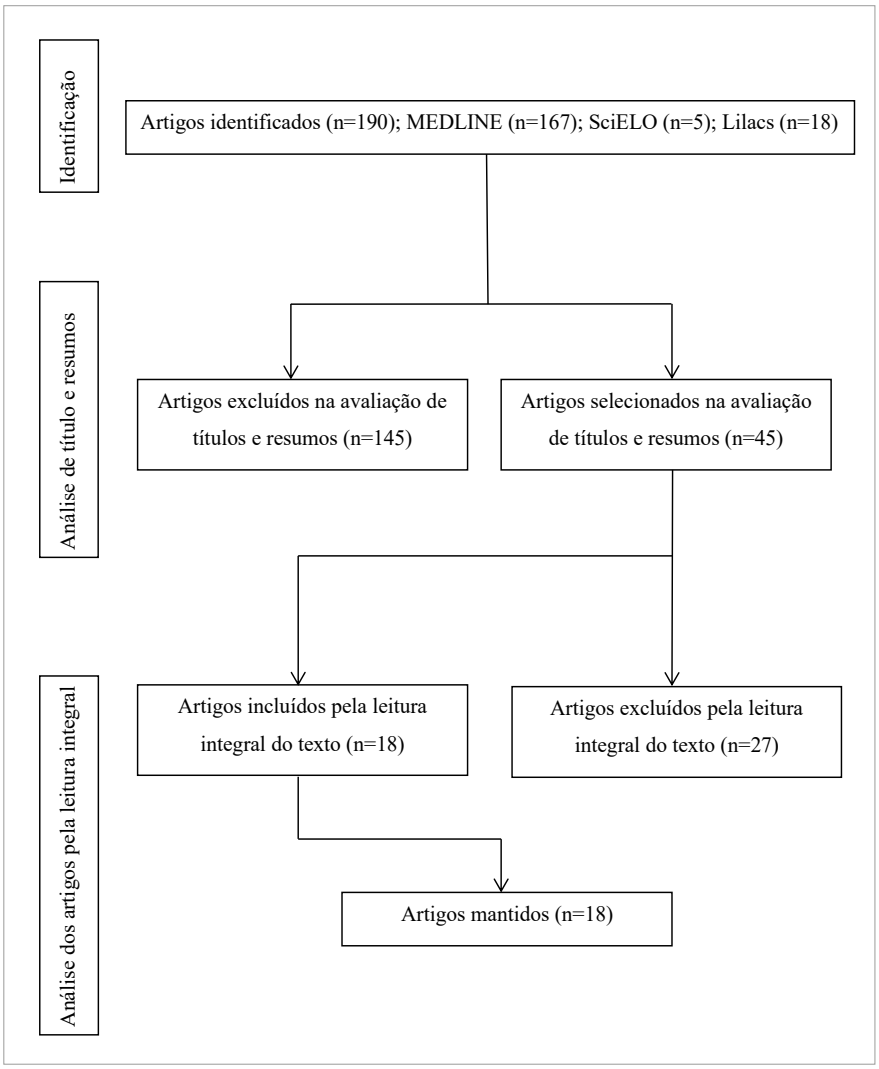

Figura 1. Sumarização das etapas de análise do artigo.

sionais. Também é observado a não utilização em clientes recorrentes, geralmente de idade mais avançada, os quais ganham confiança dos profissionais do sexo.

Demais fatores

O uso de drogas lícitas como álcool e ilícitas foi relacionado ao uso de violência para forçar a não utilização dos preservativos por preferência do cliente, assim como o envolvimento emocional do cliente na relação solicitando a não utilização do mesmo e a confiança do profissional. Além disso, importante aspecto observado tanto para utilização quanto para não utilização foi o acesso à informação em saúde e ao sistema de saúde que proporciona avaliação periódica de ISTs e fornece a camisinha.

DISCUSSÃO

Um estudo que tinha como objetivo determinar a efetividade do uso de camisinhas contra doenças sexualmente transmissíveis, analisou critérios subjetivos de cerca de 450 mulheres que atuam como profissionais do sexo. Assim, verificou-se uma sensibilidade no uso de camisinhas superior a 80% na prevenção de Gonorréia, Clamídia, Tricomoníase e Sífilis, quando utilizada de forma correta e constante. Observando a eficiência no uso de preservativos como principal equipamento de segurança na profissão sexual objetivando diminuir a incidência de ISTs[3].

Uma pesquisa epidemiológica com cerca de 109 mulheres que exercem atividade sexual como profissão foi realizada em Botucatu (SP) e revelou uma taxa superior do uso de camisinha, cerca de 61%. Contudo, revelou ainda que mais de 50% dessas mulheres possuem parceiro sexual fixo com o qual exercem atividade sexual desprotegida, afirmando esse como o principal fator preditivo para o sexo sem camisinha[4]. Assim, é possível perceber que o uso do preservativo de barreira também exerce fator social importante na vida das mulheres que trabalham com sexo uma vez que diferencia a relação afetiva da relação comercial. Outra pesquisa epidemiologica realizada no Brasil, municipio de Picos no Piaui, não demonstrou relacão entre variaveis sociodemográficas e passado na industria do sexo com o uso de preservativo masculino em parceiros masculinos ou clientes. Foi possivel, porém, observar uma relacão com os anos trabalhados como profissional do sexo, onde profissionais do sexo que estavam no cargo a mais tempo foram os que mostraram maior uso do preservativo como prevencão de ISTs[5].

Já, outro estudo realizado na Etiopia revelou que menos da metade dos profissionais do sexo entrevistados utilizavam qualquer tipo de preservativo com clientes. Fatores como educação, se identificar como população de risco para ISTs, ter conhecimento de que outras ISTs podem ser fator de risco para infecção pelo HIV e ter sido testado nos últimos 12 meses foram positivamente associados ao maior uso da camisinha[6].

Em um estudo na África do Sul, profissionais do sexo foram abordadas de forma qualitativa e individual sobre o uso de camisinha, especificadamente a feminina. Foi observado no estudo que as mulheres afirmaram que o uso da camisinha feminina, em contrapartida com a masculina, fornece mais autonomia a mulher, mesmo que esse fator muitas vezes seja negociado antes do ato sexual com o cliente. Inclui-se ainda nessa análise que apesar da sensação de autonomia, a camisinha feminina é um método pouco escolhido pelas mulheres uma vez que tem reprovação maior do parceiro por questões estéticas da vulva, exige um momento de privacidade para ser inserida e é de difícil aquisição quando comparada a camisinha masculina[7].

Além do mais, foi ponderado em uma pesquisa no Canadá com profissionais do sexo que atuam "*indoor*", que grande parte das mulheres que atuam na área sabem da importância do uso de camisinhas, tendo como sua principal fonte de informação as mídias sociais (televisão, rádio, jornais e revistas) e a consulta médica. Devido ao acesso de informação as mulheres analisadas revelaram diferentes estratégias para convencer o cliente da importância do uso do preservativo, entre elas: se recusar a trabalhar sem a mesma e adotar posições sexuais que evitem a possibilidade de retirar a camisinha. Contudo, foi relatado que profissionais imigrantes não adotam estratégias para o uso de preservativo, isso ocorre devido à necessidade financeira (não recusar clientes) e o receio de perder o emprego[8]. Outros fatores que se mostraram relacionados ao menor uso de camisinha incluem depressão, pensamentos suicidas e menor qualidade de vida, sendo esses fatores relacionados a um aumento nos comportamentos de risco para ISTs em geral[9].

Associa-se ainda, um estudo realizado na China que, por meio de aspectos epidemiológicos e subjetivos, reiterou a questão financeira como um dos fatores cruciais na negociação do não uso de camisinhas. Isso pois, grande parte dos clientes está disposto a pagar maior quantidade de dinheiro pelo sexo desprotegido e acrescenta-se também a confiança em clientes regulares[10]. Essa prática vem se mostrando mais comum entre clientes mais velhos. Um estudo chinês que comparou o uso de preservativos na prática remunerada de sexo no decorrer de quatro anos (2010–2015) mostrou um aumento na prática de sexo desprotegido, de 10% para clientes mais velhos e de 8,9% nos clientes de meia idade. Com o passar desses anos foi possível observar também um aumento na prevalência de HIV de 0,5% em clientes de meia idade em comparação a um aumento de 0,7% nos pacientes mais velhos. Quando direcionado às profissionais do sexo, foi possível observar um aumento do uso da camisinha entre esse público e diminuicão das taxas de HIV no grupo, possivelmente devido maio-

res investimentos direcionados a esse público[11].

Observa-se que na Guiana Francesa, país que abriga uma epidemia de HIV, ⅔ das profissionais do sexo são excluidas de benefícios sociais e atenção a saúde — principalmente — serem analfabetas em francês. Contraditoriamente, uma pesquisa com profissionais do sexo indicou que há uma proporção de 97% de uso de preservativos (e 45% de uso com não clientes). Isso devido a acessibilidade ao produto e pela preocupação preventiva. Ainda assim, indicou-se que os 3% contribuem largamente para a epidemia. Foi relatado que as profissionais do sexo estavam cientes dos riscos da não utilização dos preservativos e que iam solicitar testes para HIV quando não usavam. O não uso estava associado a ruptura de camisinha, ou a inabilidade ou relutância de pedir ao cliente. O não uso de camisinha pelos clientes seria explicado por restrições financeiras, drogas, álcool, violência enquanto que o não uso por parceiro é devido a fatores emocionais — do medo de perder o parceiro que, ao ser solicitado a utilizar o preservativo, utiliza-se do discurso que está sendo tratado com cliente[12].

Em um estudo realizado com 942 profissionais do sexo em Kampala evidenciou que a prevalência geral de HIV era de 33% e entre mulheres com idade igual ou maior a 25 anos a percentagem se elevava para 44%. Os indicies indicam uma epidemia grave de HIV nesta população em que um em cada três trabalhadoras do sexo em Kampala está infectada. A infecção por HIV está frequentemente associada a baixos níveis de escolaridade, ao desemprego, nunca ter feito o teste de HIV ou feridas genitais autorreferidas e teste positivo para gonorreia ou quaisquer infecções sexualmente transmissíveis (IST). Segundo a pesquisa, um em cada cinco profissional do sexo relatou ter feito sexo anal. Consta que 34% afirmam ter sido estupradas e 24% relataram ter sido espancadas por clientes no mês anterior comprovando a alta prevalência da violência de gênero. Explicitando a necessidade de se intensificar intervenções para aumentar o uso de preservativos, testes de HIV, exames de ISTs, acesso a tratamentos com anti-retroviral e profilaxia pré-exposição, associada a medidas para superar a violência de gênero[13].

Um estudo realizado em Kampala, Uganda, examina os determinantes do uso inconsistente de preservativos entre 905 mulheres classificadas em um grupo de risco que relataram relações sexuais com clientes pagantes no último mês. Entre estes, 40% dos participantes relataram o uso de preservativos de forma inconsistente com clientes pagantes no último mês. O motivo mais comum para o uso inconsistente do preservativo foi a preferência do cliente. Foram estudadas ainda a porcentagem das que se encontravam ou já se encontraram grávidas durante o período de atividade, sobre a quantidade de álcool ingerido e sobre as que começaram atividades sexuais antes dos 14 anos de idade[14].

Apesar do uso inconsistente de preservativos e uma maior taxa no índice de incidência de IST's serem relacionados a países de baixos IDH's, uma compreensão completa dos fatores ambientais e estruturais que precipitam as práticas sexuais inseguras é necessária para a pesquisa de prevenção do HIV/AIDS entre grupos populacionais de alto risco, como profissionais do sexo. Por isso, um estudo realizado num distrito de prostituiçao em Calcutá, India, examinou como a pobreza contextualiza o comportamento de saúde sexual incluindo o uso de preservativos entre profissionais do sexo femininas. Entrevistas de profundidade foram realizadas com 37 mulheres e após o levantamento da resposta individual de cada uma, o balanço geral concluído foi de que, a pobreza, em vez de servir como catalisador para as escolhas ruins de saúde entre as trabalhadoras do sexo, agia como um ímpeto para buscar práticas sexuais seguras e permanecer saudável. Os resultados indicam que trabalho sexual, pobreza e saúde nem sempre têm uma relação paradoxal[15].

Observa-se que países do oriente médio e norte africano se destacam por mostrarem um aumento crescente de casos na epidemia de AIDS. Isso está intrinsecamente relacionado a pouca atenção a programas de prevenção, estigma ao HIV e abandono do tratamento. No Irã, foi realizado um estudo onde os pesquisadores colheram dados de 21 estabelecimentos de saúde do país para afirmar a piora da epidemia e a necessidade do fortalecimento da prevenção. O estudo ressaltou que a ilegalidade do trabalho associado ao estigma social e penalidades acerca do ato sexual fora do casamento, os programas são dificultados[16].

Em um estudo transversal realizado em Isfahan, no Iran, 99 trabalhadoras do sexo foram recrutadas, entrevistadas e examinadas. Ao total, 84,9% das mulheres recrutadas relataram sintomas de ISTs, sendo que 12,1% estavam infectadas com N gonorrhoeae, Tvaginalis ou HPV. Evidenciando uma associação significativa entre infecções sexualmente transmissíveis com a duração da prostituição, constando uma prevalência de 8% do papilomavírus humano e 5,7% Neisseria gonorrhoeae em profissionais do sexo que apresentavam sintomas associados a IST[17].

A educação e informação mostra-se, entretanto, como a melhor intervenção sobre tal realidade social, uma vez que esta é permanente e auto duradoura. É o que relata um estudo feito entre mulheres trabalhadoras do sexo em Shiraz, no Irã. Foi realizado um estudo experimental antes e depois para avaliar o efeito de uma intervenção educacional sobre o conhecimento e as atitudes sobre infecções sexualmente transmissíveis, HIV e comportamentos preventivos. Entre agosto e dezembro de 2009, foi realizado um pré-pós-teste de gru-

po único. Os participantes foram 80 mulheres trabalhadoras do sexo recrutadas em três centros de apoio em Shiraz, com amostragem aleatória estratificada. O conhecimento pré-intervenção foi avaliado por entrevista com um questionário padrão. A intervenção educativa constou de palestra, educação presencial, informação impressa, filme educativo, role playing e concurso. Após dois meses, o efeito da intervenção foi avaliado (pós-teste). Após a intervenção, o escore médio de conhecimento geral sobre HIV e infecções sexualmente transmissíveis aumentou de 13,7% para 19,4%. Uma das melhorias comportamentais relatadas, foi o aumento do uso de preservativos de forma consistente. Os resultados mostram que o programa educacional teve sucesso em aumentar o conhecimento e as atitudes dos participantes em relação ao HIV e a AIDS, e em diminuir seus comportamentos de risco[18].

CONCLUSÕES

Os principais fatores que envolvem a não utilização de preservativo de barreira como forma de prevenção de ISTs entre os profissionais do sexo analisados foram a baixa condição socioeconômica, receio em negar o pedido do cliente, presença de um parceiro sexual fixo. Demais aspectos observados incluem, saúde mental do profissional, clientes regulares e de idade mais avançada, uma das partes envolvidas sob o uso de drogas ilícitas e bebidas alcóolicas. Assim, evidencia-se a necessidade de políticas intervencionistas focadas na melhoria da adesão ao uso de preservativos de barreira como forma de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis entre profissionais do sexo.

Conflito de interesses

Os autores declaram que não há conflitos de interesse relacionados à publicação deste artigo.

Financiamento

Nenhum.

Contribuições dos autores

VP: Curadoria de dados, Metodologia, Escrita – revisão e edição. **MSMS:** Conceituação, Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Metodologia. **MJFCMRC:** Escrita – primeira redação, Metodologia. **NMVC:** Metodologia, escrita – revisão e edição. **ICCC:** Escrita – primeira redação, Metodologia.

REFERÊNCIAS

1. Newman L, Rowley J, Hoorn SV, Wijesooriya NS, Unemo M, Low N, et al. Global estimates of the prevalence and incidence of four curable sexually transmitted infections in 2012 based on systematic review and global reporting. PLoS One. 2015;10(12):e0143304. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0143304
2. World Health Organization. Global strategy for intervention and control of sexually transmitted infections: 2006–2015. Geneva: World Health Organization; 2007.
3. Zhou Y, Li X, Yang H, Hong Y, Fang X, Wang B, et al. Effect of condom-use measures in predicting sexually transmitted diseases: variation by individual and contextual factors of sexual risk. Int J STD AIDS. 2012;23(9):e27-34. https://doi.org/10.1258/ijsa.2009.009071
4. Dal Pogetto MRB, Marcelino LD, Carvalhaes MABL, Rall VLM, Silva MG, Parada CMGL. Características de população de profissionais do sexo e sua associação com presença de doença sexualmente transmissível. Rev Esc Enferm USP. 2012;46(4):877-83. https://doi.org/10.1590/s0080-62342012000400014
5. Penha JC, Aquino CBQ, Neri EAR, Reis TGO, Aquino PS, Pinheiro AKB. Fatores de risco para doenças sexualmente transmissíveis em profissionais do sexo do interior piauiense. Rev Gaúcha Enferm. 2015;36(2):63-9. https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.02.52089
6. Tamene MM, Tessema GA, Beyera GK. Condom utilization and sexual behavior of female sex workers in Northwest Ethiopia: a cross-sectional study. Pan Afr Med J. 2015;21:50. https://doi.org/10.11604/pamj.2015.21.50.6009
7. Mathenjwa T, Maharaj P. 'Female condoms give women greater control': a qualitative assessment of the experiences of commercial sex workers in Swaziland. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2012;17(5):383-92. https://doi.org/10.3109/13625187.2012.694147
8. Handlovsky I, Bungay V, Kolar K. Condom use as situated in a risk context: women's experiences in the massage parlour industry in Vancouver, Canada. Cult Health Sex. 2012;14(9):1007-20. https://doi.org/10.1080/13691058.2012.712720
9. Yuen WWY, Tran L, Wong CKH, Holroyd E, Tang CSK, Wong WCW. Psychological health and HIV transmission among female sex workers: a systematic review and meta-analysis. AIDS Care. 2016;28(7):816-24. https://doi.org/10.1080/09540121.2016.1139038
10. Jie W, Xiaolan Z, Ciyong L, Moyer E, Hui W, Lingyao H, et al. A qualitative exploration of barriers to condom use among female sex workers in China. PLoS One. 2012;7(10):e46786. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0046786
11. Chen Y, Bussell SA, Shen Z, Tang Z, Lan G, Zhu Q, et al. Declining inconsistent condom use but increasing HIV and syphilis prevalence among older male clients of female sex workers: analysis from sentinel surveillance sites (2010–2015), Guangxi, China. Medicine (Baltimore). 2016;95(22):e3726. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000003726
12. Parriault MC, Basurko C, Van Melle A, Gaubert-Maréchal E, Rogier S, Couppié P, et al. Predictive factors of unprotected sex for female sex workers: first study in French Guiana, the French territory with the highest HIV prevalence. Int J STD AIDS. 2015;26(8):542-8. https://doi.org/10.1177/0956462414545794
13. Hladik W, Baughman AL, Serwadda D, Tappero JW, Kwezi R, Nakato ND, et al. Burden and characteristics of HIV infection among female sex workers in Kampala, Uganda – a respondent-driven sampling survey. BMC Public Health. 2017;17(1):565. https://doi.org/10.1186/s12889-017-4428-z
14. Bukenya J, Vandepitte J, Kwikiriza M, Weiss HA, Hayes R, Grosskurth H. Condom use among female sex workers in Uganda. AIDS Care. 2013;25(6):767-74. https://doi.org/10.1080/09540121.2012.748863
15. Dasgupta S. Poverty as a contextual factor affecting sexual health behavior among female sex workers in India. Qual Health Res. 2013;23(6):825-33. https://doi.org/10.1177/1049732313483925

16. Mirzazadeh A, Nedjat S, Navadeh S, Haghdoost A, Mansournia MA, McFarland W, et al. HIV and related risk behaviors among female sex workers in Iran: bias-adjusted estimates from the 2010 National Bio-Behavoral Survey. AIDS Behav. 2014;18 Suppl 1:S19-24. https://doi.org/10.1007/s10461-013-0548-3

17. Nasirian M, Kianersi S, Hoseini SG, Kassaian N, Yaran M, Shoaei P, et al. Prevalence of sexually transmitted infections and their risk factors among female sex workers in Isfahan, Iran: a cross-sectional study. J Int Assoc Provid AIDS Care. 2017;16(6):608-14. https://doi.org/10.1177/2325957417732836

18. Sakha MA, Kazerooni PA, Lari MA, Sayadi M, Azar FEF, Motazedian N. Effect of an educational intervention on knowledge, attitudes and preventive behaviours related to HIV and sexually transmitted infections in female sex workers in southern Iran: a quasi-experimental study. Int J STD AIDS. 2013;24(9):727-35. https://doi.org/10.1177/0956462413482424

A mudança no estilo de vida dos brasileiros frente à pandemia da COVID-19

The change in the lifestyle of Brazilians in the face of the COVID-19 pandemic

Gabriel Pereira Marques[1]
Luiz Henrique Lepesqueur Botelho Lobão[1]
Pedro Henrique Zorzetti Camara[1]
Henrique de Castro e Santos[1]
Fernanda Viel Barbosa[1]
Victor Augusto Prates do Rego[1]
Daniel Vasconcelos de Oliveira[1]
Víctor Brunno Pinheiro Sampaio[1]
Gabriel Alves Figueiredo de Sousa[1]
Otávio Bosi de Oliveira Fernandes[1]

[1]Centro Universitário do Planalto Central Apparecido dos Santos – Brasília (DF), Brasil.

https://doi.org/10.5327/2965-0682-20223107

RESUMO

OBJETIVO: *Demonstrar a mudança no estilo de vida dos brasileiros frente à pandemia da COVID-19, com a finalidade de compreender seus principais impactos na saúde da população.* **MÉTODOS:** *Foi realizada uma revisão da literatura com busca no PubMed, Medline e SciELO. Utilizaram-se os descritores "Life Style AND COVID-19", pesquisados no MeSH. Foram pesquisados artigos que configuraram estudos transversais descritivos que estavam no idioma português e que foram publicados entre 2020 e 2021.* **RESULTADOS:** *Saúde mental: Aumento dos sintomas psicopatológicos durante a pandemia, potencializados por sentimentos de ansiedade ocasionados pela mudança na rotina devido às medidas de distanciamento social. Atividade física: Diminuição da prática de atividades físicas e crescente de hábitos sedentários, como tempo em frente a televisores, celulares e monitores, tendo diversos efeitos negativos à saúde. Alimentação: Grande aumento do volume de compras em supermercados de alimentos ultraprocessados e com alta taxa energética, como pipoca, chocolate, congelados, doces, batatas fritas e sorvetes. Consumo de bebidas alcoólicas e tabagismo: Aumento do consumo de bebida alcoólica e na quantidade do consumo diário de cigarro durante esta fase, mediado pelos efeitos estressores da pandemia.* **CONCLUSÃO:** *O distanciamento social se constitui como uma medida essencial de proteção à vida, reduzindo a exposição, número de casos e consequentemente a morbimortalidade. Entretanto, essa medida pode resultar em consequências negativas no campo psicossocial e no estilo de vida populacional.*

PALAVRAS-CHAVE: *COVID-19. Estilo de vida. Quarentena.*

ABSTRACT

OBJECTIVE: *The aim of this study was to demonstrate the change in the lifestyle of Brazilians in the face of the COVID-19 pandemic, in order to understand its main impacts on the health of the population.* **METHODS:** *A literature review was carried out by searching PubMed, Medline, and SciELO. The descriptors "Life Style AND COVID-19", used in the MeSH, were applied. We searched for articles that configured descriptive cross-sectional studies that were in the Portuguese language and that were published between 2020 and 2021.* **RESULTS:** *Mental health: Increased psychopathological symp-*

Data de submissão: 12/05/2021
Data de aceite: 13/03/2022

AUTOR CORRESPONDENTE:
Gabriel Pereira Marques
E-mail: gabrielpereiramarques@gmail.com

toms during the pandemic, enhanced by feelings of anxiety caused by the change in routine due to social distance measures. Physical activity: Decreased physical activity and increased sedentary habits, such as spending time in front of televisions, cell phones, and monitors, with several negative health effects. FOOD: Increased quantity of purchases in supermarkets for ultra-processed foods with a high energy rate, such as popcorn, chocolate, frozen foods, sweets, chips, and ice cream. Consumption of alcoholic beverages and smoking: Increased consumption of alcoholic beverages and smoking of cigarettes during this phase, mediated by the stressful effects of the pandemic. **CONCLUSION:** *Social distance is an essential measure for life protection, reducing exposure, number of cases and, consequently, morbidity and mortality. However, this measure can result in negative consequences in the psychosocial field and in the population's lifestyle.*

KEYWORDS: *COVID-19. Life style. Quarantine.*

INTRODUÇÃO

A doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19), causada pelo vírus SARS-CoV-2, relatada ao final de 2019, em Wuhan, na China, foi determinada, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como emergência de saúde pública, declarando-a como pandêmica no dia 11 de março de 2020. No Brasil, o primeiro caso foi confirmado no dia 26 de fevereiro, no Estado de São Paulo[1]. Até o dia 17 de março de 2021, 11.693.838 foram casos confirmados e 284.775 óbitos atestados, o qual revela uma letalidade no país de 2,4%[2].

Nesse sentido, na conjuntura da ausência de medidas preventivas ou terapêuticas específicas para a COVID-19, e uma alta taxa de transmissão e contaminação comunitária, o distanciamento social, adotado pelos estados e municípios, como fechamento de escolas e comércios não essenciais, restrição na circulação de ônibus, incentivo ao trabalho em casa, foi tomado como estratégia para conter o aumento exponencial de casos e a superlotação nos serviços de saúde[1]. Contudo, a OMS orientou a prática de medidas não-farmacológicas, as quais incluem condutas individualizadas (lavagem das mãos corretamente, restrição social e utilização de máscaras), ambiental (limpeza e esterilização cotidiana dos locais e superfícies) e comunitário (restringir ou proibir as funções de escolas e universidades, locais onde coexistem comunidades, transporte público e outros espaços onde as pessoas podem se reunir). Dentre as citadas anteriormente, destaca-se a restrição social[1,3].

O distanciamento social é a medida mais eficaz para prevenção de COVID-19, porém, tem potenciais repercussões negativas no âmbito clínico e comportamental, que podem levar a doenças mentais e mudanças no estilo de vida. Dessa forma, observa-se uma redução da prática de atividade física de intensidade moderada a vigorosa e um aumento do comportamento sedentário, visto que as pessoas estão sendo mantidas em casa em longos períodos de restrição de movimento e aumentando o tempo em frente a TV, celulares e computadores; o aumento do estresse e do consumo de bebidas alcoólicas, tabaco e de alimentos não saudáveis, resultados de instabilidades psicológicas, sentimentos de insegurança, confinamento, tédio e incerteza sobre o futuro, são consequências severas desta medida. Por conseguinte, tais efeitos poderão ser observados a curto, médio e longo prazo na saúde individual e coletiva da população[1,4].

Dessa forma, este presente artigo objetiva demonstrar as principais mudanças no estilo de vida dos brasileiros frente a pandemia da COVID-19, com a finalidade de demonstrar as implicações que o isolamento repercutiu nos riscos à saúde. Não existe conflito de interesses neste trabalho.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de caráter exploratório, baseado no método de revisão de literatura com exposição de evidências. Foi realizada uma revisão da literatura com busca ativa no PubMed, Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online, Medline) e Biblioteca Eletrônica e Científica Online (Scientific Electronic Library Online, SciELO). Utilizaram-se os descritores combinados com o operador booleano AND: "Life Style AND COVID-19", pesquisados no Medical Subject Headings (MeSH). Foram pesquisados artigos que configuraram estudos transversais descritivos, no idioma português e que foram publicados entre 2020 e 2021. Todos os artigos tiveram seus resumos lidos e foram selecionados, usando como critérios de inclusão, os que abordavam as mudanças no estilo de vida dos brasileiros, contemplando a saúde mental individual e coletiva, atividade física, alimentação, tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas. Foram selecionados apenas estudos de maiores relevâncias. Foram excluídos artigos duplicados ou não disponíveis para acesso e os que não contemplavam a temática proposta neste trabalho.

RESULTADOS

A pesquisa nas bases de dados foi concluída no dia 15 de março de 2021 e resultou em dezenove artigos. Após a leitura criteriosa dos resumos e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, restringiu-se para um total de sete estudos. Ademais, as obras excluídas não

atendiam adequadamente à temática proposta para o presente trabalho. Além disso, foi realizada uma busca no sítio do Ministério da Saúde no dia 17 de março de 2021 com objetivo de analisar o número de óbitos atestados, casos confirmados e grau de letalidade da COVID-2019.

DISCUSSÃO

Saúde mental

A pandemia da COVID-19 acarretou severos impactos biopsicossociais à saúde individual e coletiva. O manejo da saúde mental envolve, sobretudo, uma avaliação em diversos cenários, isso exige reconhecer que pessoas frente à pandemia também estão vulneráveis a algum tipo de sofrimento mental. Desta forma, o aumento dos sintomas psicopatológicos durante a pandemia são potencializados por sentimentos de ansiedade ocasionados pela mudança na rotina devido às medidas de distanciamento social, consequências econômicas, experiências traumáticas associadas ao contágio ou perda de pessoas próximas na pandemia, e, por fim, a inexistência de um tratamento efetivo. Portanto, essas situações podem despertar severas sequelas comportamentais e emocionais, como angústia, depressão, medo, tédio, solidão, insônia, ansiedade ou raiva, em decorrência da forma rápida e silenciosa de contaminação, da alta taxa de transmissão viral, da morbimortalidade da COVID-19 e das diversas fake news que se tornam verdades temporárias e criam expectativas fantasiosas. Além disso, indivíduos que apresentam sinais e sintomas de uma gripe comum tendem a vivenciar todo o universo de medo e incertezas que a COVID-19 traz consigo, possuindo grande potencial para criar danos à saúde mental, agravando os sintomas psiquiátricos preexistentes, o que implica numa condição preocupante à saúde pública[4].

Atividade física

A atividade física, segundo a Organização Mundial de Saúde, compreende qualquer movimento corporal resultante de contrações musculares associado a um gasto energético acima do nível de repouso. Além disso, a inatividade física (não cumprimento das recomendações da OMS) é considerada um dos principais fatores de risco para a mortalidade em todo o mundo. No contexto apresentado, o isolamento social imposto pela pandemia da COVID-19 levou a uma diminuição do nível de atividade física e ao aumento do comportamento sedentário em adultos brasileiros[5]. A nova pandemia do coronavírus fez com que vários prefeitos e governadores do Brasil emitissem documentos anunciando o fechamento de diversos espaços destinados à prática de esportes. Além disso, para prevenir a propagação da doença, o Ministério da Saúde orienta a prática do isolamento social e recomenda que as pessoas permaneçam em casa, restringindo diversas atividades. Dessa forma, todas essas medidas dificultam a prática de exercícios físicos pela população brasileira, contribuindo enormemente para a falta de atividades e aumento da obesidade[6].

A diminuição da prática de atividades físicas e o aumento do sedentarismo são prejudiciais à saúde e reduzem a qualidade de vida. É notável uma crescente de hábitos sedentários, como tempo em frente a televisores, celulares e monitores, tendo diversos efeitos negativos à saúde, como a função e a estrutura cardiovascular, bem como na saúde mental e mortes prematuras durante a quarentena[4]. Dessa forma, sabe-se que a prática regular de exercícios pela população pode ajudar no combate a obesidade e por consequência a redução de riscos cardiovasculares, além de influenciar na saúde mental. Além do mais, o aumento dos níveis de atividade física ajuda diretamente na melhoria da capacidade imunológica, que em conjunto com fatores citados anteriormente, faz com que sejam medidas protetivas para a atual pandemia da COVID-19[6]. Desse modo, é necessário adotar medidas que orientem a população a aderir novos métodos para manter os exercícios físicos regulares como hábito de vida durante quarentena fazendo-se necessário a implementação de medidas de promoção à prática de atividade física mais intensa por parte dos governantes, já que as existentes atuais, não estão sendo satisfatórias nesse quesito[4,6].

Os efeitos adversos das variáveis inatividade física e comportamento sedentário são abundantes e estão completamente relacionados a sarcopenia, maior frequência de quedas entre pessoas idosas, hipertensão arterial, resistência à insulina e diabetes mellitus tipo 2, sobrepeso, câncer e maior taxa de mortalidade. Dessa forma, o declínio do bem-estar e da qualidade de vida devido à falta de atividade física e ao comportamento sedentário destaca a importância fundamental do exercício para todas as vidas pessoais. Um aumento da atividade, como o aumento do número de passos, levará a uma melhora significativa na saúde e será inversamente proporcional ao desenvolvimento de doenças crônicas. Além disso, é válido apontar que o avanço dos exercícios físicos são essenciais para a conservação da massa muscular e da função neuromuscular, a aptidão cardiorrespiratória e o metabolismo da glicose, especialmente em períodos delicados e inesperados como a pandemia da COVID-19, proporcionando grandes limitações dos movimentos diários[5].

Esses achados indicam a necessidade de implementar medidas preventivas de saúde pública para estimular a prática de exercícios físicos em casa durante a pandemia. Essas medidas são particularmente necessárias porque ainda não se sabe quando essas difíceis condições irão desaparecer[5].

Alimentação

Sabe-se que o distanciamento social é a medida mais ampla das autoridades, e também a medida mais eficaz para prevenir a propagação da doença e reduzir os casos de COVID-19. No entanto, essa abordagem tem um impacto direto nas mudanças de comportamento e no estilo de vida da população. Mudanças no estilo de vida e hábitos pouco saudáveis que ocorrem durante o distanciamento social podem causar danos à saúde pessoal[7]. A distância social também afeta os hábitos alimentares. Ficar em quarentena pode levar ao tédio, que está relacionado ao aumento do consumo de alimentos.

O grande acesso às informações relacionadas ao COVID-19 pode ser estressante para os indivíduos e também pode levar ao consumo excessivo de alimentos ricos em açúcar (chamados de "comida afetiva"), pois estimulam a produção de serotonina, que tem um efeito positivo no humor[4]. Dessa forma, durante a pandemia, observou-se um grande aumento do volume de compras em supermercados de alimentos ultraprocessados e com alta taxa energética, como pipoca, chocolate, congelados, doces, batatas fritas e sorvetes. Pois são alimentos mais fáceis de serem conservados, tornando-se mais acessíveis e de fácil preparo[4]. Entretanto, são alimentos ricos em açúcar, gordura e calorias. Além disso, contêm conservantes e sal, que podem causar danos à saúde, como obesidade, hipertensão e doenças cardiovasculares; as restrições sociais podem afetar a ingestão e o consumo de energia e afetar o balanço energético e levar ao ganho de peso, piorando os fatores de risco comportamentais, durante a pandemia da COVID-19[3].

A quarentena provocou uma grande redução da prática de atividade física e aumento do comportamento sedentário, tornando um grande desafio durante o período de distanciamento social. Perante a esta situação, durante o período de restrições sociais, principalmente nas populações mais afetadas, medidas devem ser tomadas para orientar a população na adoção de estratégias para a manutenção de hábitos positivos, levando em consideração que a pandemia não apresenta data para acabar[3]. Tais estratégias devem levar em consideração que a obesidade apresenta maior patogenicidade viral, pois o aumento da adiposidade pode prejudicar o microambiente pulmonar com o tráfego de citocinas inflamatórias, podendo contribuir para um ciclo de inflamação local e lesão secundária. Portanto, essas medidas têm muita importância para proporcionar mudanças no estilo de vida (alimentação saudável e atividade física) como forma de reduzir o impacto da pandemia nesta população específica[6].

Consumo de bebidas alcoólicas e tabagismo

A pandemia da COVID-19 restringiu o funcionamento de bares, restaurantes, casas noturnas, entre outros. É de conhecimento geral que nestes estabelecimentos, o consumo de álcool, que era realizado em espaços públicos, passou ao privado, tendo o domicílio como o principal local de escolha para essa prática[8]. Aponta-se que houve o aumento do consumo de bebida alcoólica durante esta fase, mediado pelos efeitos estressores da pandemia, como tristeza, menor bem-estar mental, ansiedade, medos relativos ao futuro, insegurança no emprego e risco de morte. Concomitante a isso, o álcool (substância psicoativa, reforçadora, cancerígena, imunossupressora, tóxica para células e tecidos e teratogênica) é uma substância depressora do sistema nervoso central, e seu consumo é fortemente associado a outros transtornos mentais. Durante o isolamento, essa associação é potencializada e pode desencadear ou exacerbar episódios depressivos, como também aumentar o risco de suicídio. Em resposta à pandemia da COVID-19, o aumento no consumo de álcool foi indicado como consecutivo à restrição e bloqueio total decretado pelas autoridades. O bloqueio social é visto como um fator de risco para o aumento do consumo de álcool. Trabalhos mostram que adultos de 30 a 39 anos, seguidos daqueles de 18 a 29, foram os que mais relataram aumento no consumo de álcool[3].

No quesito do aumento na quantidade do consumo diário de cigarro, faz-se necessário destacar que o seu uso está atrelado com a maior incidência de estressores ambientais, como desastres naturais e emergências de saúde. Há também as pessoas que recorrem ao seu uso mediado por sintomas de depressão ou por estresse pós-traumático. Concomitante a isso, aponta-se que o consumo do tabaco apresenta forte relação com a piora no desenvolvimento da enfermidade causada pelo SARS-CoV-2, como importante causador de doenças cardiovasculares ou doenças respiratórias, além de apresentarem pior evolução da doença. Portanto, é necessário que se tenha um cuidado especial a esse grupo, minimizando ao máximo a evolução para a forma grave da doença[3].

CONCLUSÕES

O distanciamento social se constitui como uma medida essencial de proteção à vida, reduzindo a exposição, número de casos e consequentemente a morbimortalidade. Entretanto, essa medida pode resultar em consequências negativas no campo psicossocial e no estilo de vida populacional. Portanto, evidenciou-se alta frequência de angústia, depressão, medo, tédio, solidão, insônia, ansiedade, raiva e tristeza durante o isolamento, além de apresentar aumento do uso de bebida alcoólica e cigarros, redução da prática de atividade física e aumento do consumo de alimentos não saudáveis, como congelados e ultraprocessados. Dessa forma, essas evidências são preocupantes e podem resultar em danos à saúde, como alterações no peso corporal, aumento de DCNT e implicações psicológicas. Sendo assim, faz-se imprescindível a manu-

tenção e/ou o aumento da rotina de atividade física na pandemia atual, desde que todos os protocolos de medidas de segurança sejam respeitados e seguidos. Vale ressaltar que a prática regular de atividade física, pode ajudar no combate a obesidade e a outras enfermidades cardiometabólicas, além de estar diretamente associado às questões de saúde mental. Com efeito, ações dos profissionais de saúde na atenção primária, são imprescindíveis no acompanhamento aos usuários, enfatizando a importância dos comportamentos saudáveis e a necessidade da horizontalidade dos cuidados.

Conflito de interesses
Os autores declaram que não há conflitos de interesse relacionados à publicação deste artigo.

Financiamento
Nenhum.

Contribuições dos autores
GPM: Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Metodologia, Validação. **LHLBL:** Análise formal, Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Investigação. **PHZC:** Administração do projeto, Conceituação, Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Metodologia. **HCS:** Escrita – primeira redação, Investigação, Recursos, Supervisão, Visualização. **FVB:** Administração do projeto, Curadoria de dados, Escrita – revisão e edição, Investigação, Metodologia. **VAPR:** Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Metodologia. **DVO:** Conceituação, Investigação, Metodologia. **VBPS:** Conceituação, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Investigação. **GAFS:** Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Metodologia. **OBOF:** Curadoria de dados, Escrita – revisão e edição, Metodologia.

REFERÊNCIAS
1. Sá CSC, Pombo A, Luz C, Rodrigues LP, Cordovil R. Distanciamento social covid-19 no Brasil: efeitos sobre a rotina de atividade física de famílias com crianças. Rev Paul Pediatr. 2021;39:e2020159. http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/2021/39/2020159
2. Boletim Epidemiológico de Uberlândia. COVID-19. Brasil. Mapa de casos: painel Conass [cited on 2022 Ago 31]. Available from: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-ufu/comunicacao/noticias/boletim-epidemiologico-de-uberlandia-beudi/beudi-17-03-2021.pdf/@@download/file/BEUDI-17-03-2021.pdf
3. Malta DC, Szwarcwald CL, Barros MBA, Gomes CS, Machado IE, Souza Júnior PRB, et al. A pandemia da COVID-19 e as mudanças no estilo de vida dos brasileiros adultos: um estudo transversal, 2020. Epidemiol Serv Saúde. 2020;29(4):e2020407. https://doi.org/10.1590/S1679-49742020000400026
4. Malta DC, Gomes CS, Szwarcwald CL, Barros MBA, Silva AG, Prates EJS, et al. Distanciamento social, sentimento de tristeza e estilos de vida da população brasileira durante a pandemia de Covid-19. Saúde Debate. 2020;44(spe 4):177-90. https://doi.org/10.1590/0103-11042020E411
5. Botero JP, Farah BQ, Correia MA, Lofrano-Prado MC, Cucato GG, Shumate G, et al. Impacto da permanência em casa e do isolamento social, em função da COVID-19, sobre o nível de atividade física e o comportamento sedentário em adultos brasileiros. Einstein (São Paulo). 2021;19:eAE6156. http://dx.doi.org/10.31744/einstein_journal/2021AE6156
6. Pitanga FJG, Beck CC, Pitanga CPS. Inatividade física, obesidade e COVID-19: perspectivas entre múltiplas pandemias. Rev Bras Ativ Fís Saúde. 2020;25:1-4. https://doi.org/10.12820/rbafs.25e0114
7. Malta DC, Gomes CS, Barros MBA, Lima MG, Silva AG, Cardoso LSM, et al. A pandemia de COVID-19 e mudanças nos estilos de vida dos adolescentes brasileiros. Rev Bras Epidemiol. 2021;24:E210012. https://doi.org/10.1590/1980-549720210012
8. Garcia LP, Sanchez ZM. Consumo de álcool durante a pandemia da COVID-19: uma reflexão necessária para o enfrentamento da situação. Cad Saúde Pública. 2020;36(10):e00124520. https://doi.org/10.1590/0102-311X00124520

Impacto da pandemia da COVID-19 nas demandas relacionadas a doenças não transmissíveis nos serviços de urgência e emergência

Impact of COVID-19 pandemic on demands related to noncommunicable diseases in urgency and emergency services: a systematic review

Giulia Trucolo de Brito[1]
Adriana Kanarik Psanquevich[1]
Nicole Marques Justino[1]
Bruna Martins dos Santos Moura[1]
Nathália Rodrigues Antonelli[1]
Carmen Jansen de Oliveira Figueiredo[1]
Giovana Vianna Serra[1]
Marília Jesus Batista[1]

[1]Faculdade de Medicina de Jundiaí, Disciplina de Internato de Saúde Coletiva – Jundiaí (SP), Brasil.

https://doi.org/10.5327/2965-0682-20223108

RESUMO

OBJETIVO: *A intenção do estudo foi avaliar o impacto da pandemia da COVID-19 nas demandas relacionadas à doenças crônicas não transmissíveis nos serviços de urgência e emergência.* **MÉTODOS:** *Foi executada uma revisão sistemática da literatura em fevereiro de 2021. A busca foi realizada em bases eletrônicas em quatro bases de dados: PubMed/LILACS/CAPES/Bireme. Foram incluídos artigos referentes ao tema de 2019 a 2021.* **RESULTADOS:** *Para o estudo, foram selecionados sete estudos. Em cinco artigos, foi verificado uma redução nas admissões no departamento de urgência e emergência em hospitais durante a pandemia do COVID-19 comparado a períodos anteriores à pandemia, principalmente por causas cardio e cerebrovasculares.* **CONCLUSÃO:** *A correlação entre as admissões nos serviços de urgência e emergência e a pandemia da COVID-19 em comparação com períodos pré-pandêmicos demonstra uma necessidade de se atentar aos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis.*

PALAVRAS-CHAVE: *Serviços médicos de emergência. Serviço hospitalar de emergência. Atendimento de urgência. Doenças não transmissíveis. Doença crônica. Pandemias.*

ABSTRACT

OBJECTIVE: *The aim of this study was to evaluate the impact of the COVID-19 pandemic on the demands related to non-communicable chronic diseases in emergency services.* **METHODS:** *A systematic review of the literature was carried out in February 2021. The search in electronic databases was performed in four databases, namely, PubMed, LILACS, CAPES, and Bireme. Articles related to the theme from 2019 to 2021 were included.* **RESULTS:** *A total of seven studies were selected for this study. Five articles confirmed a reduction in admissions in the emergency department in hospitals*

Data de submissão: 18/05/2021
Data de aceite: 27/07/2022

AUTOR CORRESPONDENTE:
Marilia Jesus Batista
E-mail: mariliajbatista@yahoo.com.br; mariliamota@g.fmj.br

during the COVID-19 pandemic in comparison with earlier times, mainly due to cardiovascular and cerebrovascular causes. **CONCLUSION:** *The correlation between admissions to emergency services and the COVID-19 pandemic compared to pre-pandemic periods demonstrates a necessity to observe the patients with non-communicable diseases.*

KEYWORDS: *Emergency medical services. Emergency service, hospital. Urgent care. Noncommunicable diseases. Chronic disease. Pandemics.*

INTRODUÇÃO

Em janeiro de 2020, pesquisadores chineses identificaram o agente responsável por um novo surto de pneumonia iniciado no mês anterior em Wuhan, na província de Hubei, localizada na China: o Sars-CoV-2. Até então, a doença havia levado a óbito cerca de 259 pessoas. Apenas dois meses depois da descoberta, a Organização Mundial da Saúde (OMS) já havia decretado a pandemia[1] que seria responsável pela morte de mais de 2 milhões de pessoas ao redor do mundo, confirmando sua alta taxa de transmissibilidade, essa estimada em 2,2 (IC95% 1,4–3,9) em estudo realizado com a população de Wuhan no início da pandemia[2].

Uma vez entendida sua forma de transmissão e disseminação, recomendações para a sua detecção precoce, isolamento, tratamento imediato e implementação de um sistema de rastreamento de contactantes foram prontamente divulgadas pelo comitê de emergência da OMS. Entretanto, em meio a posições negacionistas e anti-ciência de líderes políticos, o que se viu foi um aumento alarmante no número de casos nesses países e uma relativa diminuição da incidência diária de COVID-19 naqueles que implementaram formas de contenção mais rígidas. Em estudo ecológico descritivo realizado por pesquisadores brasileiros, foi possível concluir que os países que implementaram *lockdown* tiveram diminuição da incidência diária de COVID-19 (casos por milhão de habitantes) no período de três semanas, a contar do início da medida: África do Sul (3,7 a 1,7), Alemanha (37,5 a 33,7), Espanha (176,3 a 82,0), Itália (92,0 a 52,1) e Nova Zelândia (7,5 a 1,7). Já o Brasil e os Estados Unidos, que não implementaram *lockdown*, não apresentaram uma diminuição considerável do número de casos confirmados, e estão entre os três países com maior número de casos, e os dois com maior número de óbitos[3]. Além do lockdown, que restringiu o funcionamento de ambientes públicos não essenciais, de restaurantes, festas e eventos; outras medidas adotadas pelos Estados foram o cancelamento de feriados e pontos facultativos, criação dos Centros de Atendimento para Enfrentamento à COVID-19, orientações sobre higienização adequada das mãos com água e sabão ou álcool em gel 70%, utilização de máscaras em todos os ambientes protegendo nariz e boca, manutenção de distância mínima de um metro entre pessoas e evitar contato físico, higienizar com frequência o celular e objetos que são utilizados com frequência, não compartilhar objetos de uso pessoal, manter os ambientes limpos e bem ventilados; entre outras medidas[4,5].

Para mensurar a resposta de diferentes governos ao Sars-CoV-2, cientistas criaram o Covid-Score, baseado em 19 afirmações (10 afirmações na versão simplificada), nas quais se deve atribuir uma nota de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente)[6]. Com isso, é possível concluir que houve um fracasso coletivo na contenção da disseminação do vírus em proporção global, o que também reflete no prolongamento da pandemia. Este período estendido pode trazer sérias complicações à sociedade como impacto na saúde mental e com o direcionamento dos serviços de saúde, saturados para atender os casos de COVID-19.

Quanto ao acesso à saúde, embora tenha ocorrido um aumento de admissões e internações relacionadas às queixas respiratórias, os pacientes com doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) tiveram o acesso limitado, devido a redução dos serviços operantes e/ou da capacidade de atendimento dos serviços durante bloqueio, por orientação médica para reduzir busca pelos serviços, e pelo próprio receio do contágio por parte da população e dos grupos de risco. Estudos observaram uma redução do número de admissões por emergências, de hospitalizações por causas não relacionadas ao SARS-COV-2, e de cirurgias (eletivas e/ou de emergência) durante a pandemia[7-9].

Diante do exposto, observa-se que os resultados dessa pesquisa serão importantes para identificar a repercussão da pandemia da COVID-19 sobre as demandas por doenças crônicas não transmissíveis nos serviços hospitalares de urgência e emergência. Com isso, busca-se debater sobre a necessidade de acompanhamento e atenção aos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis. Dessa maneira, o objetivo do presente estudo foi avaliar o impacto da pandemia nas demandas relacionadas a doenças crônicas não transmissíveis nos serviços de urgência e emergência.

MÉTODOS

Critérios de elegibilidade

A estratégia PICO (Patients, Intervention, Comparison, Result) foi utilizada para estabelecer a pergunta do problema: qual o impacto da pandemia do COVID-19 nas demandas relacionadas a doenças não transmissíveis dentro dos serviços de urgência e emergência?

Critérios de inclusão

Foram incluídos os artigos referentes ao tema de 2019–2021.

Critérios de exclusão

Foram excluídos editoriais, cartas e trabalhos publicados fora do intervalo de 2019–2021.

Estratégia de busca

Em Fevereiro de 2021, buscas eletrônicas sistemáticas foram conduzidas por sete autores, organizados em duplas para conferências dos artigos em quatro bases de dados: PubMed/LILACS/CAPES/Bireme.

As palavras-chaves utilizadas no estudo foram: emergency service, hospital; emergency medical services; urgent care; noncommunicable diseases; pandemics. A estratégia de busca com os termos utilizados encontra-se no Quadro 1.

RESULTADOS

Pesquisa e seleção dos artigos

Nas buscas eletrônicas sistemáticas foram encontrados 32 artigos, depois de excluir os artigos em duplicidade (n=5), 27 artigos foram avaliados. Após a leitura dos títulos e dos resumos, 20 artigos foram excluídos por não serem aplicáveis à pesquisa, isto é, por se distanciarem do tema proposto.

A Figura 1 descreve o processo de busca.

Características dos estudos

A Tabela 1 apresenta os aspectos metodológicos e resultados mais importantes dos artigos selecionados, dos sete artigos escolhidos todos foram publicados no ano de 2020. Os países de realização foram: China (n=1), Itália (n=1), Turquia (n=1), Argentina (n=1), Grécia (n=1), Índia (n=1) e Estados Unidos (n=1). Quanto ao tipo de estudo: estudo coorte (n=1), estudo transversal (n=5) e estudo longitudinal (n=1).

Síntese dos resultados

De acordo com os estudos transversais de Ojetti et al.[10], Kurt e Gunes[11], Kastritis et al.[12], Bozovich et al.[7] e Prasad et al.[8], houve uma redução

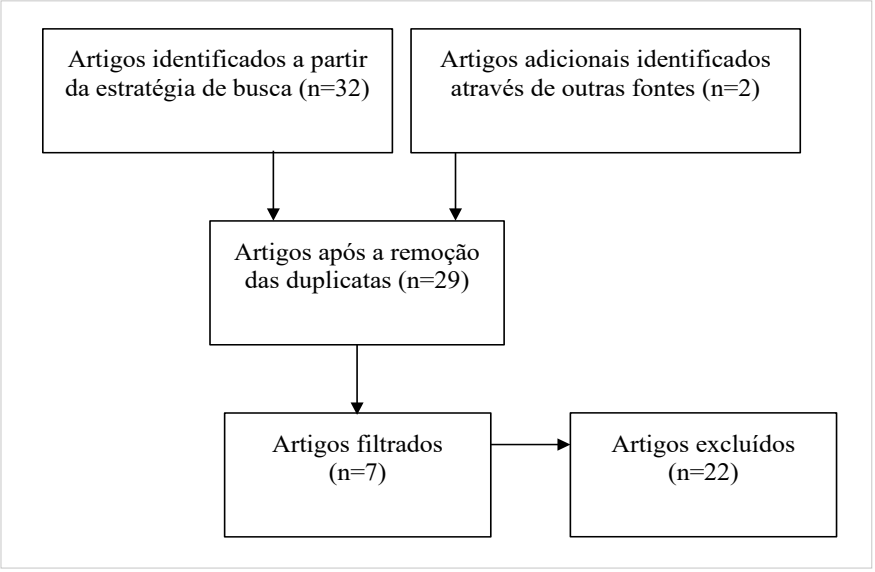

Figura 1. Fluxograma da seleção dos artigos.

Quadro1. Estratégias de busca usadas em Fevereiro de 2021.

PubMed	
((Emergency Service, Hospital) OR (emergency medical services)) AND (noncommunicable diseases)) AND (pandemics) ((Serviço Hospitalar de Emergência) OR (Serviços Médicos de Emergência)) AND (Doenças não Transmissíveis)) AND (Pandemias)	((urgent care) AND (noncommunicable diseases)) AND (pandemics) ((Atendimento de Urgência) AND (Doenças não Transmissíveis)) AND (Pandemias)
LILACS	
noncommunicable diseases [Palavras] and pandemics [Palavras] Doenças não Transmissíveis [Palavras] and pandemias [Palavras]	chronic disease [Palavras] and pandemics [Palavras] Doença Crônica [Palavras] and Pandemias [Palavras]
CAPES	
noncommunicable diseases AND pandemics AND emergency medical services: 2019-2021 (Doenças não Transmissíveis) AND (Pandemias): 2019-2021	
Bireme	
(emergency medical services) AND (noncommunicable diseases) AND (pandemics) (Serviços Médicos de Emergência) AND (Doenças não Transmissíveis) AND (Pandemias)	(urgent care) AND (noncommunicable diseases) AND (pandemics) (Atendimento de Urgência) AND (Doenças não Transmissíveis) AND (Pandemias)

Tabela 1. Aspectos metodológicos e síntese dos resultados dos estudos selecionados.

Autor (ano)	País	Tipo de estudo	Tamanho da amostra	Amostra do estudo	Faixa etária	Principais condições relatadas	Resultados
Chan et al.[13] (2020)	China	Coorte	141	Adultos, residentes de Hong Kong e portadores de pelo menos uma doença crônica não transmissível	18 anos ou mais	Dificuldade nos cuidados de rotina para DCNTs, sendo os motivos mais comuns dificuldade em chegar às consultas médicas/consultas de acompanhamento durante a pandemia e dificuldade em comprar suprimentos, como máscaras faciais e desinfetantes para as mãos.	Baixa renda familiar e residência em moradias subsidiadas pelo governo foram considerados preditores significativos entre os 11% que relataram dificuldade de manejo da DCNTs durante os primeiros dois meses da pandemia.
Ojetti et al.[10] (2020)	Itália	Transversal	16.281	Adultos que passaram pelo departamento de emergências (DE) de 21 de fevereiro a 31 de março, nos anos de 2018, 2019 e 2020	18 anos ou mais	Doenças cardiotorácicas, neurológicas, gastrointestinais, urogenitais, malignidade, traumas, otorrinolaringológicas, doenças infecciosas	Redução das admissões no DE em 2020, quando comparado a 2019 e 2018 Aumento da triagem de casos de urgência nas admissões em 2020; redução de condições não-urgentes e aumento de urgências moderadas e emergências. Queda na admissão de doenças cardiotorácicas, gastroenterológicas, urológicas, otorrinolaringológicas, oftalmológicas, traumatológicas e neurológicas agudas. Doenças oncológicas mantiveram-se estáveis. Grande aumento na admissão de casos de doenças infecciosas, sendo que os casos confirmados de COVID-19 foi de 13%. Grande aumento nas hospitalizações.
Kurt e Gunes[11] (2020)	Turquia	Transversal	47.681 no período pré-pandêmico (2019) e 9.455 no período pandêmico (2020)	Adultos, maiores de 18 anos, admitidos no Hospital de Emergência da cidade de Batman, na Turquia, entre os períodos pré-pandêmico (28/3/19–28/4/19) e pandêmico (28/3/20–28/4/20)	17 a 64 anos	Casos não-urgentes: Trauma Total de hospitalizações Internação no departamento de Cardiologia Internação no departamento de Neurologia Internação relacionada à doenças pulmonares	Redução dos casos não-urgentes ($p<0.01$) Redução de traumas ($p<0.01$) Estabilidade do total de hospitalizações ($p=0.302$) Redução da internação no departamento de Cardiologia ($p<0.01$) Redução da internação no departamento de Neurologia ($p<0.01$) Redução da internação relacionada à doenças pulmonares ($p<0.01$)
Kastritis et al.[12] (2020)	Grécia	Transversal	1786 pessoas (653 em 2020, 1133 em 2019)	Pessoas que deram entrada no departamento de emergência do hospital "Alexandra", em Atenas, Grécia; nos períodos entre 01 de março e 31 de março de 2019 e 01 de março e 31 de março de 2020.	Não especificado	Infecções de trato respiratório superior e inferior, infecções em outros locais ou não especificadas, queixas inespecíficas do trato gastrointestinal (náuseas, vômitos, dor abdominal), queixas gerais inespecíficas (fadiga, dor nas costas), complicações de câncer, sintomas cardíacos (angina, dor torácica inespecífica), síndrome coronariana aguda, acidente vascular encefálico, doenças cardiovasculares, (arritmias/palpitações, palpitações, insuficiência cardíaca, síncope/pré-síncope, hipertensão descompensada), sangramentos gastrointestinais, colites.	Comparando os períodos estudados, houve redução absoluta de 42,3% de admissões no serviço de emergência hospitalar, sendo: -2,8% em infecções de quaisquer sítios; +20,7% de infecções do trato respiratório superior; +32% do trato respiratório inferior; -28,3% de infecções em outros sítios ou inespecíficos; -58,8% de queixas gerais do TGI; -70% de queixas inespecíficas; -41,4% de complicações relacionadas ao câncer; -36,6% de sintomas cardíacos; -30% de síndrome coronariana aguda; -67% de AVE; -39,7% de DCV; -23% de arritmias/palpitações; -31,4% de insuficiência cardíaca; -38% de síncope/pré síncope; -65% de hipertensão descompensada; -54,7% de sangramento do TGI; -83% de colites.

Continua...

Tabela 1 – Continuação.

Autor (ano)	País	Tipo de estudo	Tamanho da amostra	Amostra do estudo	Faixa etária	Principais condições relatadas	Resultados
Bozovich et al.[7] (2020)	Argentina	Transversal	Foram atendidas nos 31 centros assistenciais de saúde.	31 centros de atendimento do setor privado de saúde da cidade de Buenos Aires, província de Buenos Aires, Córdoba e Rio Negro e Santa Fé	Não descrito no artigo	Consultas de emergência, internações hospitalares, procedimentos invasivos e terapêuticos. Angina e síndrome coronariana aguda, acidente vascular cerebral e ataque isquêmico transitório. Os dados foram obtidos no nível de ocupação de áreas de internação geral e crítica (terapia intensiva e unidade coronariana).	Queda de 74% nas consultas de emergências e diminuição de 48% nas internações por qualquer causa. Em relação às internações, houve uma redução de 62% nas admissões por angina e síndrome coronariana aguda e 46% em acidente vascular cerebral e ataque isquêmico transitório. •Diminuição de angioplastias coronárias (59%) e intervenções cirúrgicas percutâneas (65%), cirurgias gerais (73%) e cardíacas (58%). O número de tratamentos de quimioterapia e radioterapia foi reduzido em 16% e a de procedimentos de diagnóstico digestivo endoscópico 80%.
Prasad et al.[8] (2020)	Índia	Transversal	637	Pacientes do setor terciário de atendimento à saúde, de instituições públicas e privadas	Não especificado	Nº de estações de diálise antes e depois do bloqueio; Nº de pacientes em diálise de manutenção antes e depois do bloqueio; Pacientes que faltam uma ou mais sessões de HD devido ao bloqueio (com e sem informações da unidade de HD); Número de centros que facilitam a chegada de pacientes para unidade HD; Pacientes para os quais os médicos diminuíram a frequência de HD; Falta HD permanentemente até o final de bloqueio; Pacientes que requerem emergência diálise; Mortes.	Redução das estações de serviços de diálise (523 à 496) durante o *lockdown*; Queda dos pacientes em diálise (2.517 à 2404), durante o *lockdown*; 28,2% foram forçados a perder uma ou mais sessões de diálise, em muitos casos exigindo diálise de emergência; 77 pacientes receberam orientação médica para reduzir a frequência de hemodiálise; 104 pacientes descontinuaram permanentemente a hemodiálise durante o *lockdown*; 69 pacientes necessitaram buscar serviços de emergência; Declínio de 102 para 33 procedimentos de transplante renal; Mortes confirmadas em aproximadamente 0,4%.
Bhatt et al.[9] (2020)	Estados Unidos	Estudo Longitudinal	6.083	Internações cardiovasculares agudas foram rastreadas entre 1 de janeiro de 2019 e 31 de março de 2020	Não especificado	Causas agudas cardiovasculares	Houve 43,4% menos internações diárias estimadas em março de 2020 em comparação com março de 2019. A taxa diária de hospitalizações não mudou durante 2019. Houve um declínio significativo nas hospitalizações em março de 2020 (-5,9% por dia). O tempo de internação foi menor e a mortalidade hospitalar não foi significativamente diferente em março de 2020 em comparação com março de 2019.

DCNT: doenças crônicas não transmissíveis; DE: departamento de emergências; TGI: insuflação de gás traqueal; AVE: acidente vascular encefálico; DCV: doença cardiovascular.

nas admissões no departamento de emergência em hospitais durante a pandemia do COVID-19 comparado à períodos anteriores à pandemia.

Ojetti et al.[10] analisaram dados de admissões durante três anos (2018, 2019 e 2020) em hospitais na Itália. Verificou-se que o número total de admissões foi constante durante os anos de 2018 e 2019, mas houve um grande decréscimo observado no período de 2020: 34,2% comparado ao ano de 2018 e 37,6% comparado ao ano de 2019. No entanto, no que diz respeito à triagem, houve um aumento no nível de emergência e urgência moderada e uma redução das condições não urgentes. Em relação às queixas, no ano de 2020, diferente dos outros anos, a maior parte foi devido à febre (26%). Além disso, observou-se uma queda nas admissões por causas cardiotorácicas, gastroenterológicas, urológicas, otorrinolaringológicas, oftalmológicas e traumatológicas. Condições neurológicas agudas tiveram uma redução pequena. Condições oncológicas permaneceram estáveis. Em relação às hospitalizações, foi observado um aumento (27.7% em 2018 vs. 26.7% em 2019 vs; 42,9% em 2020). A porcentagem de óbitos foi semelhante nos três anos.

Kurt et al.[11] analisaram admissões em um serviço de emergência na Turquia em período pré-pandêmico e pandêmico. Obteve-se como resultados: uma redução no número total de admissões (p<0,01), redução dos casos não-urgentes (p<0,01), redução de traumas (p<0,01), estabilidade do total de hospitalizações (p=0,302), redução da internação no departamento de cardiologia ou unidade coronariana por SCA (p<0,01), redução da internação no departamento de neurologia por doença cerebrovascular aguda (p<0,01), redução da internação relacionada a doenças pulmonares ou cuidados intensivos por dispneia (p<0,01).

Kastritis et al.[12] analisaram dados de admissões em um hospital na Grécia durante o mês de março de 2019 e março de 2020. Observou-se significativa redução de busca pelo serviço, com 42,3% admissões a menos em 2020 devido a diferentes queixas: infecções de quaisquer sítios/sítios inespecíficos, queixas gastrointestinais (incluindo sangramentos), relacionadas ao câncer, queixas cardíacas (palpitações, anginas, AVEs, IC, síncopes, hipertensão descompensada). As únicas queixas em que foi observado aumento de admissões foram as de trato respiratório superior (+20,7%) e trato respiratório inferior (+32%).

Bozovich et al.[7] analisaram um questionário online estruturado com perguntas sobre o número de consultas de emergência, internações hospitalares e procedimentos invasivos e terapêuticos de 31 centros assistenciais do setor privado de saúde da Argentina nos períodos de abril de 2019 e abril de 2020. Em abril de 2020 houve queda de 74% nas consultas de emergências e diminuição de 48% nas internações por qualquer causa. Em relação aos motivos da internação, observou-se redução de 62% nas admissões por angina e síndrome coronária aguda e de 46% para acidente vascular cerebral e ataque isquêmico transitório. Também houve diminuição nos procedimentos de angioplastias coronárias (59%), intervenções cirúrgicas percutâneas (65%), cirurgias gerais (73%) e cardíacas (58%). Além disso, o número de tratamentos de quimioterapia e radioterapia foi reduzido em 16% e a de procedimentos endoscópicos digestivos para diagnóstico e tratamento em 80%.

Prasad et al.[8] analisaram um questionário online distribuído por e-mail aos diretores de 19 hospitais principais (8 no setor público e 11 no setor privado) da Índia no período anterior ao *lockdown* e após o término do *lockdown* para determinar o efeito do bloqueio no atendimento de pacientes com doença renal, incluindo aqueles em diálise após as primeiras três semanas de bloqueio. Os resultados obtidos foram: redução das estações de serviços de diálise (de 523 para 496) e queda dos pacientes em diálise (de 2.517 para 2.404). Além disso, 69 pacientes necessitaram buscar serviços de emergência, 104 pacientes descontinuaram permanentemente a hemodiálise durante o *lockdown,* 77 pacientes receberam orientação médica para reduzir a frequência de hemodiálise. Ademais, houve um declínio de 102 para 33 procedimentos de transplante renal, 28,2% dos pacientes foram forçados a perder uma ou mais sessões de diálise, em muitos casos exigindo diálise de emergência e aproximadamente 0,4% de mortes foram confirmadas.

O estudo de coorte realizado na China por Chan et al.[13] analisou dados comparando a dificuldade em cuidados usuais de pacientes com doença crônica não transmissível (DCNT) durante a pandemia de COVID-19. Observou-se que baixa renda familiar e residência em moradias subsidiadas pelo governo foram considerados preditores significativos entre os 11% que relataram dificuldade de manejo da DCNTs durante os primeiros dois meses da pandemia.

O estudo longitudinal realizado por Bhatt et al.[9] nos Estados Unidos analisou as hospitalizações por doenças cardiovasculares agudas entre 1º de janeiro de 2019 e 31 de março de 2020. As hospitalizações foram categorizadas por diagnóstico de admissão primário nas seguintes categorias: síndromes de dor no peito (incluindo síndromes coronárias agudas), IC, AVC e outras condições cardiovasculares agudas. Desse modo, foram registrados que 6.083 pacientes sofreram 7.187 internações por razões cardiovasculares agudas primárias. Houve 43,4% menos hospitalizações diárias em março de 2020 em comparação com março de 2019. A taxa diária de internações não se alterou ao longo de 2019, janeiro ou fevereiro de 2020, mas houve um declínio diário significativo nas hospitalizações em março de 2020. O tempo de internação foi menor (4,8 dias; antes 6,0 dias) e a mortalidade hospitalar não foi significativamente diferente em março de 2020 em comparação com março de 2019.

DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou por meio de uma revisão sistemática de literatura, os impactos da pandemia de COVID-19 sobre a busca por serviços de urgência e emergência (pronto atendimentos) devido a doenças crônicas não transmissíveis e suas complicações, comparando as demandas do período pré-pandêmico com o de pandemia instaurada. Até o momento, existem poucos estudos abordando este aspecto mundialmente, sendo necessárias maiores investigações acerca deste na medida em que é uma forma de avaliar impactos da pandemia a longo prazo.

Todos os artigos analisados neste estudo foram publicados no ano de 2020, dentre os quais um dois de coorte e cinco transversais; conduzidos em diferentes partes do globo, sendo elas: China, Itália, Turquia, Grécia, Argentina, Estados Unidos da América (EUA) e Índia. Na grande maioria destes foram estudadas pessoas maiores de 17 anos de idade. Foi observada, no geral, redução na porcentagem de admissões (de 42,3 a 74%) e internações hospitalares, bem como busca por serviços prestadores de atendimento contínuo, como hemodiálise, os quais inclusive foram reduzidos em termos de número de atendimentos e leitos. Em alguns serviços, como na Turquia e EUA, houve estabilidade no total de hospitalizações[9,11].

Neste sentido, pode-se dizer que houve maior mobilização dos serviços de saúde internacionalmente de modo a fazer uma triagem mais rigorosa dos pacientes e na determinação do que era urgente ou não, bem como das queixas que demandam internação. Associado a este cenário, pode-se dizer também que a procura em si pelos serviços foi reduzida; fosse pelo receio da população em entrar contato com o vírus, baixa acessibilidade desta a EPIs quanto pelas limitações impostas pelos chamados *lockdowns*. Dentre os artigos selecionados, dois estudos demonstraram, no entanto, que as admissões de casos de doenças infecciosas aumentaram, sendo os casos confirmados de COVID-19 em 13%[10,13].

A COVID-19 trouxe uma série de alterações em relação à organização dos serviços de saúde, o que inclui o atendimento médico e deslocamento de recursos direcionado ao controle da pandemia por todo o globo. Com isso, grande parte dos serviços foram deslocados para essa função, diminuindo a capacidade de manejar e perpetuar a assistência médica aos quadros não relacionados ao COVID, como para doenças cardiovasculares, pacientes oncológicos, em hemodiálise e outras condições crônicas[7].

De forma geral, os artigos mostraram que em contrapartida ao aumento de admissões e internações relacionadas às queixas respiratórias, houve um declínio acentuado no número de admissões nos departamentos de emergências e no número de hospitalizações durante a pandemia do COVID 19 por causas não relacionadas ao vírus SARS-COV 2, com destaque para anginas, síndromes coronarianas agudas (SCA) e acidentes vasculares encefálicos (AVEs)[7,10-12].

Embora o isolamento seja uma estratégia-chave de saúde pública no controle da propagação da infeção e da superlotação hospitalar, o declínio na porcentagem de admissões pode representar consequências indiretas de impacto negativo sobre a morbidade e mortalidade que podem ser observadas, por exemplo, através do menor número de cirurgias de revascularização miocárdica em um período em que doenças ateroscleróticas possuem alta prevalência na população mundial[7,9,13].

O real impacto em termos de morbimortalidade há de ser explorado futuramente na literatura, embora já haja registros de aumento de mortalidade extra hospitalar não relacionada ao COVID-19 em cidades do norte da Itália, Nova Iorque e Califórnia[10,13]. Estes dados fundamentam a preocupação de que o cuidado de condições não relacionadas à infecção pelo SARS-COV tenha sido prejudicado durante a pandemia. Dessa forma, é preciso refletir sobre os possíveis danos colaterais causados pela COVID-19 em meio a perda de seguimento e assistência médica usual[7].

CONCLUSÕES

Considerando as limitações desta revisão sistemática, os poucos artigos disponíveis sugerem uma correlação direta entre a pandemia da COVID-19 e a mudança do padrão de demandas nos serviços de urgência e emergência. A maioria dos artigos aponta para um declínio na procura desses serviços por causas não-COVID, principalmente em se tratando de doenças crônicas, com destaque para doenças cardiovasculares e cerebrovasculares. No entanto, devido às medidas governamentais nos diversos países frente à pandemia, como a medida de *lockdown* ou o próprio receio da população em relação ao vírus SARS-COV-2, é difícil avaliar as reais causas dessa queda.

Com isso, conclui-se que seria interessante os governos se atentarem em relação a isso, identificarem possíveis causas dessa queda e monitorarem as taxas de mortalidade proporcional por causa em seus países, avaliando a necessidade de intervir nesse contexto. Por fim, deve-se salientar que é de suma importância que os pacientes com doenças crônicas não transmissíveis não sejam abandonados em meio à pandemia e tenham acesso à saúde e atenção integral garantidos.

Conflito de interesses

Os autores declaram que não há conflitos de interesse relacionados à publicação deste artigo.

Financiamento

Nenhum.

Contribuições dos autores

GTB: Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Investigação, Metodologia. **AKP:** Curadoria de dados, Conceituação, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Investigação, Metodologia. **NMJ:** Curadoria de dados, Conceituação, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Investigação, Metodologia. **BMSM:** Curadoria de dados, Conceituação, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Investigação, Metodologia. **NRA:** Curadoria de dados, Conceituação, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Investigação, Metodologia. **CJOF:** Curadoria de dados, Conceituação, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Metodologia. **GVS:** Curadoria de dados, Conceituação, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Investigação, Metodologia. **MJB:** Análise formal, Escrita – revisão e edição, Metodologia, Supervisão.

REFERÊNCIAS

1. Cavalcante JR, Cardoso-dos-Santos AC, Bremm JM, Lobo AP, Macário EM, Oliveira WK, et al. COVID-19 no Brasil: evolução da epidemia até a semana epidemiológica 20 de 2020. Epidemiol Serv Saúde. 2020;29(4):e2020376. https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000400010
2. Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, et al. Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia. N Engl J Med. 2020;382(13):1199-207. https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001316
3. Houvèssou GM, Souza TP, Silveira MF. Medidas de contenção de tipo lockdown para prevenção e controle da COVID-19: estudo ecológico descritivo, com dados da África do Sul, Alemanha, Brasil, Espanha, Estados Unidos, Itália e Nova Zelândia, fevereiro a agosto de 2020. Epidemiol Serv Saúde. 2021;30(1):e2020513. https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000100025
4. Brasil. Ministério da Saúde. Sobre a doença [Internet]. [cited on 2021 Mar 2]. Available from: https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca#como-se-proteger
5. Nussbaumer-Streit B, Mayr V, Dobrescu AI, Chapman A, Persad E, Klerings I, et al. Quarantine alone or in combination with other public health measures to control COVID-19: a rapid review. Cochrane Database Syst Rev. 2020;4(4):CD013574. https://doi.org/10.1002/14651858.CD013574
6. Lazarus JV, Binagwaho A, El-Mohandes AAE, Fielding JE, Larson HJ, Plasència A, et al. Keeping governments accountable: the COVID-19 assessment scorecard (COVID-SCORE). Nat Med. 2020;26(7):1005-8. https://doi.org/10.1038/s41591-020-0950-0
7. Bozovich GE, Alves De Lima A, Fosco M, Burgos LM, Martínez R, Dupuy De Lôme R, et al. Daño colateral de la pandemia por COVID-19 en centros privados de salud de Argentina. Medicina (B. Aires). 2020;80(supl. 3):37-41.
8. Prasad N, Bhatt M, Agarwal SK, Kohli HS, Gopalakrishnan N, Fernando E, et al. The adverse effect of COVID pandemic on the care of patients with kidney diseases in India. Kidney Int Rep. 2020;5(9):1545-50. https://doi.org/10.1016/j.ekir.2020.06.034
9. Bhatt AS, Moscone A, McElrath EE, Varshney AS, Claggett BL, Bhatt DL, et al. Fewer hospitalizations for acute cardiovascular conditions during the COVID-19 pandemic. J Am Coll Cardiol. 2020;76(3):280-8. https://doi.org/10.1016/j.jacc.2020.05.038
10. Ojetti V, Covino M, Brigida M, Petruzziello C, Saviano A, Migneco A, et al. Non-COVID diseases during the pandemic: where have all other emergencies gone? Medicina (Kaunas). 2020;56(10):512. https://doi.org/10.3390/medicina56100512
11. Kurt NG, Gunes C. How has Covid-19 pandemic affected crowded emergency services? Int J Clin Pract. 2020;74(12):e13624. https://doi.org/10.1111/ijcp.13624
12. Kastritis E, Tsitsimpis K, Anninos E, Stamatelopoulos K, Kanakakis I, Lampropoulos C, et al. Significant reduction in the visits to the emergency room department during the COVID-19 pandemic in a tertiary hospital in Greece: indirect victims of the pandemic? Medicine (Baltimore). 2020;99(52):e23845. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000023845
13. Chan EYY, Kim JH, Lo ESK, Huang Z, Hung H, Hung KKC, et al. What happened to people with non-communicable diseases during COVID-19: implications of H-EDRM policies. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(15):5588. https://doi.org/10.3390/ijerph17155588