



Ciências da Saúde no Brasil: Impasses e Desafios

Isabelle Cerqueira Sousa
(Organizadora)



Ciências da Saúde no Brasil: Impasses e Desafios

Isabelle Cerqueira Sousa
(Organizadora)

Editora Chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Assistentes Editoriais

Natalia Oliveira

Bruno Oliveira

Flávia Roberta Barão

Bibliotecário

Maurício Amormino Júnior

Projeto Gráfico e Diagramação

Natália Sandrini de Azevedo

Camila Alves de Cremo

Karine de Lima Wisniewski

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

Imagens da Capa

Shutterstock

Edição de Arte

Luiza Alves Batista

Revisão

Os Autores

2020 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2020 Os autores

Copyright da Edição © 2020 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

A Atena Editora não se responsabiliza por eventuais mudanças ocorridas nos endereços convencionais ou eletrônicos citados nesta obra.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná

Prof. Dr. Américo Junior Nunes da Silva – Universidade do Estado da Bahia

Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília

Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Daniel Richard Sant’Ana – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Dilma Antunes Silva – Universidade Federal de São Paulo
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Elson Ferreira Costa – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Profª Drª Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Profª Drª Carla Cristina Bauermann Brasil – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jael Soares Batista – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília
Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves -Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Douglas Gonçalves da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Érica de Melo Azevedo – Instituto Federal do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Profª Dra. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande

Profª Drª Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Priscila Tessmer Scaglioni – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Linguística, Letras e Artes

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Profª Drª Carolina Fernandes da Silva Mandaji – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia

Conselho Técnico Científico

Prof. Me. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Me. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza
Prof. Me. Adalto Moreira Braz – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí
Prof. Me. Alexsandro Teixeira Ribeiro – Centro Universitário Internacional
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Ma. Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa
Profª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Profª Drª Andrezza Miguel da Silva – Faculdade da Amazônia
Profª Ma. Anelisa Mota Gregoleti – Universidade Estadual de Maringá
Profª Ma. Anne Karynne da Silva Barbosa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais
Prof. Me. Armando Dias Duarte – Universidade Federal de Pernambuco
Profª Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar
Profª Ma. Carolina Shimomura Nanya – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Ma. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
Profª Drª Cláudia Taís Siqueira Cagliari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas
Prof. Me. Clécio Danilo Dias da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Profª Ma. Daniela da Silva Rodrigues – Universidade de Brasília

Profª Ma. Daniela Remião de Macedo – Universidade de Lisboa
Profª Ma. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Douglas Santos Mezacas – Universidade Estadual de Goiás
Prof. Me. Edevaldo de Castro Monteiro – Embrapa Agrobiologia
Prof. Me. Eduardo Gomes de Oliveira – Faculdades Unificadas Doctum de Cataguases
Prof. Me. Eduardo Henrique Ferreira – Faculdade Pitágoras de Londrina
Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
Prof. Me. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
Prof. Me. Ernane Rosa Martins – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás
Prof. Me. Euvaldo de Sousa Costa Junior – Prefeitura Municipal de São João do Piauí
Profª Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora
Prof. Dr. Fabiano Lemos Pereira – Prefeitura Municipal de Macaé
Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas
Profª Drª Germana Ponce de Leon Ramírez – Centro Universitário Adventista de São Paulo
Prof. Me. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
Prof. Me. Givanildo de Oliveira Santos – Secretaria da Educação de Goiás
Prof. Dr. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná
Prof. Me. Gustavo Krahl – Universidade do Oeste de Santa Catarina
Prof. Me. Helton Rangel Coutinho Junior – Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Profª Ma. Isabelle Cerqueira Sousa – Universidade de Fortaleza
Profª Ma. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Me. Javier Antonio Albornoz – University of Miami and Miami Dade College
Prof. Me. Jhonatan da Silva Lima – Universidade Federal do Pará
Prof. Dr. José Carlos da Silva Mendes – Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Humano e Social
Prof. Me. Jose Elyton Batista dos Santos – Universidade Federal de Sergipe
Prof. Me. José Luiz Leonardo de Araujo Pimenta – Instituto Nacional de Investigación Agropecuaria Uruguay
Prof. Me. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco
Profª Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Profª Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Kamilly Souza do Vale – Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas/UFPA
Prof. Dr. Kárpio Márcio de Siqueira – Universidade do Estado da Bahia
Profª Drª Karina de Araújo Dias – Prefeitura Municipal de Florianópolis
Prof. Dr. Lázaro Castro Silva Nascimento – Laboratório de Fenomenologia & Subjetividade/UFPR
Prof. Me. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Ma. Lillian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
Profª Ma. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
Profª Drª Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Lucio Marques Vieira Souza – Secretaria de Estado da Educação, do Esporte e da Cultura de Sergipe
Prof. Me. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
Prof. Dr. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual do Paraná
Prof. Dr. Michel da Costa – Universidade Metropolitana de Santos
Prof. Dr. Marcelo Máximo Purificação – Fundação Integrada Municipal de Ensino Superior

Prof. Me. Marcos Aurelio Alves e Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo

Profª Ma. Maria Elanny Damasceno Silva – Universidade Federal do Ceará

Profª Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

Prof. Me. Ricardo Sérgio da Silva – Universidade Federal de Pernambuco

Profª Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal

Prof. Me. Robson Lucas Soares da Silva – Universidade Federal da Paraíba

Prof. Me. Sebastião André Barbosa Junior – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Profª Ma. Silene Ribeiro Miranda Barbosa – Consultoria Brasileira de Ensino, Pesquisa e Extensão

Profª Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo

Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Faculdade Regional Jaguaribana

Profª Ma. Thatianny Jasmine Castro Martins de Carvalho – Universidade Federal do Piauí

Prof. Me. Tiago Silvio Dedoné – Colégio ECEL Positivo

Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Ciências da saúde no Brasil: impasses e desafios

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Bibliotecário Maurício Amormino Júnior
Diagramação: Luiza Alves Batista
Correção: Emely Guarez
Edição de Arte: Luiza Alves Batista
Revisão: Os Autores
Organizadora: Isabelle Cerqueira Sousa

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

C569 Ciências da saúde no Brasil [recurso eletrônico] : impasses e desafios 1 / Organizadora Isabelle Cerqueira Sousa. – Ponta Grossa, PR: Atena, 2020.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia.

ISBN 978-65-5706-429-0

DOI 10.22533/at.ed.290202309

1. Ciências da saúde – Pesquisa – Brasil. I. Sousa, Isabelle Cerqueira.

CDD 362.10981

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

A coleção “Ciências da Saúde no Brasil: Impasses e Desafios” é uma coletânea composta de nove obras, e aborda no seu primeiro volume diversos enfoques do ambiente de trabalho dos profissionais da saúde, oportunizando um panorama de estudos sobre o adoecimento e desgaste mental dos profissionais no ambiente hospitalar, as dificuldades vivenciadas no trabalho noturno, inconsistências encontradas em prescrições médicas, até mesmo a prevalência da Síndrome de Burnout e seus impactos na qualidade de vida e na saúde mental de médicos, enfermeiros e servidores públicos da polícia. Reconhecida como “síndrome do esgotamento profissional” pelo Ministério da Saúde (MS), a Síndrome de Burnout pode ser entendida como “distúrbio emocional com sintomas de exaustão extrema, estresse e esgotamento físico resultante de situações de trabalho desgastante, que demandam muita competitividade ou responsabilidade” (BRASIL, MS 2019). É notório que todas essas características são vivenciadas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, gestores hospitalares e os mais variados segmentos de profissionais que lidam com a saúde da população. O trabalho em saúde exige do profissional uma intensa dedicação, atenção nas tarefas, aperfeiçoamento constante de conhecimentos, além de um alto empenho para conciliar as necessidades dos pacientes com as suas competências profissionais e demandas da estrutura da instituição onde trabalha. Portanto essa obra permite uma leitura valiosa sobre a questão da vida laboral, saúde mental, fatores psicossociais, exaustão psicoemocional, seus efeitos e repercussões na qualidade de vida dos profissionais da saúde.

Diante de todo esse quadro de pressões e intensa carga de sufocamento emocional, já vivenciados na rotina dos profissionais da saúde, não poderíamos deixar de acrescentar nesse volume o agravamento dessa situação por conta da pandemia vivenciada desde março de 2020, ocasionada pela Síndrome Respiratória Aguda Grave causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), que gerou impacto social, econômico e psicológico na vida laboral dos profissionais da saúde, pois além do estresse e sobrecargas de trabalho já comumente vivenciados, passaram a conviver também com o medo de adquirir a infecção, e/ou transmitir a seus familiares. Será abordado o modelo ideal de máscara a ser utilizada pelos profissionais de saúde da linha de frente no combate ao novo coronavírus e terá também um capítulo sobre a distribuição espacial dos casos confirmados da Covid-19 em hospitais pediátricos no território brasileiro.

Para finalizar esse volume, o último capítulo versa sobre o atual cenário do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir de uma revisão narrativa de literatura que apresenta uma análise da saúde pública brasileira, e a necessidade de decisões referentes aos rumos da saúde coletiva do país.

Sabemos o quanto é importante divulgar os avanços da ciência e da saúde no Brasil, seus impasses e desafios, por isso a Atena Editora proporciona através dessa coletânea, nove volumes propiciando uma rica divulgação de trabalhos científicos para que os pesquisadores da área da saúde possam expor os resultados de seus estudos.

Isabelle Cerqueira Sousa

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

SAÚDE E TRABALHO: ADOECIMENTO E DESGASTE MENTAL DOS PROFISSIONAIS DE UM HOSPITAL MUNICIPAL DE GOIÁS

Vitória Durães Vargas
Fernanda Oliveira Silva
Micaela de Sousa Barbosa
Denise Rodrigues dos Santos
Ione Silva Barros
Jeane Kelly Silva de Carvalho
Joaquim Pedro Ribeiro Vasconcelos

DOI 10.22533/at.ed.2902023091

CAPÍTULO 2..... 15

PRINCIPAIS DIFICULDADES NO TURNO NOTURNO: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Camila Araújo Barradas
Ubiratan Contreira Padilha

DOI 10.22533/at.ed.2902023092

CAPÍTULO 3..... 18

PERFIL DOS ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO EM TRABALHADORES DA SAÚDE NA REGIÃO SUL DO ESTADO PARÁ, BRASIL

Priscilla Rodrigues Caminha Carneiro
Honorina dos Anjos Oliveira Valadão
Mayara Teresa de Menezes Feitosa Melo
Vivian de Paula Cardoso de Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.2902023093

CAPÍTULO 4..... 32

A SATISFAÇÃO DOS MÉDICOS QUE ATENDEM EM ARAGUARI – MG QUANTO AOS PLANOS DE SAÚDE

Damila Barbieri Pezzini
Daniel Dantas
Emanuel Lucas Joaquina Coelho de Carvalho
Gabrielle Santiago Silva
Gustavo Moraes

DOI 10.22533/at.ed.2902023094

CAPÍTULO 5..... 42

O TRABALHO DO ENFERMEIRO NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

Caroline Ruviano Dalmolin
Sabrina Florencio
Janaina Alvares Stehlirk
Suelen Caroline Dill
Giovana Dorneles Callegaro Higashi

DOI 10.22533/at.ed.2902023095

CAPÍTULO 6.....50

INCONSISTENCIAS ENCONTRADAS EM PRESCRIÇÕES MÉDICAS ENVOLVENDO O USO DE MEDICAMENTOS HOSPITALARES

Teresa Iasminny Alves Barros
Andreza Barros Figueirêdo
Bárbara Ferreira Santos
Francisca Eritânia Passos Rangel
Gabriel de Oliveira Lôbo
Jonh Kleber Saraiva Coelho
Larissa Barros Severo
Maraísa Pereira de Souza Vieira
Mara Cristina Santos de Araújo
Maria Laura Junqueira Dantas
Mirelle Pereira Gonçalves Ferreira

DOI 10.22533/at.ed.2902023096

CAPÍTULO 7.....58

PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DE *BURNOUT* EM MÉDICOS DA ATENÇÃO TERCIÁRIA E ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE – PB

Paloma Silvestre Moreira
Danilo Ferreira Leitão
Semyramis Lira Dantas
Edenilson Cavalcante Santos
Allana Renally Cavalcante Santos de Moraes

DOI 10.22533/at.ed.2902023097

CAPÍTULO 8.....70

SÍNDROME DE BURNOUT E SEUS EFEITOS NA QUALIDADE DE VIDA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Denis Willian de Oliveira Dias
Ana Clara Antunes Pereira Resende
Susane Pereira Rastrelo
Lauriany Alves
Wanessa Varjão Alves
Marcela Fonseca Reis
Marlos Souza Vilela Junior
Ediane da Silva

DOI 10.22533/at.ed.2902023098

CAPÍTULO 9.....78

SÍNDROME DE BURNOUT E SUAS REPERCUSSÕES NA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Marina da Silva dos Santos
Andreliny Bezerra Silva
Karina Ellen Alves de Albuquerque
Rayne Cristina Gomes Moreira
Kelly Suianne de Oliveira Lima
Camila Fonseca Bezerra

CAPÍTULO 10..... 84

RELEVÂNCIA DOS FATORES PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO NA SEGURANÇA PÚBLICA, SUA RELAÇÃO COM A SÍNDROME DE *BURNOUT* E SEUS IMPACTOS NA QUALIDADE DE VIDA E NA SAÚDE MENTAL DOS SERVIDORES

Suellen Keyze Almeida Lima

DOI 10.22533/at.ed.29020230910

CAPÍTULO 11 99

A PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS: UM IMPACTO SOCIAL, ECONÔMICO E PSICOLÓGICO NA VIDA LABORAL

Eduarda de Soares Libânio

Ricelly Pires Vieira

Fernanda Gabriel Aires Saad

Camila Puton

Jéssica Cristina dos Santos

Sérgio Henrique Nascente Costa

Clayson Moura Gomes

DOI 10.22533/at.ed.29020230911

CAPÍTULO 12..... 115

O MODELO IDEAL DE MÁSCARA A SER UTILIZADA PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA LINHA DE FRENTE NO COMBATE AO NOVO CORONAVÍRUS

Brenda Mariê Sant'Ana Hernandes

Gabriela Carvalho Rodrigues dos Santos

Júlia F ernandes Japiassú

Lucas Milhomem Paz

Renata Pedroso Carvalho

DOI 10.22533/at.ed.29020230912

CAPÍTULO 13..... 124

DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DOS CASOS CONFIRMADOS DA COVID-19 EM CRIANÇAS E DE HOSPITAIS PEDIÁTRICOS NO TERRITÓRIO BRASILEIRO

Mayane Rosario Barbosa Santos

Roquenei da Purificação Rodrigues

Magno Conceição das Mercês

DOI 10.22533/at.ed.29020230913

CAPÍTULO 14..... 134

O SUCATEAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) EO FUTURO DA SAÚDE BRASILEIRA: CONSTRUINDO NARRATIVAS INTERPROFISSIONAIS

Fabiola da Silva Costa

Alane Marques Lima

Brenda de Sousa Praia

Camilla Gomes Rodrigues

Helder Clay Fares dos Santos Júnior

Maria Paloma Miranda Pereira

Miguel Paranhos Melo de Melo
Christiane de Carvalho Marinho
Dayanne de Nazaré dos Santos
Samantha Hanna Seabra Castilho Simões

DOI 10.22533/at.ed.29020230914

| | |
|----------------------------------|------------|
| SOBRE A ORGANIZADORA..... | 148 |
| INDICE REMISSIVO..... | 149 |

CAPÍTULO 1

SAÚDE E TRABALHO: ADOECIMENTO E DESGASTE MENTAL DOS PROFISSIONAIS DE UM HOSPITAL MUNICIPAL DE GOIÁS

Data de aceite: 01/09/2020

Joaquim Pedro Ribeiro Vasconcelos

Sanitarista. Doutorando em Ciências e Tecnologias em Saúde na UnB. Professor do IFG.

<http://lattes.cnpq.br/9404426667726025>.

Vitória Durães Vargas

Técnica em Vigilância em Saúde pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás – IFG/ Câmpus Águas Lindas. Graduanda em Farmácia na Universidade de Brasília (UnB).
<http://lattes.cnpq.br/3167782304729454>.

Fernanda Oliveira Silva

Técnica em Vigilância em Saúde pelo IFG. Graduanda em Enfermagem na Ls Educacional.
<http://lattes.cnpq.br/0084063992637199>.

Micaela de Sousa Barbosa

Técnica em Vigilância em Saúde pelo IFG.
<http://lattes.cnpq.br/2587600166752515>.

Denise Rodrigues dos Santos

Técnica em Vigilância em Saúde pelo IFG. Graduanda em Tecnólogo de Gestão de Recursos Humanos no Uniprojeção.
<http://lattes.cnpq.br/0121825305397684>.

Ione Silva Barros

Sanitarista. Mestrado em Saúde Coletiva pela UnB. Professora do IFG e Coordenadora do Curso Técnico integrado ao Ensino Médio em Vigilância em Saúde do IFG/ Câmpus Águas Lindas.
<http://lattes.cnpq.br/7134917071420840>.

Jeane Kelly Silva de Carvalho

Sanitarista. Mestrado em Ciências e Tecnologias em Saúde pela UnB. Professora do IFG.
<http://lattes.cnpq.br/2244770920083150>.

RESUMO: Trata-se de uma pesquisa qualitativa cujo objetivo principal foi compreender as experiências e vivências dos trabalhadores de um hospital municipal em Goiás no que se refere ao cotidiano laboral e as situações de adoecimento mental, haja vista que a saúde mental no trabalho representa uma preocupação para a saúde pública brasileira. Embora esse problema seja pouco visto nas agendas dos gestores municipais. Os resultados alcançados a partir das entrevistas semiestruturadas e da observação participante demonstram que os profissionais entrevistados reconhecem que trabalham em um estabelecimento de saúde onde estão expostos a fatores que influenciam negativamente à saúde mental, sendo percebido por eles o ambiente de trabalho como um local insalubre e estressante. O tempo de trabalho é uma das razões que pode influenciar na incidência de relatos de estresse e cansaço físico e mental do profissional, haja vista que a maioria enfrenta uma jornada de trabalho 12 por 36. Outro elemento encontrado foram os conflitos interpessoais entre profissionais contratados e os que são servidores efetivos. A falta de equipamentos foi elemento encontrado que pode influenciar no desgaste físico e mental, pois devido à grande quantidade de pacientes o número de aparelhos disponíveis não atende à demanda. A falta de valorização profissional,

pois a maioria não se sente satisfeita com o salário. Conclui-se que o serviço foi percebido como desgastante no geral, além de ressaltarem que estão suscetíveis a adquirirem doenças e infecções diariamente no ambiente hospitalar. Os profissionais que trabalham neste estabelecimento de saúde estão expostos a fatores no trabalho que influenciam negativamente na sua saúde, necessitando de ações de intervenção, pois a partir dos relatos não houveram registros nesta pesquisa de ações realizadas pela gestão que visasse a assistência do servidor e o enfrentamento dessa problemática.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde do trabalhador, Saúde mental, Vigilância em saúde.

HEALTH AND WORK: DISEASE AND MENTAL WEAR OF PROFESSIONALS FROM A HOSPITAL MUNICIPAL DE GOIÁS

ABSTRACT: This is a qualitative research whose main objective was to understand the experiences and experiences of workers in a municipal hospital in Goiás with regard to daily work and situations of mental illness, given that mental health at work represents a concern for Brazilian public health. Although this problem is rarely seen in the agendas of municipal managers. The results obtained from semi-structured interviews and participant observation demonstrate that the professionals interviewed recognize that they work in a health establishment where they are exposed to factors that negatively influence mental health, being perceived by them as a unhealthy and stressful. The working time is one of the reasons that can influence the incidence of reports of stress and physical and mental tiredness of the professional, given that most of them face a 12 by 36 working day. Another element found was the interpersonal conflicts between hired professionals and those who are effective servants. The lack of equipment was an element found that can influence physical and mental strain, because due to the large number of patients the number of devices available does not meet the demand. The lack of professional appreciation, as most are not satisfied with the salary. It is concluded that the service was perceived as exhausting in general, in addition to emphasizing that they are susceptible to acquiring diseases and infections daily in the hospital environment. The professionals who work in this health establishment are exposed to factors at work that negatively influence their health, requiring intervention actions, as from the reports there were no records in this research of actions performed by management aimed at the assistance of the server and the coping with this problem.

KEYWORDS: Occupational Health, Mental Health, Public Health Surveillance.

1 | INTRODUÇÃO

O trabalho é uma das principais fontes de satisfação humana, pois proporciona a autorrealização, a manutenção de relações interpessoais e a própria sobrevivência. Mas, o trabalho também pode ser uma fonte de adoecimento, quando o profissional não dispõe de instrumentos suficientes para se proteger dos fatores de risco à saúde (GOTO, et. al. 2009).

A saúde ocupacional é uma importante estratégia para garantir o bem-estar dos trabalhadores e contribuir efetivamente para a produtividade, motivação e satisfação no trabalho. As doenças ocupacionais são decorrentes da exposição do trabalhador aos riscos da atividade que desenvolve, são decorrentes também da falta de autonomia, pressão

e sobrecarga de trabalho. Podem causar afastamentos temporários, repetitivos e até definitivos, prejudicando a produtividade e o cuidado em saúde.

Devido ao surgimento de novas tecnologias vem aumentando a prevalência de doenças relacionadas ao trabalho, como as Lesões por Esforços Repetitivos (LER), também denominadas de Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT); e surgiram novas formas de adoecimento que vem sendo estudados pelas produções acadêmicas, como o estresse e a fadiga física e mental relacionadas ao desenvolvimento das atividades laborais, principalmente, aqueles que trabalham como cuidadores, é o caso dos profissionais de saúde.

Para Jacques (2003) as abordagens teórico-metodológicas em saúde doença mental e trabalho são três grandes conjuntos: as teorias sobre estresse, a corrente voltada para o estudo da psicodinâmica do trabalho e o modelo formulado com base no conceito de desgaste mental. A psicodinâmica do trabalho envolve os fatores ambientais que podem desenvolver o mal-estar no indivíduo, aspectos estes relacionados à organização do trabalho como: ritmo, jornada, hierarquia, responsabilidade, controle e entre outros (JACQUES, 2003; MERLO, 2009). Além dessas características organizacionais as alterações emocionais no indivíduo também são provocadas pelo processo de desajuste mental que apresenta em uma ou mais das seguintes áreas: carga de trabalho, recompensas, justiça, relacionamento com colegas, controle no trabalho e valores (TAMAYO, 2009).

Ferraz (2008) elucida o cenário do trabalhador de saúde, com filas de espera intermináveis, muitas vezes superiores há um ano para tratamento cirúrgico de qualquer doença, estando comprometidas os atos cirúrgicos de alta complexidade por absoluta falta de condições de atendimento e de equipamentos, medicamentos essenciais e disponibilidade de leitos de terapia intensiva para suporte a pacientes graves. Uma característica importante é que a psicodinâmica do trabalho visa ao coletivo de trabalho e não aos indivíduos isoladamente. (JACQUES, 2003). Diante disso a necessidade de investigar a dinâmica do trabalho em profundidade desses trabalhadores responsáveis pelo cuidado em hospitais de urgência e emergência, principalmente, em âmbito municipal onde se apresenta um cenário de caos para o trabalhador da saúde.

Desse modo, esses fatores apresentados permeiam os espaços de trabalho dos profissionais de saúde, como enfermeiros e médicos, e influenciam as condições de vida e trabalho (TAMAYO, 2009; FELICIANO, 2011). Tratar questões relevantes a saúde mental no trabalho representa uma preocupação com um problema de saúde pública pouco visto pelos gestores e pela produção acadêmica, mas que tem fortes tendências no mundo atual a se tornar o foco de estudos e pesquisas empíricas.

Já que o trabalho é visto como o elemento mais importante da produção social, já que ele tem caráter mantenedor, porém ele não é um elemento único na vida do ser humano, aliados a ele tem a vida amorosa, sua família, sua casa, sua alimentação e saúde, dentre outros. Daí a necessidade de atenção a esses aspectos como problema de saúde dentro do funcionalismo público (MORETTI, 2007).

O comprometimento pelo bem-estar e segurança dos indivíduos é de suma importância para assegurar uma maior produtividade e qualidade no trabalho e maior satisfação na vida familiar e pessoal, já que o homem e a mulher passam a maior parte de suas vidas em seus locais de trabalho, dedicando sua força, energia e esforços para as organizações. Diante disso, é possível inferir que a qualidade de vida no trabalho interfere não somente no trabalho em si, mas tem implicações no campo familiar e social dos indivíduos (CAVASSANI, 2014).

A partir dessa problemática que esse estudo buscou compreender as experiências e vivências dos trabalhadores, não somente profissionais de saúde, de um hospital municipal em Goiás no que se refere ao cotidiano laboral e as situações de adoecimento mental, cortejando no contexto estudado elementos desencadeadores de problemas psicológicos.

2 | METODOLOGIA

Com intuito de compreender o contexto da instituição de saúde participante do estudo, no que tange a psicodinâmica do trabalho, identificando também os fatores presentes no trabalho que afetam a saúde psicológica dos trabalhadores foi utilizada a metodologia qualitativa, cujo propósito de escuta dos anseios dos participantes relacionados ao trabalho e a organização. O estudo da psicodinâmica do trabalho propõe o uso de metodologias qualitativas (JACQUES, 2003). Esse tipo de pesquisa trabalha com sujeitos e o seu modo de atuação em determinado contexto social (MINAYO, 2010).

De acordo com Goldenberg (2011, p. 18) a pesquisa qualitativa se preocupa com os aspectos da realidade que não podem ser quantificados não há o intuito de enumerar ou medir eventos, mas uma descrição detalhada dos fenômenos expostos. Além da abordagem qualitativa propiciar uma interpretação da realidade a partir da perspectiva do indivíduo, trabalhando, assim, com um universo de significados, valores, crenças e atitudes (DESLANDES; GOMES, 2012).

Dessa maneira, há na verdade, uma exploração das opiniões e das representações sociais apresentadas com intuito de se ter uma amostra do ponto de vista dos indivíduos. Assim sendo, foram realizadas vinte e uma (21) entrevistas semiestruturadas com diferentes atores sociais todos vinculados ao hospital municipal situado no Estado de Goiás e entorno do Distrito Federal. Os participantes dessa pesquisa foram profissionais que trabalhavam no turno diurno, sem escolha de categoria profissional, os trabalhadores eram convidados a participar do estudo, caso aceitassem as pesquisadoras iniciavam o diálogo no próprio ambiente de trabalho ou no local que o entrevistado indicasse.

Segundo Deslandes e Gomes (2012, p.64) a entrevista é uma técnica que permite ao pesquisador coletar dados relevantes para a compreensão do objeto de pesquisa, pois possibilita um espaço para conversa e reflexão a respeito da realidade do sujeito. Por se tratar de um processo dinâmico e de interação foram definidas pela equipe de

pesquisadores perguntas-questões norteadoras para funcionar como orientação para entrevista, sendo que essas foram realizadas por duplas de pesquisadoras. Segundo Minayo (2007, p.54) as informações consolidadas pelo diálogo trazem reflexões sobre as vivências dos entrevistados dentro de determinado contexto, se tornando uma fonte de informações primárias de grande relevância para o delineamento do estudo.

A entrevista semiestruturada combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender a indagação formulada (MINAYO, 2007, p. 51). Desse modo acreditou-se que a adequada condução e análise das entrevistas com os participantes entrevistados podem fornecer informações suficientes para se alcançar o objetivo dessa pesquisa. No caso das entrevistas semiestruturadas o pesquisador possui um conjunto de questões previamente definidas, mas deve estar atento aos momentos oportunos de dirigir a discussão para o assunto que acredita ser relevante e do mesmo modo recompor a entrevista caso ela esteja fugindo do tema.

As entrevistas foram realizadas até o momento de saturação, quando as repostas começam a se repetir, o que revela não ser mais necessário realizar novas entrevistas quando as concepções, explicações e sentidos atribuídos pelos sujeitos começam a ter uma regularidade de apresentação (DESLANDES, 2012).

As entrevistas foram documentadas por meio da utilização de gravador de voz do próprio celular das pesquisadoras com duração aproximada de 20 minutos, as quais ocorreram no próprio local participante do estudo, no horário em que eram feitos os convites ou com agendamentos prévios se o momento não fosse oportuno. Cada momento de diálogo tiveram um total de três pessoas, duas entrevistadoras e 1 entrevistado. As entrevistas foram gravadas com o consentimento dos sujeitos, respeitando os aspectos éticos. Ao início das gravações das entrevistas os participantes foram informados sobre: o aceite em participar deste estudo, a sua não identificação e o uso dos dados para produção acadêmica (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE). Não houve a necessidade de submissão ao comitê de ética em pesquisa, haja vista que a instituição participante e os sujeitos não são identificados neste estudo. Além disso, a direção do hospital aceitou participar do estudo.

Foi utilizada nesta pesquisa também a técnica da observação participante, onde as pesquisadoras passaram aproximadamente um mês em campo, realizando as entrevistas e inseridas no contexto do estabelecimento de saúde participante do estudo para compreensão do contexto do trabalho. De acordo com Minayo (2007) a observação participante é a técnica que permite entender como ocorre a dinâmica do trabalho em um determinado espaço de tempo. O diário de campo foi utilizado neste estudo para registro das percepções das pesquisadoras sob a dinâmica de trabalho do ambiente, com intuito de descrever minuciosamente suas observações e o registro de informações pertinentes que surgiram durante a imersão no cenário da pesquisa, relacionando aos objetivos

desta pesquisa. Além de ser o instrumento de registro das conversas informais com os atores sociais presentes no estabelecimento de saúde, não necessariamente aqueles que aceitaram participar da pesquisa.

Posteriormente, a coleta de dados e análise do estudo foram feitas a partir das transcrições das falas das entrevistas com os sujeitos participantes da pesquisa. As informações contidas nas entrevistas dos sujeitos foram transcritas e analisadas conforme as Unidades de Significado das Falas dos participantes (MOREIRA; SIMÕES; PORTO, 2005, p. 112). Tal técnica de análise consiste em primeiramente compreender o discurso produzido pelos informantes, logo depois selecionar as unidades que se mostrarem mais significativas nestes discursos e por fim fazer uma análise voltada à interpretação dos resultados buscando entender os dados em sua essência (MOREIRA; SIMÕES; PORTO, 2005, p. 113).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da imersão no campo e da realização das entrevistas com os participantes que aceitaram participar desta pesquisa percebeu-se que existe no ambiente estudado, um hospital, um contexto e cenário de precarização do trabalho, principalmente por esse estabelecimento de saúde está localizado em um município, o que acarreta na avaliação dos próprios entrevistados prejuízos a sua saúde mental. Principalmente em relação a infraestrutura predial e de insumos para a assistência em saúde.

Esse hospital de médio porte está localizado em um município de Goiás e entorno do Distrito Federal, aproximadamente a uma distância de 60 quilômetros de Brasília, capital do Brasil. É o único hospital da região e por ser o único enfrenta problemas como a falta de profissionais para atendimento da demanda de trabalho e ausência de materiais que são utilizados para a realização das atividades laborais, ou seja, na assistência à saúde pública da população. No contexto mais amplo a região coberta pelo hospital tem uma realidade marcada pela ausência do poder público no que se refere à prestação de serviços básicos à saúde da população como falta rede de esgoto, água tratada, limpeza urbana entre outros. Assim caracterizado como um território carente em todos os sentidos.

Os trabalhadores interlocutores deste estudo são de várias categorias profissionais tais como: Enfermeiros, Técnicos em Enfermagem, Serviços Gerais, Técnicos Administrativo, Técnicos em Radiologia e equipe de Seguranças. Em um primeiro momento era público participante desta pesquisa os profissionais de saúde. Entretanto após a imersão das pesquisadoras no campo foi percebido que os outros profissionais desejavam participar da pesquisa, mais do que os próprios profissionais de saúde, assim foi dado o seu momento de fala.

Esse fato chamou atenção dos pesquisadores, pois muitas das vezes os trabalhadores, que não são da área da saúde, acabam se tornando invisíveis institucionalmente em um

contexto hospitalar. Embora tenham importância significativa para a prestação dos serviços públicos de assistência à saúde. Algumas pesquisadoras que foram a campo possuem relatos de resistência por parte de profissionais de saúde em participar de pesquisa desta natureza, principalmente percebido pela ausência da classe médica no aceite em participar do estudo, assim esta pesquisa não conta com a representação de médicos.

Exceto essa baixa adesão de participação da classe médica. A maioria dos participantes entrevistados foram bem receptivos e encararam a pesquisa como uma oportunidade para a divulgação de informações referentes ao que eles passam cotidianamente. Percebeu-se que os trabalhadores não possuem um espaço para tratarem das suas angustias cotidianas relacionados ao trabalho, o que pode acabar desencadeando uma sensação de impotência, pois refletir sobre o seu trabalho e o papel social dele faz com que o trabalho entenda a sua importância para a instituição e sociedade, haja vista que a maioria deles se relacionam com pessoas prestando serviços para a população carente do município.

Os relatos dos sujeitos entrevistados evidenciam problemas complexos no ambiente de trabalho, no que tange aos conflitos que envolvem o contexto das relações humanas, estando relacionado aos conflitos de categoria e também de vínculo empregatício. Visto isso, nas vinte e uma (21) entrevistas realizadas observam-se constâncias e ocasionalidades, na medida em que se altera o contexto de inserção do indivíduo dentro da problemática em questão.

Em decorrência dessa experiência primária de imersão no contexto de trabalho desses profissionais, aproximadamente de um mês. Foi percebido que os profissionais manifestaram uma série de problemas psíquicos e sociais que se relacionavam com a sua presença naquele ambiente de trabalho. Embora esse estudo destaca que somente uma abordagem mais duradoura qualitativa e com uma equipe multiprofissional poderá afirmar essa premissa e intervir nesse contexto.

Uma observação importante encontrada no campo foi que muitos dos entrevistados faziam o uso de medicamentos, devido ao intenso estresse que eram submetidos em suas diversas categorias profissionais. Uma pergunta disparadora para que o diálogo se iniciasse entre as entrevistadoras e o entrevistado foi a reflexão do que era saúde mental para eles. As respostas basicamente eram dotadas de sentimentos de angústia e desabafo, ressaltando que isso faltava para eles. Como destacado nas entrevistas abaixo:

“Saúde mental, a minha não está muito perfeita porque está faltando, as tarjas pretas é claro, aqui tá faltando medicamento né, mas os dias que tiver os tarjas preta aqui e o aumento salarial vou ficar zero”. (Profissional da Farmácia)

“É quando a pessoa tá quase surtando que nem eu tem dia que eu tô quase surtando mesmo. Saio daqui para ficar louca. Eu acho que é isso é isso?”. (Técnica em Enfermagem)

“Olha o que eu entendo por saúde mental?... Apesar de dentro de uma estrutura hospitalar em qualquer área ela não é muito levada a sério a saúde mental ela afeta toda a infraestrutura do atendimento e até do conceito de família, por que tem gente que não consegue ao sair de aqui deixar os problemas aqui, ele leva, e isso afeta o que? o seu relacionamento familiar, afeta o psicológico, é, você trás... Você traz doenças como, por exemplo, a depressão, a tentativa do autoextermínio, você... Você começa a ter uma visão de (ruídos) de tomar remédio, acha que tá doente, você cuida da sua vida muito mais, você não consegue (ruídos) por que o próprio estado ele não trabalha muito com a saúde mental das pessoas que compõem o hospital, e isso é estadual, municipal e união, não trabalha pode ver você vai numa área de previdência vê a quantidade de servidores e colaboradores que têm problemas devido a essa saúde mental, por quê? Por que não trata, por que acha que muitas vezes você vai falar com um colega e acha que é frescura, o que que “cê” lida? Com a morte, você lida com a doença, com a perda e muitas vezes você absorve isso, você pode ver que a maioria dos médicos são o que? São dependentes químicos ou sofrem de insônia, pessoal morre de infarto por que a sobrecarga emocional é muito grande, sabe, você tem que tá todo o tempo o que? Prestando assistência pra aquilo, né, até a gente que trabalha na limpeza a gente absorve isso, vê uma pessoa chegar lá com um infarto, você sente também você não fica distante sabe, por que quando uma pessoa morre ou uma doença as pessoas que tão em volta também adoecem junto e morre junto, a pessoa que morre ela leva muita gente consigo mesmo sem perceber, então afeta e muito a saúde mental, é quando você começa a perceber que você se tornou mais irritadiço, você começa a ter problema de pressão, coisas que você nunca teve você passa a adquirir devido ao local que você trabalha, não por que ele é insalubre, mas por que o tipo de pessoas que entram aqui faz com que você absorva aquilo, você sente pena, você sente dó por que são pessoas que são marginalizadas, são desprezadas aí chega aqui e muitas vezes nem quer ser tratada só quer conversar, a prova tá essa pessoa aqui, a “biscate”, aqui todo mundo vem como se fosse a Madre Teresa de Calcutá todo mundo vem e procura, a saúde mental é muito mais importante que a própria segurança do trabalho dentro de um hospital, só que se você vai explicar isso pra um secretário de saúde ele vai achar que é loucura, ele vai achar que é jogar dinheiro fora, porque? Por que o servidor que trabalha aqui é descartável, você morrendo, você se aposentou no outro dia tem gente, então... mais alguma pergunta?”. (Profissional da Limpeza)

A respeito das percepções da servidora que trabalha na farmácia do hospital entende-se que ela utiliza os próprios medicamentos do hospital que deveriam ser disponibilizados apenas para a população, mas ela os utiliza na tentativa de sanar os seus problemas relacionados à saúde mental. Inclusive o medicamento utilizado deve ter uma rigorosidade e controle na sua dispensação, pois trata-se de medicamentos que oferecem riscos maiores a saúde do paciente, além da necessidade da prescrição médica. A mesma apresenta insatisfação salarial e também profissional, em alguns dos seus relatos fica evidente o problema da falta de insumos básicos no hospital para realização do seu trabalho laboral, que acaba também inviabilizando na maioria das vezes o trabalho coletivo desempenhado pelos seus colegas.

O que mais chama atenção nesse caso da profissional de farmácia se refere ao fato de cotidianamente ela apresentar problemas de angústia com o trabalho, o que prejudica sua saúde mental, ou seja, trata-se de uma servidora que precisa de ajuda. Os seus relatos mostraram essa necessidade de assistência psicológica. Embora na realidade vivenciada ela estava lotada em um setor do hospital onde o acesso a medicamentos tarjas pretas é facilitado.

A técnica de enfermagem entrevistada relata que em alguns momentos surta e se desespera devido ao trabalho que exerce. Na sua percepção o trabalho é visto como o principal desencadeador desse processo de adoecimento mental, pois segundo a participante a demanda de atividades laborais são grandes, sendo que em alguns momentos são avaliados como extremamente cansativos e desgastantes. Nesse caso chama a atenção o esgotamento profissional da servidora, neste caso destaca-se que pode se haver a presença nesse caso da síndrome de Burnout.

Há evidências científicas que ao longo da história o trabalho tem papel importante na determinação das doenças dos grupos de trabalhadores, principalmente quanto às alterações psíquicas. A dinâmica do trabalho dos profissionais de saúde está envolvida estritamente em vários casos com o surgimento da síndrome de Burnout (TAMAYO, 2009; CAMPOS, 2004; FELICIANO, 2011). Tal síndrome é resultado de prolongado processo de tentativas de lidar com determinadas condições de estresse sem lograr sucesso (SOUSA & MENDONÇA, 2009).

De acordo com Maslach, Schaufeli e Leiter (2010), Burnout é um fenômeno psicossocial que surge como uma resposta crônica aos estressores interpessoais ocorridos na situação de trabalho, que acomete profissionais que mantêm uma relação constante e direta com outras pessoas, como professores, médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, policiais, bombeiros etc.

Em relação ao trabalho dos profissionais de saúde a prevalência desta síndrome de burnout é associada ao paradoxo por esses experimentados, pois precisam estabelecer vínculos afetivos com aqueles a quem prestam seus cuidados e cotidianamente rompem esses vínculos por se tratar de uma relação profissional mediada por normas, horários, turnos, transferências, óbitos, entre outros (JACQUES, 2003). Outro fator que pode favorecer o quadro de acometimento deste tipo de profissionais pode ser a falta de organização atual do caos que vive a saúde pública brasileira como o caso do hospital onde o estudo aconteceu.

O servidor profissional da limpeza traz no seu relato todo o contexto de sensibilidade relacionado ao trabalho cotidiano que ocorre no hospital estudado, principalmente referente a situação de trabalho dos profissionais de saúde. Ele ressalta principalmente a complexidade de se trabalhar na área da saúde, pois o foco do trabalho desses profissionais é sanar a dor e o sofrimento do paciente, mas que também precisam de uma atenção institucional para não acabar prejudicando a saúde mental desses profissionais.

Esse servidor demonstra realmente saber o que se trata sua saúde mental e também a dos seus colegas de trabalho. Além dessa interessante reflexão coletiva do trabalho, na sua entrevista, ele manifesta sua insatisfação com relação as condições em que o hospital se encontra, possivelmente quando ele adoecer esse hospital acaba sendo referência para o seu atendimento enquanto usuário do sistema público de saúde. Outra ênfase presente na sua narrativa se refere a desvalorização da sua categoria profissional, tanto por parte dos próprios colegas de trabalho de outras categorias quanto pelos próprios pacientes.

Um dos elementos encontrado como fator estressor no trabalho foram os problemas de convívio entre os profissionais, sendo que esse elemento pode acarretar o surgimento de doenças mentais, além de provocar cotidianamente desconforto no local de trabalho. Destaca-se principalmente que essa percepção é por parte da categoria de enfermeiros, pois evidenciam a má relação com os profissionais da categoria médica. Isso faz com que muitos acreditem não serem capazes de tomarem decisões importantes em um ambiente hospitalar. Como ressaltado na narrativa abaixo:

“Então com colegas é muito boa mais um ou outro do colega que as vezes reclamam ne. Quando tem algum problema, por exemplo tem o pessoal da cozinha. Teve uma vez que uma nutricionista achou ruim uma atitude minha aí veio discutir comigo. As vezes o técnico não gosta do jeito que eu falo com ele. E mais eu acho que o que mais seria ruim é em relação aos médicos, por que eles eu não sei se é pelo estresse ou pelo que né? Mais eles costuma tratar muito mal o pessoal da enfermagem, eu acho que isso influencia demais. Isso com certeza deixa o trabalho mais estressante e desconfortável para os profissionais da enfermagem”. (Profissional Enfermeira)

Uma questão importante de se destacar nesse relato se relaciona com as relações de poder presente nas instituições de saúde. A enfermeira só acha ruim sua relação com significativamente quem é superior a ela em um ambiente hospitalar, no caso a classe médica, pois as outras classes que estão abaixo dela desempenhando o trabalho ela não percebe esse seu mal tratamento com o outro.

Outro elemento identificado foi a questão do transporte. Principalmente relacionado a categoria de técnicos em enfermagem. Muitos profissionais precisam se submeterem a um transporte pública, destaca-se que na cidade onde está localizado o hospital esse serviço é totalmente defasado e precário. Em conjunto com isso na avaliação dos entrevistados o trabalho estressante pode gerar prejuízos a sua saúde mental. Muitos sentem dificuldades de separarem o ambiente profissional com o familiar e acabam levando os problemas relacionados ao trabalho desgastante aos seus lares. Os problemas mais relatados nas narrativas dos entrevistados foram ansiedade, estresse e sentimentos de culpabilidade.

Os problemas que os usuários trazem consigo, às vezes, são absorvidos pelos profissionais de saúde. Como o caso da servidora responsável pela notificação das causas externas. Ela relatou que assuntos como o de abuso sexual e violência doméstica são prejudiciais para sua saúde mental. Destaca-se que esses são problemas recorrentes no

município. Ela evidencia a dificuldade de separar o ambiente familiar do profissional. Além de possuir dificuldade em manter a calma em casos mais peculiares ou violentos.

“Depende quando eu notifico a parte de violência sim Porque e tanto eu vou escutar o paciente por qualquer tipo de violência que ele sofreu como um abuso ou uma agressão eu falto desabar junto com ele.”. (Profissional Técnico Administrativo)

A insalubridade e falta de equipamentos são problema recorrentes na instituição, tendo uma certa gravidade, pois afeta não só a população que está sendo atendida, mas também atingem os trabalhadores desencadeando a ampliação dos riscos ao adoecimento mental. Esses motivos se relacionam também com a qualidade da assistência que será prestada para a população, pois são motivos para não realizarem suas atividades da melhor maneira possível. Um relato chama a atenção para a falta de insumos:

“Falta Luva às vezes, falta seringa, falta muita coisa e pne falta muito.” (Profissional Enfermeira)

A falta de organização do trabalho, também foi um elemento identificado como fator estressante no contexto estudado. Esse fator influencia de modo significativo o adoecimento mental dos profissionais. A má organização das tarefas, desencadeada muitas vezes pela ausência de profissionais, haja vista que a demanda é maior do que o quadro profissional existente. Assim se configura como um problema complexo pois esse fator envolve não só uma ação institucional, mas também política externa aos atores internos.

De acordo com pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde (2008), existe um aumento de 20% na prevalência de transtornos mentais severos e persistentes na população brasileira. Assim sendo o contexto estudado corrobora com essa pesquisa, haja vista que essa informação reflete no cenário pesquisado, onde as condições dos profissionais e funções/atividades foram identificadas como prejudiciais à saúde mental dos indivíduos.

Vários dos entrevistados relataram sérios transtornos e vícios que não favorecem a sua saúde física e mental. Como o uso abusivo de bebidas alcoólicas, medicamentos tarja preta e cigarros. Esses produtos são usados para amenizar o sofrimento emocional negativo provocado pelo ambiente de trabalho hospitalar, o qual produz na vida profissional e pessoal dos trabalhadores o estresse cotidiano. Destaca-se que o estresse cotidiano pode potencializar o adoecimento mental.

Boa parte das narrativas trazem o diagnóstico da depressão, muitos já enfrentam esse problema diariamente, na avaliação deles devido as funções que exerciam no momento da pesquisa. Um caso foi da enfermeira que já possuía uma doença degenerativa, que juntamente com o seu estresse cotidiano, agravou de modo significativo o seu comportamento.

Os trabalhadores da gestão e administração do hospital também estão submetidos a precarização do trabalho, eles exercem suas funções em um ambiente completamente sem ventilação e escuro. Para as pesquisadoras foi perceptível a submissão desses profissionais a fatores que prejudicam a sua saúde física e mental, principalmente mental. Há uma carga negativa presente no ambiente hospitalar e que reflete na saúde dos trabalhadores.

Por fim, os participantes relataram possíveis melhorias nas condições de trabalho foram elas: valorização do trabalho, mais equipamentos, qualidade das informações, investimento no setor público, mais profissionais e infraestrutura adequada.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde mental dos profissionais participantes é completamente afetada pelo contexto de trabalho onde estão inseridos. Isso pode acarretar problemas como o estresse, a depressão e a ansiedade. Essa pesquisa foi enriquecedora para os envolvidos, pois foi um momento de voz para aqueles que não têm oportunidade de narrar o seu sofrimento psicológico. Os sujeitos contaram suas histórias de vida, suas opiniões sobre saúde mental, dificuldades sociais no ambiente de trabalho sendo esse local, para alguns, marcado pelo preconceito e desvalorização profissional. Tudo isso esses trabalhadores enfrentam cotidianamente.

Esse contexto cotidiano de trabalho faz com que surjam nos trabalhadores alguns sintomas tais como o estresse, o transtorno de ansiedade, o transtorno compulsivo e a falta de alimentação regular. O que pode ocasionar a depressão, sendo que alguns já trazem esse diagnóstico nas entrevistas. Podendo esses sintomas estarem relacionados a falta de equipamentos e materiais para os procedimentos de assistência à saúde, a insatisfação salarial, o desrespeito e a falta de diálogo entre os colegas de trabalho, o não reconhecimento devido do ambiente de trabalho, a insalubridade, a carga emocional negativa, o estresse devido à falta de diálogo entre paciente e profissional e a falta de organização no trabalho.

Com isso percebe-se que os fatores e elementos que são potenciais para desencadear um processo de adoecimento mental nos trabalhadores inseridos no contexto do estabelecimento de saúde hospitalar estão relacionados tanto a circunstâncias individuais quanto coletivas do trabalho. Essa problemática também reflete no modo como a assistência à saúde é prestada para a população. Pois, consequência do estresse cotidiano será o reflexo do péssimo atendimento ao paciente. Assim tanto o trabalhador, como aquele que busca solucionar o seu problema de saúde no hospital estão vulneráveis.

Por fim a representação dos trabalhadores sobre o ambiente de trabalho no geral é negativa. Os mesmos ressaltam os riscos de contraírem doenças e infecções diariamente no ambiente hospitalar, além daqueles outros elementos da psicodinâmica do trabalho. Esses profissionais precisam de uma atenção à saúde do trabalhador, haja vista que foi evidente em algumas narrativas a presença do esgotamento profissional, assim necessitando de ações de intervenção que visem a minimização dessa problemática, pois a partir dos relatos não houveram registros nesta pesquisa de ações realizadas pela gestão que visasse a assistência do servidor e o enfrentamento dessa problemática.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental no SUS**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 86 p.

CAVASSANI, A. P.; CAVASSANI, E. B.; BIAZIN, C. C. **Qualidade de vida no trabalho: fatores que influenciam as organizações**. [s.d] [Acesso em: 16 de agosto de 2018]. Disponível em: http://www.simpep.feb.unesp.br/anais/anais_13/artigos/784.pdf.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta**. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 31ª. ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes. p. 61-77, 2012.

FELICIANO, K. V. O.; KOVACS, M. H.; SARINHO, S. W. **Burnout entre médicos da Saúde da Família: os desafios da transformação do trabalho**. Ciência & Saúde Coletiva, 16(8):3373-3382, 2011.

FERRAZ, E. M. **O caos no atendimento do sistema único de saúde**. Rev. Col. Bras. Cir. Vol. 35 - nº 5: 280-281, 2008.

GOLDENBERG, M. A. **Arte de Pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais**. Rio de Janeiro: Ed. Record. 16-24. 2011.

GOTO, A. K.; SOUZA, M. T. S.; JUNIOR, J. V. L. **Um estudo sobre o estresse em profissionais da área de logística da indústria automobilística**. Psicologia política. vol. 9. nº 18. pp. 291-311, 2009.

JACQUES, M. G. C. **Abordagens teórico-metodológicas em saúde/ doença mental e trabalho**. Psicologia & Sociedade, 15 (1), 97-116, 2003.

MASLACH, C.; SCHAUFELI, W. B.; LEITER, M. P. Job burnout. In: BATISTA, J. B. V.; CARLOTTO, M. S.; COUTINHO, A. S.; AUGUSTO, L. G. S. **Prevalência da síndrome de burnout e fatores sociodemográficos e laborais em professores de escolas municipais da cidade de João Pessoa, PB**. Rev Bras Epidemiol; 13(3): 502-12, 2010.

MERLO, A. R. C.; MENDES, A. M. B. **Perspectivas do uso da psicodinâmica do trabalho no Brasil: teoria, pesquisa e ação**. Cadernos de Psicologia Social do Trabalho, 2009, vol. 12, nº 2, pp. 141-156.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: Teoria, Método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, p.1-80, 2007.

MINAYO, M. C. S. **Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta**. In: _____. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC, 2010, p.61-76.

MOREIRA, W. W.; SIMÕES, R.; PORTO, E. **Análise de conteúdo: técnica de elaboração e análise de unidades de significado**. Rev Bras Cie e Mov. 13(4):107-114, 2005.

MORETTI, S. **Qualidade de vida no trabalho X auto realização humana**. Criciúma: Instituto Catarinense de Pós-Graduação, 2007. [Acesso em: 16 de agosto de 2018]. Disponível em: <http://icpg.com.br/artigos/rev03-12.pdf>.

SOUSA, I. F; MENDONÇA, H. **Burnout em professores universitários: impacto de percepções de justiça e comprometimento afetivo.** Psicologia: teoria e pesquisa. Vol. 25 n°.4, pg 499-508, 2009.

TAMAYO, M. R. **Burnout: implicações das fontes organizacionais de desajuste indivíduo-trabalho em profissionais da enfermagem.** Psicologia: reflexão e crítica, 22(3),474-482, 2009.

TAMAYO, M. R; MENDONÇA, H; SILVA, E. N. **Relação entre estresse ocupacional, coping e burnout.** In: FERREIRA, M. C; MENDONÇA, H. (Orgs) Saúde e bem-estar no trabalho: Dimensões individuais e culturais. São Paulo: Casa do Psicólogo, 22 (3), pg 474-482, 2009.

CAPÍTULO 2

PRINCIPAIS DIFICULDADES NO TURNO NOTURNO: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Data de aceite: 01/09/2020

Data de submissão: 05/06/2020

Camila Araújo Barradas

Centro de Estudos em Enfermagem e Nutrição
– CEEN
Goiânia – GO
<http://lattes.cnpq.br/2173868188362445>

Ubiratan Contreira Padilha

Centro de Estudos em Enfermagem e Nutrição
– CEEN
Goiânia - GO
<http://lattes.cnpq.br/2607608534912151>

RESUMO: Introdução: A profissão da enfermagem oferta um atendimento contínuo por 24 horas, surgindo assim, a jornada de trabalho noturno compreendido entre 22:00 horas de um dia às 5:00 horas do dia seguinte (BRASIL, 1943). Essa realidade exige a execução do trabalho no período de descanso natural do corpo. Objetivos: Identificar as principais dificuldades dos profissionais da equipe de enfermagem no trabalho noturno, e, ainda, verificar, se existem alterações orgânicas neste profissional. Material e métodos: Trata-se de uma revisão bibliográfica do tipo descritivo-exploratório que utilizou as bases de dados: BVS, Google Acadêmico, LILACS e Scielo. Critérios de inclusão adotados: artigos disponíveis e gratuitos dos últimos 10 anos. Critérios de exclusão: público-alvo com profissionais aquém da equipe de enfermagem; trabalhos elaborados

fora do Brasil. A questão norteadora foi: “Quais as principais dificuldades para a equipe de enfermagem no plantão noturno?”. Seguiu as etapas: formulação da questão norteadora, escolha dos critérios de inclusão e exclusão, avaliação dos estudos da amostra, escolha dos artigos elegíveis, interpretação dos resultados e conclusão. Chegou-se a 5 artigos elegíveis.

Resultados: Encontrou-se as dificuldades: sobrecarga de trabalho (menos profissionais a noite), relações interpessoais prejudicadas (dinâmica de trabalho específica em cada setor), dificuldade em conciliar o plantão noturno com lazer e família e na perspectiva pessoal, isolamento social (devido o turno de trabalho) (SILVA; CARVALHO; CARDIM, 2017). Jesus et al, (2016) elencou: ausência de condições de trabalho, de qualidade do material de insumo e no quantitativo de pessoal e remuneração. Sobre alterações orgânicas, Leal (2015) verificou a desregulação do ritmo circadiano com alterações como: ansiedade, depressão, envelhecimento precoce, irritabilidade, estresse, cefaleia, medo e má alimentação. **Conclusão:** As principais dificuldades no turno noturno assumem a perspectiva da ausência de condições de trabalho adequadas para o cuidado, bem como dificuldades que atingem a esfera pessoal inclusive sobre sua própria saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Condições de trabalho, Plantão noturno, Turno noturno.

MAIN DIFFICULTIES IN NIGHT SHIFT: A LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: Introduction: The nursing team

offers a continuous service for 24 hours, resulting in a night shift between 22:00 hours of a day and 5:00 hours of the following day (BRASIL, 1943). This reality requires the work to be performed during the body's natural rest period. Objectives: To identify the main difficulties of the nursing team professionals in night work, and also to check if there are organic changes in this professional. Material and method: This is a descriptive-exploratory bibliographic review that used the databases: VHL, Google Scholar, LILACS and Scielo. Inclusion criteria adopted: articles available and free for the last 10 years. Exclusion criteria: target audience with professionals below the nursing team; works prepared outside Brazil. The guiding question was: "What are the main difficulties for the nursing team on night shift?". It followed the steps: formulation of the guiding question, choice of inclusion and exclusion criteria, evaluation of sample studies, choice of eligible articles, interpretation of results and conclusion. There were 5 eligible articles. Results: Difficulties were found: work overload (less professionals at night), impaired interpersonal relationships (specific work dynamics in each sector), difficulty in reconciling night shift with leisure and family and from a personal perspective, social isolation (due to the work shift) (SILVA; CARVALHO; CARDIM, 2017). Jesus et al, (2016) listed: absence of working conditions, quality of input material and the number of personnel and remuneration. Regarding organic changes, Leal (2015) verified the dysregulation of circadian rhythm with changes such as: anxiety, depression, premature aging, irritability, stress, headache, fear and poor diet. Conclusion: The main difficulties in the night shift assume the perspective of the absence of adequate working conditions for care, as well as difficulties that affect the personal sphere, including their own health.

KEYWORDS: Working conditions, Night shift, Night shift.

1 | INTRODUÇÃO

A profissão da enfermagem exige que seja garantido ao paciente um atendimento contínuo por 24 horas. Partindo disso, surge a jornada de trabalho em turno noturno que, atualmente, é aquele considerado entre 22:00 horas de um dia às 5:00 horas do dia seguinte (BRASIL, 1943). Essa realidade exige que o trabalho seja executado em um período em que o corpo naturalmente estaria em seu período de descanso. A partir dessa perspectiva buscou-se com a presente pesquisa identificar as principais dificuldades vivenciadas pelos profissionais da equipe de enfermagem na execução do trabalho noturno.

2 | OBJETIVOS

Buscou-se na presente revisão da literatura levantar quais as principais dificuldades que os profissionais da equipe de enfermagem enfrentam na execução do seu trabalho no turno noturno. E ainda, verificar, se este profissional sofre alterações orgânicas no exercício do seu trabalho.

3 | MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de uma revisão bibliográfica do tipo descritivo-exploratório que utilizou as bases de dados: BVS, Google Acadêmico, LILACS e Scielo. Critérios de inclusão adotados: artigos disponíveis e gratuitos dos últimos 10 anos. Critérios de exclusão: público-alvo com profissionais aquém da equipe de enfermagem; trabalhos elaborados fora do Brasil. A questão norteadora foi: “Quais as principais dificuldades para a equipe de enfermagem no plantão noturno?”. Seguiu as etapas: formulação da questão norteadora, escolha dos critérios de inclusão e exclusão, avaliação dos estudos da amostra, escolha dos artigos elegíveis, interpretação dos resultados e conclusão. Chegou-se a 5 artigos elegíveis.

4 | RESULTADOS

Encontrou-se as dificuldades sobrecarga de trabalho (menos profissionais a noite), relações interpessoais prejudicadas (dinâmica de trabalho específica em cada setor), dificuldade em conciliar o plantão noturno com lazer e família e na perspectiva pessoal, isolamento social (devido o turno de trabalho) (SILVA; CARVALHO; CARDIM, 2017). Jesus et al, (2016) elencou: ausência de condições de trabalho, de qualidade do material de insumo e no quantitativo de pessoal e remuneração. Sobre alterações orgânicas, Leal (2015) verificou a desregulação do ritmo circadiano com alterações como: ansiedade, depressão, envelhecimento precoce, irritabilidade, estresse, cefaleia, medo e má alimentação.

5 | CONCLUSÃO

A partir dos estudos levantados, conclui-se que as dificuldades no turno noturno de trabalho da equipe de enfermagem assumem a perspectiva da ausência de condições de trabalho adequadas para o exercício do cuidar, bem como dificuldades que atingem a esfera pessoal inclusive sobre sua própria saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Decreto-Lei n. 5.452, de 1º de maio de 1943. **Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho**. Diário Oficial [dos] Estados Unidos do Brasil: secção 1, Rio de Janeiro, DF, ano 82, n. 184, p. 11937-11984, 9 ago. 1943. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/De15452.htm. Acessado em: 24/03/2019.

JESUS, C. S. et al. (2016). **Reflexo do serviço noturno frente às condições de trabalho, saúde, vida social e familiar do profissional de enfermagem**. Inova Saúde, volume 5, página. 76-95.

LEAL, B. G. **Representações sociais de saúde e doença dos profissionais de enfermagem do noturno**: Guia para propor ações em educação e saúde. 121 f. Dissertação de Mestrado (Mestrado Profissional de Enfermagem) – Curso de Pós-graduação de Enfermagem, Universidade Vale do Rio dos Sinos. Porto Alegre, 2015.

SILVA, A. P., CARVALHO, E. S.; CARDIM, A. (2017). **Trabalho noturno na vida dos enfermeiros**. Rev. Enf. Contemporânea, volume 6, página. 177-185.

CAPÍTULO 3

PERFIL DOS ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO EM TRABALHADORES DA SAÚDE NA REGIÃO SUL DO ESTADO PARÁ, BRASIL

Data de aceite: 01/09/2020

Data de Submissão: 04/06/2020

Priscilla Rodrigues Caminha Carneiro

Enfermeira. Mestranda em Ensino em Ciências e Saúde - UFT. Docente do Departamento de Enfermagem Hospitalar da Universidade do Estado do Pará. Conceição do Araguaia. Pará.
<http://lattes.cnpq.br/9155245902312895>

Honorina dos Anjos Oliveira Valadão

Acadêmica de Enfermagem. Universidade do Estado do Pará. Conceição do Araguaia. Pará.
<http://lattes.cnpq.br/1490446386269741>

Mayara Teresa de Menezes Feitosa Melo

Acadêmica de Enfermagem. Universidade do Estado do Pará. Conceição do Araguaia. Pará.
<http://lattes.cnpq.br/7687043409340546>

Vivian de Paula Cardoso de Oliveira

Acadêmica de Enfermagem. Universidade do Estado do Pará. Conceição do Araguaia. Pará.
<http://lattes.cnpq.br/5902065752043228>

RESUMO: Os Acidentes de Trabalho com Material Biológico (ATMB) consistem no contato do trabalhador com sangue e/ou outros fluídos orgânicos durante a jornada laboral. No Brasil, as preocupações com medidas preventivas e acompanhamento em relação aos profissionais de saúde expostos aos riscos de acidentes de trabalho iniciaram-se, somente, após o surgimento de muitas ocorrências de infecções pelo Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV)

na década de 80. O presente estudo teve por objetivo caracterizar os (ATMB) e o perfil dos trabalhadores da Macrorregião Sul do Estado do Pará, a partir das fichas de notificação do Sistema Nacional de Agravos de Notificação Compulsória - SINAN monitoradas pelo Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador – CEREST Araguaia. A coleta de dados foi realizada pelo levantamento das 537 fichas de notificação no período de 2010 a 2018. Os acidentes ocorreram, predominantemente, entre os técnicos de enfermagem (322; 71%) do sexo feminino (444; 83%) e a faixa etária 20–34 (54%). Dos acidentes, 69% envolveram exposição percutânea, os materiais de destaque nos acidentes foram agulhas com lúmen (53%), decorrentes de procedimentos cirúrgicos (16%) e administração de medicamentos endovenosos (15%). Consoante a relevância do não uso dos equipamentos de proteção individual (EPI's), o EPI mais ausente foi o facial (24%), seguido da ausência de óculos (21%), avental (15%), máscara (16%), bota (21%) e luva (3%). Conclui-se que as estratégias de prevenção à ocorrência dos acidentes de trabalho, com material biológico, devem incluir ações simultâneas, entre trabalhadores e gerência dos serviços de saúde, devendo estar voltadas às melhorias das condições do trabalho amenizando os riscos ocupacionais.

PALAVRAS-CHAVE: Acidentes de Trabalho, Exposição Ocupacional, Saúde do Trabalhador, Contenção de Riscos Biológicos.

PROFILE OF ACCIDENTS WITH BIOLOGICAL MATERIAL IN HEALTH WORKERS IN THE SOUTH REGION OF THE STATE PARÁ, BRAZIL

ABSTRACT: Work Accidents with Biological Material (ATMB) consist of the worker's contact with blood and / or other organic fluids during the working day. In Brazil, concerns about preventive measures and follow-up in relation to health professionals exposed to the risks of accidents at work started only after the emergence of many occurrences of infections with the Acquired Immunodeficiency Virus (HIV) in the 1980s. The present study aimed to characterize the (ATMB) and the profile of workers in the Southern Macregion of the State of Pará, based on the notification forms of the National Compulsory Notification System - SINAN monitored by the Regional Reference Center for Occupational Health - CEREST Araguaia. Data collection was carried out by surveying the 537 notification forms from 2010 to 2018. Accidents occurred, predominantly, among nursing technicians (322; 71%) female (444; 83%) and the age group 20–34 (54%). Of the accidents, 69% involved percutaneous exposure, the materials highlighted in the accidents were lumen needles (53%), resulting from surgical procedures (16%) and administration of intravenous drugs (15%). Depending on the relevance of not using personal protective equipment (PPE's), the most absent PPE was facial (24%), followed by the absence of glasses (21%), apron (15%), mask (16%), boot (21%) and glove (3%). It is concluded that strategies to prevent the occurrence of occupational accidents, with biological material, must include simultaneous actions, between workers and health service management, and must be aimed at improving work conditions, mitigating occupational risks.

KEYWORDS: Work Accidents, Occupational Exposure, Worker's health, Containment of Biological Risks.

1 | INTRODUÇÃO

No Brasil, as preocupações com medidas preventivas e acompanhamento em relação aos profissionais de saúde expostos aos riscos de acidentes de trabalho iniciaram-se somente, após o surgimento de muitas ocorrências de infecções pelo Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV) na década de 80, como afirma (CUNHA, p.26, 2017 apud BRASIL, 2004).

A preocupação com a adoção de medidas de prevenção aos acidentes laborais por exposição a material biológico tem início recente na história da saúde. Fato é que, embora os riscos ocupacionais relacionados a agentes biológicos sejam conhecidos desde a década de 1940, apenas no início da década de 1980, impulsionados pela epidemia de infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é que foram estabelecidos os protocolos de atendimento, bem como as preconizações de medidas profiláticas à exposição ocupacional aos patógenos de transmissão sanguínea.

Nos últimos anos, estudos relacionados a acidentes ocupacionais tem sido o foco de muitos pesquisadores, haja vista, que o trabalho nos setores de saúde é executado em locais de constantes riscos à saúde do trabalhador devido a estarem expostos a fatores de riscos de diversas ordens durante a jornada laboral. Tendo em vista demais estudos,

orçamenta-se que 37,6% das Hepatites B, 39% das Hepatites C e 4,4% do HIV/AIDS dentre os trabalhadores da saúde no mundo originam-se de acidentes com agulhas contaminadas com material biológico (LA – ROTTA, et. al., 2020).

Os Acidentes de Trabalho com Material Biológico (ATMB) se configuram um grave problema de saúde pública, pois além dos problemas de saúde, geram também prejuízos econômicos e sociais, uma vez que, em alguns casos, o trabalhador acometido do acidente, necessita afastar-se de suas atividades produtivas, como enfatiza (CUNHA, p.22, 2017 apud REIS, 2013) “de um modo geral, percebe-se pelos achados na literatura, que o ATMB é considerado na atualidade como um importante problema de saúde pública, tendo em vista os seus efeitos para as vítimas deste tipo de acidentes, para os empregadores e para o sistema previdenciário do país”. Desta forma, é de suma importância à adoção de medidas de biossegurança.

Dentre os profissionais da saúde os que mais se destacam nos acidentes biológicos é a equipe de enfermagem, em especial os técnicos de enfermagem e enfermeiros, isto em virtude de estar em contato direto com os pacientes e da grande demanda de procedimentos invasivos, como afirma Cunha, p.33, 2017 apud Almeida et al.,2009 “[...] o risco é potencializado quando relacionado aos cuidados diretos aos pacientes e com elevado número de procedimentos como: higiene, punções, sondagens, aspiração, curativos, administração de medicamentos dentre outras atividades que requerem o uso de materiais perfurocortantes,[...]”. E com isto ficam expostos a uma diversidade de doenças infectocontagiosas oriundas de exposição a materiais biológicos, tais como sangue e outros fluidos orgânicos “secreções e excreções”.

Desta forma, o profissional fica sujeito a contrair diversas patologias, sendo as mais comuns a hepatite B(HBV), hepatite C(HCV) e a imunodeficiência humana (HIV), além de passarem por estresse emocional sucedido da preocupação com uma possível soro conversão e também pelo medo de contaminar os seus familiares. “Estima-se que anualmente, em todo o mundo, esses acidentes resultem em 15 mil infecções pelo vírus da hepatite C e 500 pelo vírus da imunodeficiência humana, entretanto, no que se refere ao vírus da hepatite B, a probabilidade de infecção após exposição percutânea é significativamente maior, podendo chegar a 70 mil”. (SOARES RZ, et. al, p.206, 2019).

Portanto, mediante ao supracitado, o presente estudo justifica-se pela importância de enfatizarmos a tomada de medidas de precauções padrão que devem ser adotadas mediante a possibilidade de contato com sangue, secreções, excreções, fluidos corporais, pele não íntegra e mucosas, sendo assim, é imprescindível conhecer as características do ATMB, para que assim sejam tomadas as providências necessárias, com o intuito de mitigar os riscos ocupacionais e aprimorar as condições de trabalho. Outrossim, destacamos a importância do uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) de forma responsável e consciente, pois a maioria dos acidentes podem ser evitados ou atenuados com o uso dos mesmos.

Diante disso, este estudo teve como objetivo caracterizar os acidentes de trabalho com exposição a material biológico e o perfil dos trabalhadores, a partir das fichas de notificação SINAN monitoradas pelo Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador da Macrorregião Sul do Estado do Pará no período de 2010 a 2018.

2 | MATERIAIS E METÓDOS

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, quantitativo, retrospectivo e analítico.

Um estudo epidemiológico descritivo objetiva-se determinar a distribuição da doença ou as condições relacionadas à mesma, este examina como a incidência ou a prevalência de uma patologia está relacionada à características, como sexo, idade, escolaridade e outros. A epidemiologia descritiva pode fazer uso de dados secundários (pré-existent) e primários (dados coletados para o desenvolvimento do estudo). (LIMA-COSTA e BARRETO, 2003).

Segundo Dalfovo, et. al. (2008), um estudo quantitativo se “caracteriza pelo emprego da quantificação, tanto nas modalidades de informações, quanto no tratamento dessas através de técnicas estatísticas, desde as mais simples à mais complexas.” Tendo em vista resultados que evitem possíveis erros durante a análise e a interpretação dos dados, possibilitando assim uma maior segurança.

De acordo com Hochman, et. al. (2005), o estudo retrospectivo se da “a partir de um registro passado, e é seguido adiante a partir daquele momento até o presente.” Ou seja, é um estudo em que se ocorre inversão, direciona-se do “efeito” para a “causa” e não da “causa” para o “efeito”.

O estudo analítico é deveras utilizado para a verificação de hipóteses. O pesquisador insere um fator de exposição ou um novo recurso terapêutico, e o avalia fazendo uso de ferramentas bioestatísticas. Em sua maioria, constituem-se na base dos estudos primários. (HOCHMAN, et. al., 2005).

Os dados foram coletados por meio do levantamento de 08 anos, de 2010 a 2018, das fichas de notificação referente aos trabalhadores vítimas de acidentes com material biológico, após autorização prévia da instituição local do estudo.

A coleta de dados foi realizada em fevereiro de 2019, sendo utilizado o aplicativo TABNET SINAN, para a seleção das informações. Foram incluídos os registros de acidentes com todas as categorias profissionais no período supracitado, com as seguintes variáveis, profissão, sexo, faixa etária, evolução do caso, circunstância do acidente, escolaridade, agente causador, tipo de exposição e uso de EPI's.

3 | RESULTADOS E DISCURSSÃO

Na 12º Regional de Saúde - Região Araguaia, localizada na Macrorregião Sul do Estado do Pará, entre os anos de 2010 a 2018 foram notificados e registrados no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) 537 casos de Acidentes de Trabalho com Material Biológico (ATMB).

A priori os dados foram organizados individualmente, começando pelo número total de casos, e logo após ramificando-os para cada área, como: quais os profissionais mais acometidos, as faixas etárias destes, quais os tipos de exposição foram submetidos, qual o agente e as circunstâncias de exposição, uso de EPI's, sexo e evolução dos casos, com seus valores quantitativos e percentuais.

Do total de casos registrados (537) no intervalo dos 8 anos, incluindo profissionais da saúde e profissionais de outras áreas, como açougueiros, garis, operadores de caixa entre outros mais. No entanto, o enfoque deste trabalho foram apenas os profissionais da saúde, observando-se que, dentre os 537 casos, 451 foram na área da saúde. Os mais acometidos por acidentes com material biológico foram os Técnicos de Enfermagem com 71% (322) em primeira posição, os Enfermeiros com 11% (48) em segunda, em terceira os médicos com 4% (19), e instrumentadores cirúrgicos com 3% (15) em quarta posição. Estes índices reforçam a preocupação demonstrada em estudos de acidentes de trabalhos entre os profissionais desta área, por serem os que se destacam no contato direto com riscos devido aos trabalhos ininterruptos, sendo que “a alta prevalência de acidentes entre esses profissionais ocorre devido à assistência direta e ininterrupta ao paciente, ao manuseio frequente de perfurocortantes, aos múltiplos vínculos empregatícios e à sobrecarga de trabalho” (SARDEIRO et.al., p.5, 2019). Esses registros se assemelham aos estudos de Barros, et. al. (2016) e Vieira, et. al. (2019) nos quais afirma que a quantidade de técnicos de enfermagem infectados devido acidentes biológicos se deve ao fato de representarem o maior número de profissionais na equipe de enfermagem. A figura abaixo mostra os profissionais que foram acometidos por acidentes com material biológico.

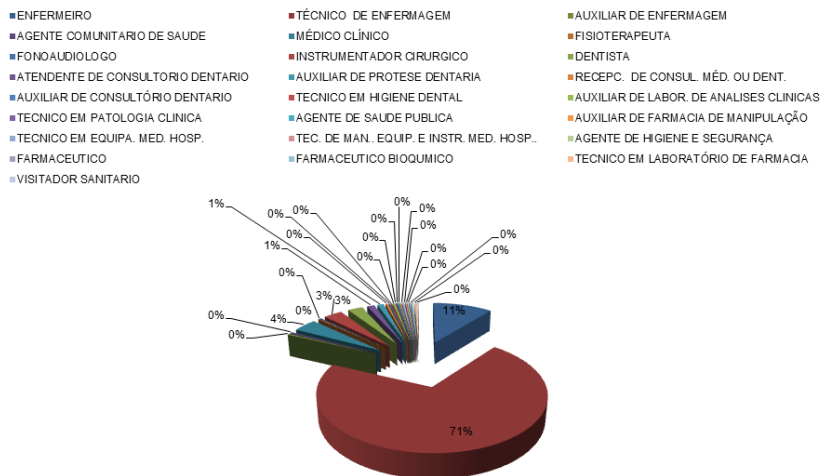


Figura 1- Ocupação conforme observado nas fichas de notificações monitoradas pelo Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador da Macrorregião Sul do Estado do Pará.

Portanto, como é visto na figura 1, é possível afirmar que os profissionais da saúde estão constantemente expostos ao risco de infecção a inúmeros patógenos após exposição ocupacional advindas de acidentes com sangue ou fluídos corporais (Vieira, et. al., 2019). Uma vez que, o ambiente de trabalho na área da saúde é um cenário propício a prováveis riscos biológicos, sendo imprescindível aderir às medidas de biossegurança, visto que os setores de saúde são locais insalubres.

De acordo com os dados analisados, os profissionais apresentam uma faixa etária de 20 – 79 anos de idade (521) constituindo-se a maioria dos 20-34 (54%) anos de idade, conforme figura 2.

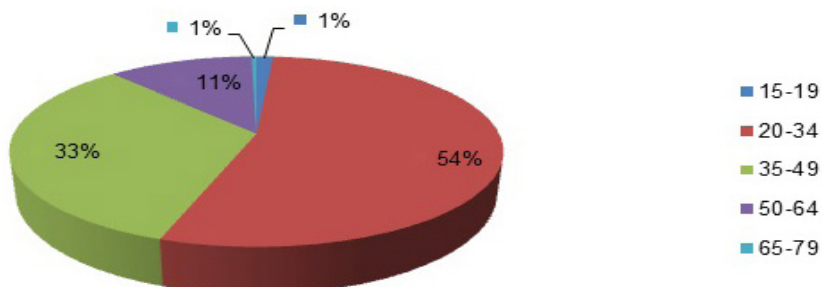


Figura 2- Faixa etária, conforme observado nas fichas de notificações monitoradas pelo Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador da Macrorregião Sul do Estado do Pará.

Constando como predominância o sexo feminino, com o total de 444 (83%) mulheres e apenas 93 (17%) do sexo masculino, este que também é primazia em outras pesquisas. Assim sendo, percebe-se que os acidentes de trabalhos ocorrem com mais prevalência com gênero feminino, consistindo em tal confirmação por estudos semelhantes. Como afirma Januário 2017 “Isto se deve às próprias características históricas da equipe de enfermagem que em sua grande maioria é exercida por mulheres, justificando assim sua maior prevalência e corroborando com outras pesquisas encontradas na literatura nacional e internacional”.

E com relação ao nível de escolaridade, 35% tinham o ensino médio completo, 6% educação superior incompleto, 16% educação superior completo e 27% não se aplicam. E quanto ao agente causador dos acidentes, é notório o alto índice dessas ocorrências por meio de agulha com lúmen. Dessa forma, segundo Arantes (2017), Estas que particularmente são bastante preocupantes, uma vez que, são muito utilizadas para a coleta de sangue e inserção de cateter intravascular, pois, muitas das vezes têm resíduos de sangue, os quais estão relacionados ao risco de transmissão do vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).

Os acidentes foram causados durante o manuseio de diversos materiais, tais como: agulha com e sem lúmen, intracath, vidros, lâmina/lanceta, entre eles houve os ignorados/brancos e outros. Os materiais de destaque nos acidentes foram às agulhas com lúmen com um total de 287 (53%) acidentes, dado este preocupante, pois as agulhas com lúmen, principalmente as utilizadas para coleta de sangue e inserção de cateter intravascular, contém sangue residual e são associadas á elevados riscos de transmissão de doenças contraídas por ATMB, como ressalta Arantes (2017) “o sangue foi o material orgânico de maior prevalência nos acidentes em estudo, os quais foram causados, principalmente pelo uso de agulhas com lúmen, por meio de exposição cutânea”.

Seguido de outros com 106 (20%) e as agulhas sem lúmen com 83 (16%), lâminas/lanceta com 33 (6%), vidros, 7 (1%), intracath, 7 (1%) e ignorado/branco com 14 (3%), como pode ser observado na figura abaixo.

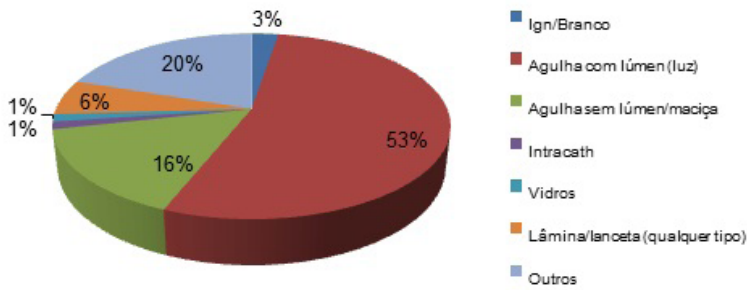


Figura 3- Agente causador do acidente, conforme observado nas fichas de notificações monitoradas pelo Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador da Macrorregião Sul do Estado do Pará.

Os procedimentos cirúrgicos têm sido os maiores causadores circunstanciais dos acidentes com materiais biológicos, haja vista que esse é um dos procedimentos ao qual os profissionais da enfermagem estão interligados com muita frequência. Santana (2018) afirma que a preocupação com os riscos ocupacionais a que estão sujeitos os profissionais que atuam no Centro Cirúrgico (CC) dar-se-á pelo desempenho de suas funções, ao manipularem materiais perfurocortantes como também a elevada frequência de procedimentos invasivos e a dinâmica do serviço. A figura abaixo demonstra as circunstâncias dos acidentes:

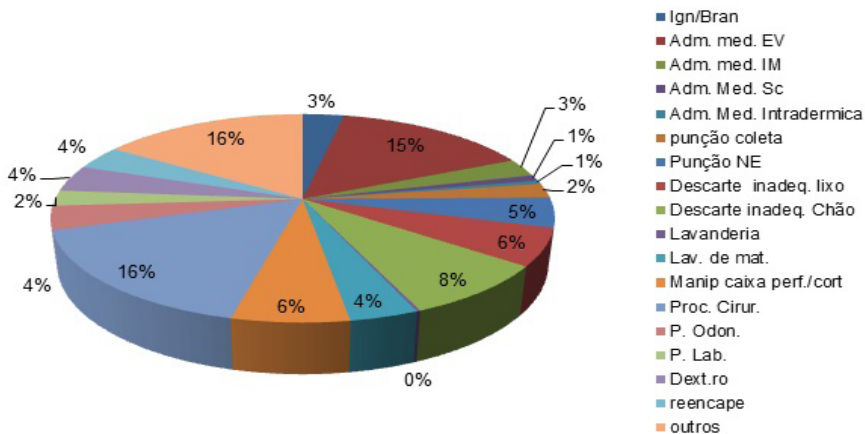


Figura 4- Circunstância do acidente conforme observado nas fichas de notificações monitoradas pelo Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador da Macrorregião Sul do Estado do Pará.

Tendo como destaque nas circunstâncias dos acidentes os procedimentos cirúrgicos e outros assumem a primeira posição com 88 (16%), a porcentagem dos procedimentos cirúrgicos reflete aos índices de acidentes identificados entre os técnicos, instrumentadores cirúrgicos e médicos, por estarem diretamente ligados aos procedimentos cirúrgicos, e a administração de medicamentos endovenosa em segundo com 81 (15%). Outrossim, observa-se a relação dos agentes mais utilizados com a circunstância do acidente, visto que o agente que mais causou acidentes foi a agulha com lúmen, tendo esta relação com a administração de medicamentos endovenosa. Analogamente observou-se que os profissionais mais acometidos pelos acidentes foram os técnicos, os quais são os que mais realizam os processos de administração medicamentosa, como evidenciado em estudo semelhante realizado por Rodrigues (p. 12, 2017) “Os profissionais de saúde mais suscetíveis a sofrerem acidentes são os técnicos de enfermagem, por estarem a maior parte do tempo em contato direto com o paciente, administrando medicamentos e executando outros procedimentos”.

Levando em consideração outros estudos analisados, foram citadas outras atividades relacionadas, tais como: “manuseio de material contaminado, administração de medicamento injetável, retirada de acesso, descarte inadequado de outro profissional, limpeza ou manipulação de material cirúrgico contaminado, reencape de agulha, [...]”. (PASSOS, et. al. p. 29, 2017).

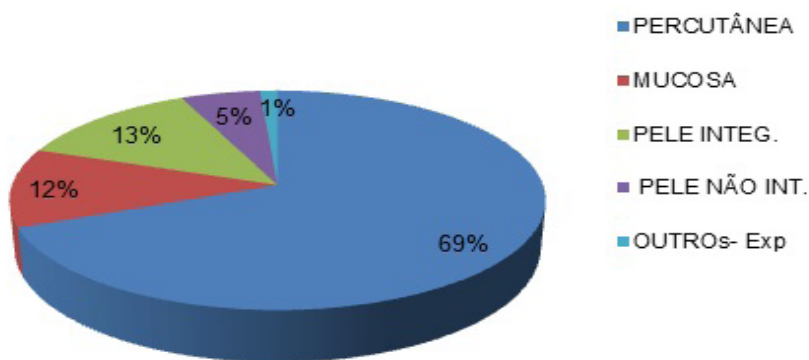


Figura 5- Tipo de exposição, conforme observado nas fichas de notificações monitoradas pelo Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador da Macrorregião Sul do Estado do Pará.

E quanto aos tipos de exposições dos acidentes, como podemos observar na figura 5 (acima), obteve-se os dados de pele não integra (75; 13%), pele integra (32; 5%), mucosa (68; 12%), percutânea (402; 69%) e outros tipos de circunstância (7; 1%).

Percebe-se que a exposição ao acidente que se destacou foi a percutânea, o que remete a reflexão sobre a utilização correta dos equipamentos de segurança conforme

recomenda a Norma Regulamentadora 32 (NR 32), pois a mesma delibera “diretrizes para proteção e segurança dos trabalhadores dos serviços de saúde, tais como: disponibilização de equipamentos de proteção individual (EPI); capacitação em serviço; imunização contra hepatite B e recipientes adequados para descarte de perfurocortantes” (Vieira, et. al., p. 773 2019).

Consoante à relevância do não uso dos equipamentos de segurança individual (EPI's), no gráfico abaixo mostra que o EPI mais ausente foi o facial (478; 24%), óculos (421; 21%), avental (288; 15%), mascara (306; 16%), bota (419; 21%) e luva (66; 3%), como mostra na figura 6.

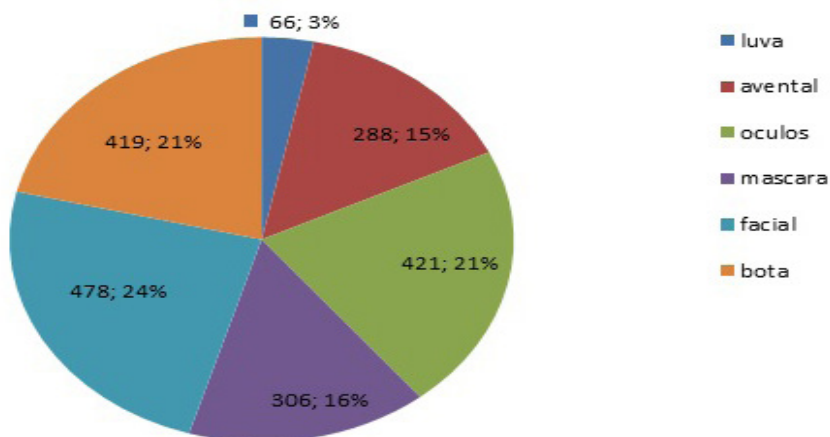


Figura 6- Uso de EPIs, conforme observado nas fichas de notificações monitoradas pelo do Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador da Macrorregião Sul do Estado do Pará.

Portanto, no que se refere ao uso de EPI's, para Arantes (p. 02, 2017), “destaca-se que grande parte dos acidentes poderia ser evitada, desde que os trabalhadores conscientizem sobre a importância de adotar medidas de segurança, como o uso de Equipamentos de Proteção Individual”. Destarte, faz-se necessário a utilização dos equipamentos, tendo em vista que são eles os principais responsáveis pela saúde e segurança do trabalhador no ambiente de serviço. Outrossim, é dever do profissional ter conhecimento das normas técnicas inerentes a sua função para que possa desempenhar suas atividades de uma maneira adequada e segura.

A Figura 7 mostra à evolução dos casos, e observa-se que houve (1; 0%) de abandono de casos, (307; 57%) de alta de paciente de fonte negativa e (74; 14%) de alta sem conversão sorológica, o qual é caracterizado com um perfil significativo, porém houveram 12 casos (2%) de alta com conversão sorológica e tiveram-se 143 (27%) de

casos ignorados/branco, índice este que requer um alerta, uma vez que, entre os dados de ignorados/branco pode incidir de um indivíduo haver contaminado se com alguma patologia advinda por fungos, vírus ou bactérias, a mesma que pode ser um vírus de hepatite B (HBV) ou C (HBC), ou até mesmo o vírus da imunodeficiência humana (HIV), situação está que não é deveras difícil de vir a ocorrer, dado que, a manipulação de materiais perfurocortantes é rotineira por parte dos profissionais de saúde. Sendo os de maior significância epidemiológica os vírus da hepatite B (VHB), vírus da hepatite C (VHC) e o vírus da imunodeficiência humana (HIV). (JANUÁRIO, et, al. 2017).

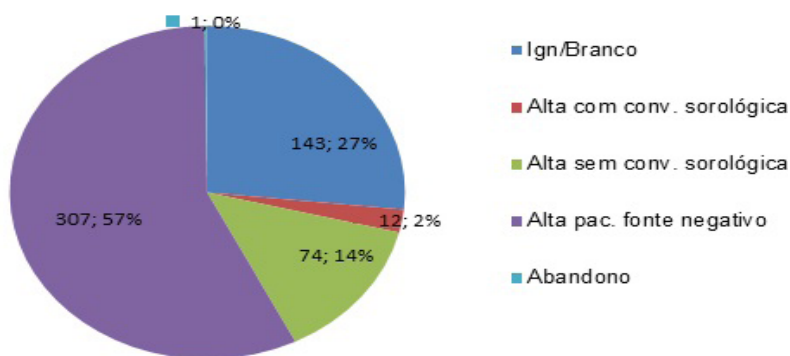


Figura 7- Evolução do caso, conforme observado nas fichas de notificações monitoradas pelo do Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador da Macrorregião Sul do Estado do Pará.

É explícito que os agentes biológicos retratam uma ameaça latente para o homem e o âmbito em que se insere. Tendo tal em vista, é imprescindível dispor de um arcabouço adequado para prevenir os prováveis riscos encontrados nas unidades de assistência (HINRINCHSEN, p.11, 2018).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em conformidade com a avaliação dos acidentes com material biológico em trabalhadores da saúde na região sul do estado Pará, Brasil, pode-se inferir que os profissionais mais expostos aos acidentes de trabalho por material biológico são da equipe de enfermagem, em especial os técnicos de enfermagem, os quais também foram destaque em outros estudos. Uma vez que são os que mais manuseiam artefatos perfurocortantes, pois estão em contato constante com os pacientes.

Considerando os agentes perfurocortantes, os que se sobressaíram foram as agulhas com lúmen, nas circunstâncias dos acidentes os procedimentos cirúrgicos, e o

tipo de exposição mais recorrente foram a percutânea. No que se refere ao não uso de equipamentos de proteção individual, o utensílio mais utilizado pelos profissionais foi a luva, e o que menos foi utilizado foi o protetor facial.

O uso de EPI's é imprescindível para trabalhadores, em especial da área da saúde, uma vez que é um âmbito de possíveis riscos para contaminações com fungos, bactérias e vírus, tais como Hepatite B, Hepatite C, HIV entre outros. Assim sendo, é de suma importância o uso de equipamentos de proteção individual, posto que, o mesmo tem como função proteger e prevenir o desencadeamento de mazelas advindas do ambiente de exercício profissional, ressalta-se ainda que os instrumentos de proteção devem ser, obrigatoriamente, disponibilizados para os trabalhadores pela empresa sendo de responsabilidade do empregador disponibilizá-los gratuitamente.

Em suma, pode-se assegurar que os ATMB permanecem sendo um problema de Saúde Pública, mesmo havendo inúmeros trabalhos e ações educativas quanto a necessidade e importância do uso de EPIs no decorrer dos anos.

O estudo tem relevância socioeducativa com o intuito de minimizar acidentes de trabalho já ocorridos em determinada região para que assim, juntamente com estudos já existentes, contribuir para mitigar a incidência dos fatos supracitados, dessa forma a biossegurança é o primordial para um ambiente de trabalho responsável e seguro.

REFERÊNCIAS

ARANTES, Manoel Carlos et. al. Acidentes de trabalho com material biológico em trabalhadores de serviços de saúde. **Revista Cogitare Enfermagem**, v.22, n.1, p. 01-08, 2017. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/46508/pdf>. Acesso em: 10 de fevereiro de 2019.

BARROS DX, Tipple AFV, Lima LKOL, Souza ACS, Neves ZCP, Salgado TA. Análise de 10 anos de acidentes com material biológico entre a equipe de enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2016 [acesso em: 23/03/2019]; 18: e1157. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.35493>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Exposição a materiais biológicos/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde-Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 79p. – (Série A: Normas e Manuais Técnicos) (Saúde do Trabalhador; 3. protocolo de complexidade diferenciado). Disponível em: <http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1332967170825PROTOCOLO%20EXPOSICAO%20A%20MATERIAL%20BIOLOGICO.pdf>. Acesso em: 10 de fevereiro de 2019.

CUNHA, Nathália Amaral. **ACIDENTES DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO**: análise epidemiológica e percepção das vítimas, em Uberlândia –MG. Uberlândia:MG, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/19447>. Acesso em: 06 maio de 2020.

DALFOVO MS, LANA RA, SILVEIRA A. **Métodos Quantitativos e Qualitativos**: Um resgate Teórico. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**, v.2,n.4,p.01-13,2008.Disponível em: <https://docplayer.com.br/5035727-Metodos-quantitativos-e-qualitativos-um-resgate-teorico.html>.Acessado em: 29 de maio de 2020.

HINRINCHSEN, Sylvia Lemos. **Biossegurança de Infecções: risco sanitário hospitalar**. 2ª ed. Rio de Janeiro:RJ. Guanabara Koogan, 2018.

HOCHMAN B, et. al. Desenhos de pesquisa. **Acta Cirúrgica Brasileira**,v.20,n.2,2005.Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/acb/v20s2/v20s2a02.pdf>. Acessado em:29 de maio de 2020.

JANUÁRIO, Gabriela da Cunha et al. Acidentes ocupacionais com material potencialmente contaminado envolvendo trabalhadores de enfermagem. **Revista Cogitare Enferm**. V 22, n1, 01-09, 2017 Jan/mar. Disponível em: <https://revistas.ufrpr.br/cogitare/article/view/48893/pdf>. Acesso em: 16 de fevereiro de 2019.

La-Rotta EIG et al. Conhecimento e adesão como fatores associados a acidentes com agulhas contaminadas com material biológico: Brasil e Colômbia. **Ciência & Saúde Coletiva**, 25(2) p.715-727,2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v25n2/1413-8123-csc-25-02-0715.pdf>. Acessado em: 06 maio de 2020.

LIMA –COSTA MF, BARRETO SM. **Tipos de estudos epidemiológicos: Conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento**. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.12, n.4, out/dez, 2003. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v12n4/v12n4a03.pdf>. Acessado em: 06 maio de 2020.

MINISTERIO DO TRABALHO E EMPREGO (BR). Portaria n. 1.748, de 30 de agosto de 2001. Norma Regulamentadora 32. Dispõe sobre a segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde. Diário oficial da união, [internet] 31 ago 2011 [acesso em 26 mar 2019]. Disponível: http://www.trtsp.jus.br/geral/tribunal2/ORGaos/MTE/Portaria/ P1748_11. html.

PASSOS, JP; de Moraes, LP; Ferreira, JS; Pereira, EAA; Souza, MMT; Veira, BGM. Causas de acidentes com material biológico no trabalho de enfermagem. *Revista PróUniverSUS*. v 08, n1, 26- 30, 2017. Disponível em: <http://editora.universidadedev.asso>. Acesso em: 16 de fevereiro de 2019.

Rodrigues PS, Matos MCB, Marques DM, Machado MB, Magro MCS, Hermann PRS. Acidente com material biológico: percepção dos profissionais de enfermagem de serviço de emergência. *Rev Pre Infec e Saúde*[Internet].2017;3(2):23-28.Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/6448/pdf>.Acessado em: 07 de maio de 2020.

SOARES RZ, et al. Análise dos acidentes de trabalho com exposição a material biológico notificados por profissionais da saúde. *Rev Bras Med Trab*. 2019;17(2):201-8. Disponível em:<http://www.rbmt.org.br/details/451/pt-BR/analise-dos-acidentes-de-trabalho-com-exposicao-a-material-biologico-notificados-por-profissionais-da-saude>. Acessado em : 06 de maio de 2020.

SANTANA, Rosane da Silva et al. **Percepções da equipe de enfermagem sobre acidentes com materiais perfurocortantes em um centro cirúrgico**. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research - BJSCR* Vol.24,n. 3,pp.60-65 (Set - Nov 2018). Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periódico/20181103_224245.pdf.Acesso em:20 de fevereiro de 2019.

SILVIA, José Vitor da; BARBOSA, Silene Riberio Miranda; DUARTE, Suélen Riberio Miranda Pontes. **BIOSEGURANAÇ NO CONTEXTO DA SAÚDE**. São Paulo-SP: Editora Saraiva 2017. Apud DEJOURS. C. Subjetividade, trabalho e ação. Ver. Produção. 2004; 14(3): 27-34.

SILVIA, José Vitor da; BARBOSA, Silene Riberio Miranda; DUARTE, Suélen Riberio Miranda Pontes. **BIOSEGURANÇA NO CONTEXTO DA SAÚDE**. São Paulo-SP: Editora Saraiva 2017. Apud MELO, DS. Adesão dos enfermeiros às precauções Padrão a luz dos modelos de crenças em saúde [dissertação de mestrado. Universidade Federal de Goiás, 2005. 172fl.

Sardeiro TL, et. al Acidente de trabalho com material biológico: fatores associados ao abandono do acompanhamento clínico-laboratorial. Rev Esc Enferm USP, 53:e03516, 2019.

Vieira KMR, Vieira Junior FU, Bittencourt ZZLC. Acidentes de trabalho com material biológico em um hospital escola. Rev Bras Enferm [Internet], ;72(3):772-8 2019.

CAPÍTULO 4

A SATISFAÇÃO DOS MÉDICOS QUE ATENDEM EM ARAGUARI – MG QUANTO AOS PLANOS DE SAÚDE

Data de aceite: 01/09/2020

Data de Submissão: 05/08/2020

Damila Barbieri Pezzini

Instituto Master de Ensino Presidente Antônio
Carlos
Araguari-MG
<http://lattes.cnpq.br/3527659683747820>

Daniel Dantas

Instituto Master de Ensino Presidente Antônio
Carlos
Araguari-MG
<http://lattes.cnpq.br/1152594241002309>

Emanuel Lucas Joaquina Coelho de Carvalho

Instituto Master de Ensino Presidente Antônio
Carlos
Araguari-MG
<http://lattes.cnpq.br/6996401273548556>

Gabrielle Santiago Silva

Instituto Master de Ensino Presidente Antônio
Carlos
Araguari-MG
<http://lattes.cnpq.br/5528951782832517>

Gustavo Moraes

Instituto Master de Ensino Presidente Antônio
Carlos
Araguari-MG
<http://lattes.cnpq.br/9367884135911999>

RESUMO: A saúde suplementar consiste no atendimento privado de saúde, em um sistema formado por seguradoras, empresas de medicina de grupo, cooperativas, entidades filantrópicas, companhias de autogestão e administradoras. Os objetivos para este estudo são aprofundar a discussão a respeito da satisfação dos médicos em relação a serviços disponibilizados pelos planos de saúde e suas implicações gerenciais. Trata-se de um estudo transversal, descritivo e quantitativo, baseado em dados coletados através do questionário “Satisfação dos Médicos com os Planos de Saúde” elaborado pelos pesquisadores. Os critérios de inclusão foram: Médicos atenderem na cidade de Araguari – MG; aceitarem participar da pesquisa e estarem associados a algum plano ou cooperativa de saúde. Apresenta-se, a seguir, os principais resultados: em relação aos atendimentos, 27% dos médicos participantes atendem unicamente no serviço privado, enquanto 73% atendem no serviço público/privado. Quando questionados em relação à satisfação com os planos, 60% declararam não estar satisfeitos e 40% declararam satisfação regular. Quanto às reclamações feitas aos planos de saúde, obteve-se que 63% dos servidores precisaram fazer reclamações, enquanto 37% não precisaram. Destes, 66% obtiveram suas demandas resolvidas e 34% não obtiveram sucesso nas suas solicitações. Ao serem questionados sobre as restrições e quanto ao número de procedimentos, 60% relataram que suas demandas foram restringidas pelos planos, enquanto que 40% não sofreram restrições. Dessa forma, existe a necessidade de aprimorar a saúde suplementar em busca de uma maior

adesão de usuários e mais oportunidades de atendimento para os servidores, uma vez que o presente trabalho evidenciou que apesar da insatisfação dos médicos com os planos de saúde, os mesmos recomendam a sua utilização.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Suplementar, Planos de Pré Pagamento em saúde, Inquéritos e questionários.

THE SATISFACTION FROM PHYSICIANS THAT ATTEND TO PATIENTS IN ARAGUARI-MG REGARDING HEALTH CARE PLAN

ABSTRACT: The supplementary health consists in the private medical attention, in a system formed by insurance companies, medicine group companies, cooperatives, philanthropic entities, self-management companies and administrator companies. The goals for this study are to further discussions regarding the satisfaction from the physicians in relation to the services available in health care plans and its management implications. This was a cross-sectional, descriptive and quantitative study, based in data gathered through a “Physicians’ Satisfaction Regarding Health Care Plan” questionnaire drafted by the researchers. The requirements for inclusion were: physicians attending to patients in the city of Araguari – MG; they had to accept participating the survey and had to be associated with any health care plan or health cooperative. The following are the main results: regarding the medical treatment, 27% of the participant physicians work exclusively in the private sector, whereas 73% work in the public/private service. When asked about the satisfaction level with the plans, 60% of them declared not being satisfied and 40% declared a regular satisfaction. As for the complaints that were made to the health care plans, it was obtained that 63% of the servants needed to make some sort of complaint, while 37% of them did not need to do it. From this batch, 66% had their complaints resolved and 34% did not have success in their requests. After being questioned about the restrictions and about the number of procedures, 60% of the interviewees reported that their requests were constrained by the health care plans, whereas 40% did not have any constraints. This way, there is a necessity to improve the supplementary health in search of a greater affiliation and more opportunities of medical treatment for the servants, once that the present work highlighted that, despite the physicians’ dissatisfaction with health care plans, they recommend its utilization.

KEYWORDS: Supplementary health, Pre-payment plans in health, Inquiries and questionnaire.

1 | INTRODUÇÃO

A economia de saúde estuda como os recursos são alocados ao setor de saúde e distribuídos no seu âmbito. A produção de assistência à saúde e a sua distribuição entre as populações entram nessa definição. O estudo da economia da saúde é importante e interessante por 3 razões: (1) pelas dimensões da contribuição do setor de saúde para o total da economia, (2) Pela preocupação com as políticas nacionais, em função da importância que tantas pessoas atribuem aos problemas econômicos que enfrentam ao procurar obter e manter sua própria saúde, e (3) pelo número de problemas de saúde dotados de um elemento econômico substancial (Folland, 2008).

Como a economia da saúde responde por uma grande parcela do produto interno, as suas dimensões também se refletem em outros indicadores importantes. Dois deles, em particular, afetam diretamente a vida dos cidadãos: (1) parcela da renda gasta em tratamentos médicos e (2) número de empregos na economia da saúde (Folland, 2008).

Adentrando em nossa realidade, o sistema de saúde brasileiro tomou a forma atual a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, quando foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), instituindo a saúde como um direito de toda a população e um dever do Estado. Dessa forma, o sistema de saúde brasileiro passou a ser composto por uma combinação de recursos públicos e privados que mantém a sua estruturação (Neri, 2016).

Paim et al. (2012) apresentam esse sistema subdividindo-o em três subsetores, denominados público, privado e de saúde suplementar, que se diferenciam por suas formas de financiamento. Os serviços públicos são diretamente financiados por recursos do Estado, seja nos níveis Federal,

Estadual ou Municipal. O subsetor privado é financiado tanto por recursos públicos quanto privados, e o subsetor de saúde suplementar é organizado e financiado por diversos tipos de planos privados e seguros de saúde, bem como por subsídios fiscais.

A saúde suplementar consiste em todo atendimento privado de saúde. O sistema suplementar é formado mais especificamente pelas seguradoras especializadas em seguros-saúde, empresas de medicina de grupo, cooperativas, entidades filantrópicas, companhias de autogestão e administradoras. Estas últimas são, segundo definição da ANS, “empresas que administram planos de assistência à saúde financiados por outra operadora” (Oliveira, 2017).

As operadoras compram dos prestadores de serviços da área de saúde (médicos, laboratórios, clínicas, hospitais etc.) serviços como consultas, exames, internações, cirurgias, tratamentos, entre outros. Para tanto, dispõem de carteira de clientes (conveniados ou segurados) que, a partir de contratos, remuneram as operadoras de planos e seguros-saúde (Oliveira, 2017).

Estão presentes dentro do cenário da Saúde Suplementar no Brasil o governo - representado pelo Ministério da Saúde -, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) -, além das operadoras de planos privados, as seguradoras e os prestadores de serviço de assistência à saúde (Oliveira, 2017).

2 | OBJETIVO

Como objetivos para este estudo, são destacados: aprofundar a discussão a respeito da satisfação dos médicos em relação a serviços disponibilizados pelos planos de saúde, e suas implicações gerenciais; identificar as dimensões de análise que compõem a avaliação da satisfação por parte dos profissionais médicos do serviço de saúde;

3 | REVISÃO DE LITERATURA

A Economia de Saúde, uma especialidade recente no Brasil, procura aliar os conhecimentos adquiridos pela Medicina (segurança do procedimento, eficácia e efetividade da intervenção) ao conceito de eficiência - originado na Economia -, com o objetivo de instrumentalizar os gestores de saúde em suas tomadas de decisão, principalmente quanto a um melhor aproveitamento de recursos frente às necessidades da sociedade. Desta forma, eficiência na aplicação dos recursos não se torna sinônimo de economia de verbas, mas sim, a melhor alocação dos recursos disponíveis, levando-se em consideração segurança, eficácia e efetividade das intervenções avaliadas. Na busca pela maximização da eficiência do setor saúde, uma das ferramentas utilizadas é a compreensão da utilização dos recursos, seus custos e os potenciais ganhos de saúde para a população. O conjunto dos estudos que utilizam estes conceitos pode ser chamado de Avaliação Econômica em Saúde (AE). A AE - um dos instrumentos da ES - é tida como uma ferramenta fundamental para as tomadas de decisão na área de saúde, auxiliando os gestores a observarem o real impacto das doenças na sociedade, tanto do ponto de vista de agravo à saúde, como as consequências econômicas para a sociedade decorrentes destas doenças. Tem como objetivo principal auxiliar a tomada de decisão, visando uma melhor alocação dos escassos recursos disponíveis (Moraes, 2006).

Na primeira metade do século XX, por exemplo, o termo «economia da saúde» era usado nos EUA para designar a conduta empresarial da prática médica e mais tarde, em alguns países europeus, como sinônimo da administração e financiamento de hospitais. Nos anos 70, a economia da saúde ficou identificada com a necessidade de «economizar» nos gastos em saúde. Ainda hoje há quem persista na interpretação temática, definindo a economia da saúde como a «análise dos problemas econômicos da saúde». Não há dúvida, porém, de que a definição consensual de economia da saúde, nos dias de hoje, é a de uma área de conhecimento caracterizada pela aplicação da ciência econômica aos temas, problemas e fenômenos da saúde. O que não quer dizer que a economia da saúde seja uma área fechada a não-economistas. Pelo contrário, está hoje fortemente inserida nas ciências da saúde, em particular nas ciências da saúde pública (Pereira, 2003).

Em termos acadêmicos, a disciplina de Economia da Saúde atingiu a maioria e está francamente a florescer. Contribuiu substantivamente para o corpo principal da economia por meio da teoria do capital humano, da medição de resultados, da metodologia da análise custo-efetividade, da economia dos seguros, dos fundamentos da economia do bem-estar, da teoria da indução da procura pela oferta. Há dezenas de livros ou manuais que cobrem a matéria da disciplina de forma abrangente e centenas de livros de leituras publicados em diversas línguas. Existem várias revistas científicas, como a *Health Economics*, o *Journal of Health Economics*, o *European Journal of Health Economics*, a *Value in Health* e a *Pharmacoeconomics*, que se dedicam exclusivamente à

economia da saúde, enquanto outras, essencialmente interdisciplinares, dedicam muitas páginas aos estudos de economia da saúde. Existem ainda bases de dados eletrônicas que apresentam revisões sistemáticas da literatura de economia da saúde, em particular no campo da avaliação econômica (por exemplo, NHS Economic Evaluation Database, Health Technology Assessment, Database, OHE Health Economic Evaluations Database). A economia da saúde é hoje ensinada, quer ao nível graduado, quer pré-graduado, em inúmeras escolas universitárias pelo mundo fora: escolas de saúde pública, faculdades de economia, faculdades de medicina, escolas de gestão e muitas outras (Pereira, 2003).

O mercado de saúde suplementar no Brasil foi estruturado basicamente em quatro modalidades, com suas características e formas de organização, inclusive com órgãos de representação social diferentes, porém a natureza da atividade envolvida por elas é a mesma. As quatro principais modalidades serão apresentadas a seguir (Zucchi, 2010).

Na modalidade de medicina de grupo, a gestão dos planos é feita por uma empresa privada, criada historicamente (mas não exclusivamente) por proprietários ou sócios de unidades hospitalares. Os serviços podem ser prestados por unidades próprias ou unidades credenciadas. Os clientes são indivíduos e empresas, sendo que a principal organização representativa é a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge) (Zucchi, 2010).

Existe também a modalidade dos seguros de saúde, cuja lógica de funcionamento era exclusivamente de indenização ou reembolso de pagamentos feitos na assistência médica.

Progressivamente este modelo que não dependia de assistência médica foi sendo ultrapassado até a inclusão da garantia de assistência médica como objeto da apólice. Seus clientes são indivíduos e empresas. Por lei, a seguradora não pode fazer prestação direta de serviços. A principal organização representante é a Federação Nacional de Seguros (Fenaseg) (Zucchi, 2010).

Já nas cooperativas médicas, a gestão do plano é feita de forma semelhante a das medicinas de grupo, ou seja, existe uma organização que administra os planos. A diferença está no fato de estas organizações serem formadas por profissionais vinculados a entidades, denominados cooperados, enquanto as medicinas de grupos são empresas. A clientela é composta por indivíduos e empresas. A principal organização representativa é a Unimed do Brasil (Zucchi, 2010).

Por fim, na modalidade de autogestão os serviços são voltados para os empregados de empresas e, muitas vezes, seus familiares, podendo ser organizados pelos próprios empregados por meio de Caixas de Assistência ou pelas próprias empresas, as chamadas autogestões por recursos humanos. Qualquer autogestão não é uma instituição que atua no mercado, nem comercializa planos (Zucchi, 2010).

Outro ponto importante é o processo de regulamentação do setor, o qual pode ser periodizado em três etapas: a 1ª etapa do processo foi caracterizada pela fixação do marco legal da regulamentação. A publicação da Lei 9.656, em 03/06/98, e da Medida Provisória

(MP) 1.665 de 05/06/98 deram início à regulamentação do setor, após vários anos de debates no Congresso. A 2ª etapa do processo de regulação ocorreu em setembro de 1999 e teve dois movimentos importantes:

A introdução do conceito legal de Plano Privado de Assistência à Saúde, para enfrentar a discussão de inconstitucionalidade da inclusão das seguradoras no universo de regulação. Submetido à legislação específica, o setor de seguros questionava a legalidade de sua inclusão na esfera de abrangência da regulação. Optou-se por definir a abrangência pelo tipo de produto, e não pela característica das empresas ou entidades que o oferecem. Isso obrigou à realização de profundas mudanças na legislação, inclusive quanto à exigência de que as seguradoras se reorganizem como operadoras de planos de saúde para continuar atuando no setor. A definição do Ministério da Saúde, através do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) e da SAS/DESAS, como único responsável pelos dois níveis da regulação do setor: o econômico-financeiro e o de assistência à saúde. A 3ª etapa do processo é a criação da ANS. No aspecto formal, trata-se da criação de um novo órgão no Ministério da Saúde para assumir as atribuições da SAS/DESAS quanto ao setor de saúde suplementar e ao qual passa a vincular-se a Câmara de Saúde Suplementar (MONTONE,2000).

O setor de saúde suplementar no Brasil é regulado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), criada pela Lei no 9.961, de 28 de janeiro de 2000, com o objetivo de fazer cumprir a Lei no 9.656 de junho de 1998, que regulamentava os planos privados de assistência à saúde do Brasil. A regulação no setor de saúde suplementar foi elaborada com o objetivo de corrigir falhas de mercado, ou, pelo menos aliviar os seus efeitos. As falhas de mercado, presentes não apenas na saúde suplementar, mas também em diversos setores da economia, ocorrem quando os interesses de mercado não conduzem, necessariamente, ao bem-estar social. A análise do bem-estar, em termos gerais, busca definir sob quais condições as atividades econômicas levam ao bem comum e sob quais condições ela não o faz. A ANS deve fiscalizar o mercado para evitar as falhas características desse setor. A principal falha de mercado do setor de saúde suplementar é a assimetria de informação. Essa falha ocorre quando uma parte detém mais informação que a outra, podendo gerar vantagem apenas para um dos lados. Por exemplo: antes da regulação dos planos de saúde não havia padrão de contrato entre as partes (operadoras e beneficiários). Com o advento da agência reguladora foi possível criar normas e leis para estabelecer padrões de contratos para as coberturas contratadas (módulo hospitalar e módulo ambulatorial). Um exemplo de assimetria de informação é a falta de critérios transparentes para a incorporação de tecnologias de saúde, feita pela ANS, no rol de procedimentos do setor de saúde suplementar. Em outras palavras, a causa da falha de assimetria de informação são as incorporações de novas tecnologias sem a demonstração de estudos de custo-efetividade. A partir da utilização de critérios de incorporação é possível inibir a entradas de novas tecnologias que não possuem reais benefícios à população e que só iriam elevar

o custo do sistema de saúde (CARNEIRO, 2014). A existência de falhas é tida como justificativa para a intervenção do governo no mercado por meio da regulação. O conceito econômico de regulação pode ser definido como uma ação do Estado para delimitar os graus de liberdade que os agentes econômicos possuem no processo de tomada de decisão (FIANI, 1998 e PECL e CAVALCANTI,2000). Um dos principais mecanismos que o governo utiliza para regular os mercados são as Agências Reguladoras. No Brasil, com as privatizações que ocorreram na década de 1990, a necessidade de regulação de setores, antes monopolizados pelo governo, levou à introdução dessas agências. Em geral, as agências reguladoras são criadas com o propósito de ser um braço da administração do governo para promover eficiência nos setores estratégicos da economia em que instituições privadas estão inseridas, como: energia, transporte e saúde.

Além disso, o mercado da saúde suplementar cresce exponencialmente no Brasil. A relação entre os serviços prestados pelo SUS e pela saúde suplementar se dá pela relação contratual e convenial na prestação de serviços ao SUS (esta, constitucionalmente denominada 'complementar') e pela convivência de serviços entre o segmento de planos e seguros privados e o SUS. As dificuldades enfrentadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro faz com que uma parcela significativa da população que dispõem de capital para investir na saúde suplementar, migre para o sistema privado. Com isso, observa-se uma prevalência da atuação da saúde suplementar nas regiões sul e sudeste do país, aonde a renda per capita da população é superior as demais regiões.

Assim, a população que depende exclusivamente do SUS esbarra na competição de serviços com quem tem planos e seguros públicos ou privados, tornando o sistema ainda mais perverso. (NORONHA; SANTOS; PEREIRA, 2010; SANTOS; UGÁ; PORTO, 2008).

4 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, descritivo com abordagem quantitativa, baseados em dados coletados em campo através do questionário “Satisfação dos Médicos com os Planos de Saúde” elaborado pelos pesquisadores. O questionário é acompanhado de um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e encontra-se em consonância com a Resolução CNS nº 510, de 07 de abril de 2016, Art.1. Parágrafo único “Não serão registradas nem avaliadas pelo sistema CEP/CONEP: II – pesquisa que utilize informações de acesso público, nos termos da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011”, assim não será submetido ao Comitê de Ética.

Para a pesquisa, foram definidos critérios de inclusão e exclusão, nestes estão contidos: os médicos atenderem ou não na cidade de Araguari – MG; aceitar ou não participar da pesquisa; não estar associado a nenhum plano ou cooperativa de saúde. Os questionários elaborados pelos pesquisadores continham 10 questões e foram distribuídos entre médicos da saúde pública e privada no município de Araguari – MG.

5 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise do material coletado buscou elementos nos questionários respondidos pelos voluntários apoiados no marco teórico relatado, possibilitando a compreensão do modelo assistencial praticado pelos médicos de Araguari-MG. Apoiados na matriz analítica descrita anteriormente, distribuimos 30 questionários em clínicas particulares e unidades básicas de saúde da família (UBSF) de Araguari-MG, dos quais apenas 22 foram respondidos e analisados. Apresenta-se, a seguir, os principais resultados dos questionários: em relação ao tempo de prática clínica obteve-se que 59% dos participantes estão a mais de 10 anos em atuação, 30% estão de 5 a 10 anos e 11% estão a menos de 5 anos de atuação. Já em relação ao tempo de atendimento nos planos, têm-se que 40% atendem entre 5 e 10 anos e 60% atendem entre 10 ou mais anos nos convênios de saúde. Em relação aos atendimentos médicos obteve-se que 27% dos médicos atendem unicamente no serviço privado, enquanto que 73% atendem no público/privado. Quando questionados em relação à satisfação com os planos de saúde, 60% declararam não estar satisfeitos e 40% declararam satisfação regular com os serviços. Dentre os planos de saúde atendidos pelos participantes, 100% atendem UNIMED, 80% FUSEX, 40% IPSEMG – BRADESCO – PMMG – CEMIG SAÚDE E CASSI e 22% SUL AMERICA e outros. Dentre estes, UNIMED e BRADESCO foram considerados os melhores planos por 40% dos médicos pesquisados, enquanto CEMIG e CAIXA representaram apenas 20% cada de satisfação.

Quanto às reclamações feitas aos planos de saúde, obteve-se que 63% dos servidores precisaram fazer reclamações, enquanto 37% não precisaram. Destes, 66% obtiveram suas demandas resolvidas e 34% não obtiveram sucesso nas suas solicitações. Ao serem questionados sobre as restrições e quanto ao número de procedimentos, 60% relataram que suas demandas foram restringidas pelos planos, enquanto que 40% não sofreram restrições. Estes resultados corroboram com os achados da pesquisa de Daros (2016), que evidenciaram a prática dos planos de saúde em limitar contratualmente um rol de procedimentos oferecidos aos clientes, cortando custos mas também restringindo o direito a saúde dos pacientes.

Mesmo com a expressiva insatisfação, apenas 20% dos médicos pesquisados pretendem se desvincular dos planos de saúde aos quais atendem, sendo que todos recomendam a utilização de algum plano de saúde aos seus pacientes.

6 | CONCLUSÃO

O Estado brasileiro e a Constituição Federal definem suas intencionalidades, e seus princípios, materializados através do Sistema Único de Saúde, que se propõe universal, integral e equânime. Ao setor privado cabe organizar-se de forma complementar ao público. Por isso, o estudo de modelos assistenciais em saúde suplementar não é desvinculado

do entendimento global do funcionamento do SUS. A compreensão e a regulação da assistência supletiva deve considerar as experiências e modelagens produzidas no público, com o objetivo de compará-las e assim estabelecer novos conhecimentos (MALTA, 2004).

A atuação do Estado na saúde suplementar tem como marco a aprovação da lei 9.656/98, que estabeleceu um novo patamar no processo de regulação; entretanto há que se aprofundar a natureza dessa regulação visando garantir a assistência à saúde e a produção do cuidado. Coloca-se o desafio de entender como se estruturam os modelos assistenciais vigentes na saúde suplementar, identificando o modo como as operadoras de planos de saúde vêm se organizando para a oferta dos serviços de saúde, de forma a garantir a assistência com qualidade aos seus usuários, responsabilizando-se pelo seu processo saúde/doença. O modelo comumente praticado na saúde em geral e na suplementar, em particular, consiste em uma prática fragmentada, centrada em produção de atos, predominando a desarticulação e as inúmeras queixas dos usuários. Para a superação desse cenário impõe-se um novo referencial, assentado no compromisso ético com a vida, com a promoção e a recuperação da saúde. Nesse sentido discutimos a importância de abordar a assistência de forma integrada, articulando-se todos os passos na produção do cuidado e no restabelecimento da saúde (MALTA, 2004).

Torna-se um desafio para a saúde suplementar incorporar em seu processo assistencial os debates colocados no processo de trabalho, estabelecendo novas vertentes analíticas para avaliar a eficácia e a efetividade do seu papel na prestação de atenção à saúde. A Agência Nacional de Saúde Suplementar deverá discutir novos mecanismos de macro e especialmente de microrregulação e apontar para o estabelecimento de novos formatos de intervenção. (MALTA, 2004)

Dessa forma e buscando otimizar os resultados, vê-se a necessidade de aprimorar a saúde suplementar, principalmente, a forma como os planos de saúde funcionam, tanto para os beneficiários, buscando uma maior adesão e oportunidades de atendimento à saúde, quanto aos servidores desse plano, através de um compromisso mútuo, uma vez que o presente trabalho evidenciou que apesar da insatisfação dos médicos com os planos de saúde, os mesmos recomendam a sua utilização.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Célia. **O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar.** 1998.

CARNEIRO, L. A. **Fundamentos de regulação econômica: condições necessárias e limites para a intervenção do estado na economia de mercado.** Maio, 2014.

DAROS, Raphaella Fagundes et al . A satisfação do beneficiário da saúde suplementar sob a perspectiva da qualidade e integralidade. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 26, n. 2, p. 525-547, June 2016

FOLLAND, Sherman; GOODMAN, Allen C.; STANO, Miron. A economia da saúde. In: **A economia da saúde**. 2008.

LARA, Natália. Regulação da Saúde Suplementar: teoria e experiências nos países. **Instituto de Estudos de Saúde Suplementar**.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, p. 433-444, 2004.

MONTONE, Januário. O impacto da Regulamentação no Setor de Saúde Suplementar. In: **O impacto da regulamentação no setor de saúde suplementar**. 2001.

NORONHA, J.; SANTOS, I.; PEREIRA, T. Relações entre o SUS e a saúde suplementar: problemas e alternativas para o futuro do sistema universal. **Gestão pública e relação públicoprivado na saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, p. 152-79, 2011.

MORAES, Edilaine et al. Conceitos introdutórios de economia da saúde e o impacto social do abuso de álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 2006.

NERI, Anna Sofia Costa. **A influência da qualidade percebida, do valor percebido e do custo de mudança sobre a lealdade dos usuários do serviço de saúde suplementar**. 2016. Tese de Doutorado.

OLIVEIRA, Danielle Furtado de; KORNIS, George Edward Machado. A política de qualificação da saúde suplementar no Brasil: uma revisão crítica do índice de desempenho da saúde suplementar. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, p. 207-231, 2017.

PAIM, Jairnilson Silva et al. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. 2011.

PECI, A., e CAVALCANTI, B. Reflexões sobre a autonomia do órgão regulador: análise das agências reguladoras estaduais. **Revista de Administração Pública**, 34(5), 99-119, de setembro/outubro de 2000.

PEREIRA, João. Economia da saúde. **Revista Portuguesa de Saúde pública**, p. 3-5, 2003..

PIETROBON, Louise; PRADO, Martha Lenise do; CAETANO, João Carlos. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 18, p. 767-783, 2008.

SANTOS, Isabela Soares; UGÁ, Maria Alicia Dominguez; PORTO, Silvia Marta. O mix público- privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 1431-1440, 2008.

ZUCCHI, Paola; FERRAZ, Marcos Bosi. **Economia e Gestão em Saúde**. 2010.

CAPÍTULO 5

O TRABALHO DO ENFERMEIRO NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

Data de aceite: 01/09/2020

Data de Submissão: 30/07/2020

Caroline Ruviaro Dalmolin

Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem; Bolsista do Programa de Educação Tutorial/PET Enfermagem; Universidade Federal de Santa Maria-Campus Palmeira das Missões. Palmeira das Missões/RS.
<http://lattes.cnpq.br/4230938937932606>

Sabrina Florencio

Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem; Bolsista do Programa de Educação Tutorial/PET Enfermagem; Universidade Federal de Santa Maria-Campus Palmeira das Missões. Palmeira das Missões/RS.
<http://lattes.cnpq.br/7612582459209831>

Janaina Alvares Stehlik

Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem; Bolsista do Programa de Educação Tutorial/PET Enfermagem; Universidade Federal de Santa Maria-Campus Palmeira das Missões. Palmeira das Missões/RS.
<http://lattes.cnpq.br/1623730099624444>

Suelen Caroline Dill

Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem; Bolsista do Programa de Educação Tutorial/PET Enfermagem; Universidade Federal de Santa Maria-Campus Palmeira das Missões. Palmeira das Missões/RS.
<http://lattes.cnpq.br/2987907414174508>

Giovana Dorneles Callegaro Higashi

Enfermeira. Professora adjunta do curso de graduação em Enfermagem; Universidade Federal de Santa Maria-Campus Palmeira das Missões. Palmeira das Missões/RS.
<http://lattes.cnpq.br/8655817245144785>

RESUMO: Trata-se de uma reflexão acerca do trabalho da enfermagem na área da saúde mental, a partir das atividades teóricas-práticas desenvolvidas no curso de graduação de uma universidade pública. Buscou-se refletir acerca da importância do trabalho do enfermeiro em todo o processo assistencial deste profissional juntamente com a sua equipe no contexto da saúde mental, os quais enfrentam diariamente obstáculos e diversos desafios à implementação de cuidados as pessoas portadoras de transtornos mentais.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem Psiquiátrica, Gestão em Saúde.

THE NURSE'S WORK IN THE MENTAL HEALTH FIELD

ABSTRACT: It is a reflection on the work of nursing in the area of mental health, from the theoretical-practical activities developed in the undergraduate course of a public university. We sought to reflect on the importance of the nurse's work in the whole care process of this professional together with his team in the context of mental health, who face obstacles and various challenges to the implementation of care for people with mental disorders on a daily basis.

KEYWORDS: Psychiatric Nursing, Health Management.

1 | INTRODUÇÃO

O *modus operandi* do processo de trabalho no campo da saúde mental foi transformando-se ao longo das últimas décadas, principalmente, a partir de importantes avanços tanto no âmbito das políticas de saúde, a exemplo da reforma psiquiátrica e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como por meio da oferta de novos modelos assistenciais e gerenciais dos serviços de saúde como a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

O processo de trabalho do profissional de enfermagem no contexto da saúde mental vem sofrendo melhorias, principalmente, na relação profissional – usuário/paciente/família, com o intuito de romper com o modelo de outrora, hospitalocêntrico, centrado na doença e seus sinais e sintomas para ofertar uma atenção mais humanizada e inclusiva. Isto vem se tornando possível devido aos esforços dos profissionais para implementar um cuidado humanizado ao paciente, com a inclusão de tecnologias leve, leve-dura e dura as quais contribuem tanto para identificação das fragilidades e necessidades de cada paciente e de sua rede de apoio, quanto para a formulação de estratégias em prol da oferta de uma assistência singular, humanizada e segura (CAMPOS; BEZERRA; JORGE, 2017).

O enfermeiro é o profissional de saúde que mantém maior contato com os usuários do serviço e dessa forma, possui grande potencial para reconhecer as necessidades de cada indivíduo. Em meio às reflexões das atividades teórico-práticas, percebe-se que, repetidas vezes, durante o trabalho na saúde mental, o enfermeiro se torna a responsável por avaliar o paciente em toda a sua totalidade, complexidade e multidimensionalidade. Independentemente do cenário de prática, seja em hospitais, unidades de saúde, centros de atenção psicossocial (CAPS) o enfermeiro juntamente com equipe multidisciplinar, busca desenvolver e ofertar um plano assistencial, efetivo, com vistas a mitigar o índice de desistência dos pacientes subsidiado por uma equipe preparada e qualificada por meio das melhores práticas e evidências científicas voltadas ao campo da saúde mental.

De modo geral, a atuação do enfermeiro na área de saúde mental representa um grande desafio em virtude de complexidade que comportam os cenários e suas diversas interfaces, as quais se configuram desde a reestruturação dos serviços à qualidade da assistência prestada, passando pelas relações de trabalho saúde, pela adoção de novos saberes, metodologias de trabalho, tecnologias de cuidado, (GUIMARÃES; JORGE; ASSIS, 2009), sobretudo, pela necessidade de implementação de novas e emergentes políticas de saúde, que ampliem a visibilidade e ao mesmo tempo fortaleçam as relações e práticas de cuidado entre os profissionais, os pacientes e sua rede de apoio.

O campo de trabalho para o enfermeiro generalista requer maior reconhecimento, valorização e aprimoramento, pois durante a graduação em enfermagem, os conteúdos relacionados ao ensino da Saúde Mental, normalmente, é colocada em segundo plano, o que implica em menor conhecimento dos enfermeiros acerca das especificidades relacionadas ao campo de saúde mental (VARGAS *et al.*, 2016).

2 | OBJETIVO

Refletir acerca da atuação do enfermeiro durante o processo de trabalho no cenário da saúde mental.

3 | MÉTODO

Trata-se de uma reflexão acerca da atuação do enfermeiro nas unidades básicas de saúde, centros de atenção psicossocial (CAPS) e em meio hospitalar durante o processo de trabalho no cenário da saúde mental a partir das atividades teórico-práticas desenvolvidas no curso de graduação em enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria-Campus Palmeira das Missões. Ainda, também, inclui-se a complementação da presente reflexão por meio de leituras de artigos científicos que versam acerca das atividades laborais do enfermeiro no campo da saúde mental.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os profissionais de enfermagem assumem diversas funções durante a realização de sua práxis tanto no meio hospitalar como em unidades de saúde e em centros de atenção psicossocial (CAPS). Em meio às atividades teórico-práticas realizadas percebe-se que cabe ao enfermeiro identificar que o cuidado ao paciente psiquiátrico deve ser pautado em uma escuta sensível, para escutar e enxergar o outro, por meio de um relacionamento terapêutico e ambiente acolhedor com possibilidade de trocas e encontros, juntamente com a rede de apoio, uma vez que este paciente pode vir a ter uma recuperação lenta e, conseqüentemente, ter maior chance de abandonar o tratamento. Para fortalecer esse processo de cuidado, é necessária a realização de atividades no âmbito individual e grupal, uma vez que os papéis atribuídos aos enfermeiros devem aderir dinâmicas globais oferecendo um espaço físico seguro e confiável para que se fortaleça a relação profissional-paciente.

No processo de assistência individual é importante que o profissional estabeleça um relacionamento interpessoal com o paciente, por meio de uma escuta terapêutica, um acolhimento sem julgamentos, para que possa elaborar um plano assistencial diferenciado e qualificado, contemplando a singularidade e complexidade de cada paciente e caso seja necessário encaminhar para tratamento especializado. Arelado a isto, torna-se importante, disponibilizar de um espaço de escuta à família, para remoção de dúvidas e esclarecimentos sobre a doença e o tratamento adotado, pois ainda existem muitos tabus sobre as doenças mentais, por isso é importante o apoio, orientação, informação e um acompanhamento longitudinal por parte dos profissionais de saúde.

Em meio à realização das atividades teóricas práticas durante o processo de formação, inúmeras reflexões e questionamentos emergem acerca do trabalho do enfermeiro

na assistência ao paciente com problemas mentais. Como o enfermeiro juntamente com a sua equipe estabelecem uma assistência considerando as diferenças e estigmas enraizados culturalmente na relação profissional-paciente? Como dispor um cuidado ao paciente com transtorno mental que ultrapasse a objetividade clínica-médica para incluir a dimensão subjetiva, empática e sensível? Como o enfermeiro pode incluir o familiar durante a assistência no processo saúde-doença e ofertar ações acolhedoras humanizadas? Como o enfermeiro pode aliar à práxis técnica-científica com a singularidade e complexidade da condição humana de um indivíduo que vivencia problemas mentais?

Os pacientes com transtornos mentais necessitam de um maior acompanhamento por parte dos profissionais de saúde. Observa-se que além da assistência clínica prestada, tem a assistência à saúde mental que deve ser realizada de forma humanizada para que o paciente possa ter uma qualidade de vida desde o começo do processo de tratamento, o qual se caracteriza por ocorrer por um longo período e que, muitas vezes, é desgastante tanto para o paciente quanto para a sua rede de apoio.

Independentemente do cenário de prática do enfermeiro e sua equipe, seja na atenção primária, secundária ou terciária, torna-se necessário dispor de competências, habilidades e aptidões, utilizando ferramentas subjetivas com o intuito de contemplar as demandas e necessidades do paciente e sua rede de apoio a fim de promover a oferta de processo assistencial de forma segura e com qualidade.

No ambiente hospitalar, comumente, os pacientes encontram-se mais debilitados e fragilizados e necessitam uma maior atenção do profissional. A equipe deve realizar uma assistência clínica, juntamente com o cuidado emocional e psicológico, com a realização de atividades que fortaleçam a adesão do tratamento pelo paciente. Neste sentido, cabe destacar que a prática atual da assistência de enfermagem psiquiátrica deve ser pautada na noção de cuidado ao paciente, como uma ação complexa, integral e integrada, respeitando e acolhendo as necessidades de cada indivíduo na sua totalidade (DUARTE; OLSCHOWSKY, 2011).

A persistência de uma assistência desqualificada no campo da saúde mental, focado apenas no tratamento clínico, atrelado a falta de conhecimento na área, contribui para que os profissionais tenham um grande desinteresse em trabalhar neste campo de atuação, ou quando trabalham não buscam maior entendimento do assunto. Acrescenta-se a isto, o fato de que os profissionais de enfermagem enfrentam em seu cotidiano, diversos problemas, como a desvalorização do trabalho, remuneração inadequada, sobrecarga de trabalho, o que leva ao adoecimento deste profissional e afeta num melhor tratamento do paciente (ALVIM *et al.*, 2017).

No processo de trabalho realizado pelo enfermeiro em saúde mental, é importante a utilização de tecnologias que facilitam atender as necessidades do paciente. No cenário da atenção básica, por exemplo, a tecnologia leve, focaliza em estabelecer a criação de vínculo, relações acolhedoras e atenção integral ao paciente. A tecnologia leve-dura está

voltada aos saberes bem estruturado, caracterizado pelos saberes científicos, relacionado à interação médico-paciente nos serviços de atenção básica, CAPS e ambientes hospitalares. A tecnologia dura está vinculada à propedêutica e aos procedimentos, que estão relacionados ao meio hospitalar, onde o enfermeiro realiza um cuidado mais clínico, complexo e específico para o tratamento e reabilitação do paciente (CAMPOS; BEZERRA; JORGE, 2017).

Nas unidades básicas de saúde o enfermeiro, repetidas vezes, tem o primeiro contato com o paciente e a família na rede de saúde, por meio de consultas e visitas domiciliares. Cabe ao profissional ter uma abordagem para uma escuta humanizada, em prol de tomar a melhor decisão para seguir com o tratamento do paciente, como encaminhando para consultas especializadas e acompanhar todo o processo de recuperação. Ressalta-se a importância do acolhimento e vínculo do profissional com o paciente, uma vez que tais ferramentas são essenciais para romper com a desumanização do atendimento, focado apenas no tratamento tradicional de outrora. A partir da articulação de recursos humanos e materiais disponíveis, como por exemplo, a capacitação dos profissionais é possível atender melhor as demandas de cada usuário e contribuir para uma abordagem mais compreensiva dos problemas mentais no contexto da atenção básica, e o contato com o paciente com a comunidade, com atividades grupais (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

No CAPS, o profissional de enfermagem tem um papel fundamental na gestão de atividades desenvolvidas, como por exemplo, na realização do acolhimento do paciente e da família ao serviço, na oferta de grupos, oficinas, consultas especializadas, e a criação do vínculo do paciente com os demais, para que possa haver uma troca de apoio e experiências, que ajudem no tratamento do mesmo. Torna-se necessário ocorrer um processo de trabalho nos CAPS com características coletivas em relação ao trabalho tradicional e individual deixando de ser centralmente a doença, o corpo e a mente do indivíduo para constituir-se o paciente enquanto um sujeito de desejos, contradições e contextualizado em determinado grupo familiar e social, o que favorece o paciente no processo de inclusão social (KANTORSKI; MIELKE; JÚNIOR, 2007).

Por outro lado, a partir das vivências em campo de prática, denota-se que há equipes com pouca qualificação, as quais não possuem uma formação especializada em saúde mental e, desde modo, não conseguem por em prática um tratamento específico e resolutivo, o que leva a priorizar apenas as atividades clínicas, deixando a margem as ações e relações terapêuticas, o que acaba prolongando o tempo de reabilitação do paciente.

Vinculado a isso, a pouca qualificação e experiência dos profissionais na área, bem como, o crescimento de profissionais doentes geram altos custos para as instituições, além de sobrecarregam a equipe e gerarem uma assistência de má qualidade no cuidado ao paciente. Em relação aos fatores do adoecimento profissional destaca-se o estresse, LER/DORT, alterações psicossociais, carga de trabalho, processo de desgaste e acidentes de trabalho. Também, observa-se que a desvalorização, remuneração inadequada, sobrecarga

de trabalho e dupla jornada, neste contexto contribuem para que estes se sintam frustrados e impotentes o que pode levar ao esgotamento físico e mental do trabalhador. Mesmo nesse cenário, dificilmente o enfermeiro receberá apoio emocional e proteção social adequada para o desempenho de suas funções (ALVIM *et al.*, 2017).

Os profissionais de enfermagem também enfrentam desafios na assistência e na gestão, pois, durante as atividades práticas, foram observados episódios de agressividade por parte dos pacientes, como por exemplo, paciente em crise de abstinência em internação. Também se observa a falta de estrutura física qualificada para a realização de atividades e falta de materiais para a realização do cuidado ao paciente. Frente tal situação, implica ao profissional a realização de atividades que demonstram a sua habilidade, competência e conhecimento científico a fim de atender de forma humanizada e segura o paciente nestas condições de agitação mental e física, o que pode minimizar os agravos e consequências desagradáveis ao indivíduo.

Atrelado aos problemas enfrentados pelos profissionais durante as suas atividades laborais, considera-se necessário que ocorram inovações na gestão do processo de trabalho, para que possa ocorrer uma diminuição de sobrecarga e melhora das condições laborais. Sob tal perspectiva, destaca-se a importância da participação do profissional na tomada de decisões acerca da sistematização do processo de trabalho. As mudanças e tomadas de decisões devem ocorrer por meio do que se denomina gestão compartilhada, onde tanto gestores e os profissionais discutem estratégias para a melhor qualidade de trabalho e de vida dos mesmos (ALVES *et al.*, 2018).

Percebe-se a importância de um trabalho gerencial e assistencial adequado, com a criação de métodos de educação em saúde permanente, destinada a toda a rede de cuidado que visa conhecimento específico na área da psiquiatria, para que o paciente tenha um tratamento adequado e o profissional previna-se de possíveis problemas de saúde (FABRI; LOYOLA, 2014). Desse modo, é necessário para o desenvolvimento da assistência qualificada na área de enfermagem em saúde mental, incluindo em ações para a promoção, qualificação e capacitação profissional, com apoio institucional e atuação da equipe multiprofissional, subsidiado por condições de trabalho adequadas, apoio psicológico e motivação destes profissionais.

Também é importante ressaltar que dentre as pesquisas desenvolvidas sobre o tema do adoecimento mental de profissionais no processo de trabalho, observou-se um aumento do adoecimento e o absenteísmo dos profissionais afetados, o que demonstra a necessidade de desenvolver novos estudos sobre esse tema. Além de atentar para a qualidade de trabalho e de vida dos trabalhadores bem como melhora na qualidade da assistência prestada por esses profissionais (ALVIM *et al.*, 2017).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de trabalho dos profissionais de saúde, em especial da equipe de enfermagem necessita ocorrer com qualidade e segurança, embasado em conhecimentos científicos, para que ao final o paciente receba um cuidado seguro, resolutivo, de forma individualizada e humanizada. O relacionamento terapêutico entre o profissional de enfermagem e paciente é uma experiência de aprendizado para ambos, pois a atuação do enfermeiro no contexto da saúde mental perpassa tanto por ações de planejamento, liderança, coordenação e tomada de decisões, quanto por práticas integrativas, envolvendo tecnologias leve, leve-dura e dura de cuidado, com o propósito de contemplar a singularidade e multidimensionalidade de cada indivíduo, pois este processo agrega além da saúde física, como também a saúde mental, emocional e espiritual.

Assim, considerando a complexidade do processo de trabalho do enfermeiro, cabe aos futuros profissionais de saúde, a partir das relações e processos de trabalho, gerenciar cuidando e cuidar gerenciando, respeitando a diversidade humana inserida em uma teia de vida, significados, experiências, e, sobretudo, com necessidades distintas de atenção e cuidado.

REFERÊNCIAS

ALVES, Sidnei Roberto *et al.* **Serviços de saúde mental: percepção da enfermagem em relação à sobrecarga e condições de trabalho.** Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, v. 10, n. 1, p. 25, Jan. 2018. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/AppData/Local/Temp/5929-34265-2-PB.pdf>. Acesso em: 14 Jul. 2020.

ALVIM, Carla Caroline Edivaldo *et al.* **Relação entre processo de trabalho e adoecimento mental da equipe de enfermagem.** Revista Fluminense de Extensão Universitária, v. 7, n. 1, p. 12-16, Jun. 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/AppData/Local/Temp/918-Texto%20do%20artigo-2703-2-10-20170601.pdf>. Acesso em: 14 Jul. 2020.

CAMPOS, Daniella Barbosa; BEZERRA, Indara Cavalcante; JORGE, Maria Salete Bessa. **Tecnologias do cuidado em saúde mental: práticas e processos da atenção primária.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 71, n. 5, p. 2101-2108, Out. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v71s5/pt_0034-7167-reben-71-s5-2101.pdf>. Acesso em: 25 Jun. 2020.

DUARTE, Maria de Lourdes Custódio; OLSCHOWSKY, Agnes. **Fazeres dos enfermeiros em uma unidade de internação psiquiátrica de um hospital universitário.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 64, n. 4, p. 698-703, Ago. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v64n4/a11v64n4.pdf>. Acesso em: 22 Jun. 2020.

FABRI, Janaina Mengal Gomes; LOYOLA, Cristina Maria Douat. **Desafios e necessidades atuais da enfermagem psiquiátrica.** Revista de Enfermagem UFPE on line, v. 8, n. 3, p. 695-701, Mar. 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/9727/9818>. Acesso em: 17 Jun. 2020.

GUIMARÃES, José Maria Ximenes; JORGE, Maria Salete Bessa; ASSIS, Marluce Maria Araújo. **(In) satisfação com o trabalho em saúde mental: um estudo em centros de atenção psicossocial.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 4, p. 2145-2154, Jan. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v16n4/v16n4a14.pdf>. Acesso em: 28 de Jun. 2020.

KANTORSKI, Luciane Prado; MIELKE, Fernanda Barreto; JÚNIOR, Sidnei Teixeira. **O trabalho do enfermeiro nos centros de atenção psicossocial.** *Trabalho, Educação e Saúde* (online), v. 6, n. 1, p. 87-106. Dez. 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/tes/v6n1/06.pdf>>. Acesso em: 19 de Jun. 2020.

OLIVEIRA, Francisca Bezerra de *et al.* **O trabalho de enfermagem em saúde mental na estratégia de saúde da família.** *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, v. 12, n. 2, p. 229-237, Fev. 2011. Disponível em: <<https://ri.ufs.br/bitstream/riufs/1722/1/EnfermagemSaudeMental.pdf>>. Acesso em: 16 de Jun. 2020.

VARGAS, Divane de *et al.* **O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental no brasil: análise curricular da graduação.** *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 7, n. 2, e2610016, Nov. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v27n2/0104-0707-tce-27-02-e2610016.pdf>>. Acesso em: 22 Jun. 2020.

CAPÍTULO 6

INCONSISTÊNCIAS ENCONTRADAS EM PRESCRIÇÕES MÉDICAS ENVOLVENDO O USO DE MEDICAMENTOS HOSPITALARES

Data de aceite: 01/09/2020

Data de submissão: 20/06/2020

Teresa Iasminny Alves Barros

Graduada em Farmácia pelo Centro
Universitário de Juazeiro do Norte –
UNIJUAZEIRO
Juazeiro do Norte – CE
<http://lattes.cnpq.br/6742776316850585>

Andreza Barros Figueirêdo

Graduanda em Medicina pelo Centro
Universitário FACISA - UNIFACISA
Campina Grande – PB
<http://lattes.cnpq.br/9288278555616727>

Bárbara Ferreira Santos

Graduada em Farmácia pelo Centro
Universitário de Juazeiro do Norte -
UNIJUAZEIRO
Juazeiro do Norte – CE
<http://lattes.cnpq.br/7445971372224524>

Francisca Eritânia Passos Rangel

Professora do curso de Farmácia do
Centro Universitário de Juazeiro do Norte –
UNIJUAZEIRO
Juazeiro do Norte – CE
<http://lattes.cnpq.br/0601626434140872>

Gabriel de Oliveira Lôbo

Graduando em Farmácia pelo Centro
Universitário de Juazeiro do Norte -
UNIJUAZEIRO
Juazeiro do Norte – CE
<http://lattes.cnpq.br/1935423584568423>

Jonh Kleber Saraiva Coelho

Graduando em Farmácia pela Faculdade
Estácio FMJ
Juazeiro do Norte – CE
<http://lattes.cnpq.br/6855188478000099>

Larissa Barros Severo

Graduanda em Farmácia pelo Centro
Universitário de Juazeiro do Norte -
UNIJUAZEIRO
Juazeiro do Norte – CE
<http://lattes.cnpq.br/3784934009559435>

Maráisa Pereira de Souza Vieira

Graduada em Farmácia pelo Centro
Universitário de Juazeiro do Norte -
UNIJUAZEIRO
Juazeiro do Norte – CE
<http://lattes.cnpq.br/0213110655881113>

Mara Cristina Santos de Araújo

Graduanda em Farmácia pelo Centro
Universitário de Juazeiro do Norte –
UNIJUAZEIRO
Juazeiro do Norte – CE
<http://lattes.cnpq.br/2219208680565301>

Maria Laura Junqueira Dantas

Graduanda em Farmácia pelo Centro
Universitário de Juazeiro do Norte –
UNIJUAZEIRO
Juazeiro do Norte – CE
<http://lattes.cnpq.br/1976062548320805>

Mirelle Pereira Gonçalves Ferreira

Graduanda em Farmácia pelo Centro
Universitário de Juazeiro do Norte –
UNIJUAZEIRO
Juazeiro do Norte – CE
<http://lattes.cnpq.br/2429192253901168>

RESUMO: A prescrição médica é um instrumento essencial para o Uso Racional de Medicamentos e para a prática terapêutica. Uma prescrição adequada é aquela que contém um menor número de medicações possíveis, inexistência de contra indicações, ação rápida, posologia simples, reduzida possibilidade de efeitos adversos, forma farmacêutica apropriada e tempo de tratamento adequado para a patologia do paciente. Mesmo com essa complexidade, ela pode estar sujeita a vários erros, como a má caligrafia que pode levar a erros na dispensação. Identificar na literatura as principais inconsistências encontradas em prescrições médicas envolvendo medicamentos no âmbito hospitalar. Trata-se de uma revisão da literatura realizada na Scientific Eletronic Library Online (SciELO) realizada nos meses de abril e maio de 2017. Para a seleção dos artigos, foram respeitados os critérios de inclusão/exclusão previamente elencados, dentro os quais estavam a publicação de artigos nos últimos 5 anos. Foram encontrados 28 artigos que se enquadravam dentro dos objetivos da pesquisa. Observou-se que as principais inconsistências encontradas nas prescrições médicas dos hospitais foram: dificuldade de legibilidade do medicamento devido a prescrição ser manuscrita ou cópia, presença de siglas e/ou abreviaturas dos medicamentos, nome incompleto do paciente, ausência do número do leito e clínica de internação, ausência do o registro de internação (número do prontuário), posologia incompleta, falta de carimbo e assinatura do prescritor, via de administração errada, forma farmacêutica e concentração errada. Os achados dessa revisão evidenciam que mesmo com a necessidade de adoção de práticas eficientes para garantir a prescrição adequada de medicamentos para pacientes hospitalizados, ainda encontra-se inconsistências nas prescrições dessas unidades de saúde, principalmente nas prescrições manuscritas. Faz-se necessário a adoção de ações educativas envolvendo toda a equipe multiprofissional, uma vez que, inconsistências na prescrição de um medicamento induz erros na dispensação e administração dos medicamentos.

PALAVRAS-CHAVE: Inconsistências, Prescrições, Medicamentos.

INCONSISTENCIES FOUND IN MEDICAL PRESCRIPTIONS INVOLVING THE USE OF HOSPITAL MEDICINES

ABSTRACT: Medical prescription is an essential tool for the Rational Use of Medicines and for therapeutic practice. An adequate prescription is one that contains the fewest possible medications, no contraindications, fast action, simple dosage, reduced possibility of adverse effects, appropriate pharmaceutical form and time of treatment appropriate to the patient's pathology. Even with this complexity, it can be subject to several errors, such as poor handwriting that can lead to errors in dispensation. Identify in the literature the main inconsistencies found in medical prescriptions involving medications in the hospital. This is a literature review carried out in the Scientific Eletronic Library Online (SciELO) carried out in the months of April and May 2017. For the selection of the articles, the inclusion / exclusion

criteria previously listed were respected, within which they were the publication of articles in the last 5 years. 28 articles were found that fit the research objectives. It was observed that the main inconsistencies found in the medical prescriptions of hospitals were: difficulty in legibility of the medication due to the prescription being handwritten or copied, presence of acronyms and / or abbreviations of the medications, incomplete name of the patient, absence of the number bed and hospitalization clinic, absence of the hospitalization record (medical record number), incomplete dosage, lack of stamp and signature of the prescriber, wrong route of administration, pharmaceutical form and wrong concentration. The findings of this review show that even with the need to adopt efficient practices to ensure the proper prescription of medications for hospitalized patients, there are still inconsistencies in the prescriptions of these health units, especially in the handwritten prescriptions. It is necessary to adopt educational actions involving the entire multidisciplinary team, since inconsistencies in the prescription of a drug induce errors in the dispensing and administration of the drugs.

KEYWORDS: Inconsistencies, Prescriptions, Medicines.

1 | INTRODUÇÃO

A prescrição médica é um documento que deve ser elaborado por um profissional qualificado e legalmente habilitado, constitui o principal meio de comunicação entre prescritores, dispensadores e paciente, é feita de forma individualizada de acordo com as necessidades de cada indivíduo e considerada um instrumento essencial para promoção do Uso Racional de Medicamentos e para a prática terapêutica (LUCAS et al, 2012).

Como a prescrição é um documento importante que influencia diretamente no resultado do tratamento proposto ao paciente, é necessário que esta seja elaborada obedecendo a legislação vigente, para que não haja erros que venham a interferir na compreensão, dispensação e consumo das doses indicadas, nos intervalos definidos e tempo adequado (MASCHIO-LIMA et al, 2014).

A prescrição médica no Brasil é regulamentada pela Lei Federal nº 5.991 de 1973, pela Lei Federal nº 9.787 de 1999, e pela Resolução nº 357 de 2001 do Conselho Federal de Farmácia. A legislação brasileira estabelece algumas normas para as prescrições com o intuito de assegurar sua qualidade, dentre as normas a serem seguidas estão: possuir boa legibilidade, clareza e inteligibilidade, ausência de rasuras e abreviaturas. No entanto, constantemente são evidenciadas falhas em relação ao preenchimento das prescrições ocasionando trocas de medicamentos, administração incorreta, problemas de adesão, e elevação dos custos do tratamento. A prescrição quando preenchida de forma inadequada, pode ocasionar erros sequenciais, é preciso um diagnóstico correto para assim ser feita a prescrição da farmacoterapia adequada. Os erros no momento da prescrição podem induzir a erros de dispensação e conseqüentemente afetar diretamente no tratamento do paciente (SILVA et al, 2012).

São necessários que nesse documento constem informações relevantes sobre o medicamento, como: a dose, a frequência de uso da medicação, a duração do tratamento,

tornando-se assim um importante fator de qualidade e quantidade no consumo dos medicamentos (AGUIAR et al, 2006).

Uma prescrição adequada é aquela que contém um menor número de medicações possíveis, inexistência de contra indicações, ação rápida, posologia simples, reduzida possibilidade de efeitos adversos, forma farmacêutica apropriada e tempo de tratamento adequado para a patologia do paciente. Mesmo com a tamanha complexidade da prescrição, ela pode estar sujeita a vários erros, como a má caligrafia que pode levar a erros na dispensação (CRUCIOL-SOUZA et al, 2008).

O farmacêutico é o profissional responsável pela análise das prescrições e só deve dispensar os medicamentos se a receita apresentar as informações exigidas pela legislação vigente tais como: nome e endereço residencial do paciente, nome do medicamento, forma farmacêutica, posologia, dose, via de administração, duração do tratamento, data, assinatura e carimbo do profissional, endereço do consultório e o número de inscrição no respectivo Conselho Profissional, ausência de rasuras e emendas, em letra de forma, clara e legível ou impressa (LINS et al, 2012).

As reações adversas a medicamentos são responsáveis por números significativos de admissões hospitalares. Prescrições ilegíveis, confusas e com rasuras assumem grande risco e probabilidade de provocar efeitos colaterais e interações medicamentosas indesejáveis. A deficiência de informações ou dados nas prescrições podem gerar posologias diferentes, resultando em reações adversas. Erros como esse devem ser solucionados para que não se tenha problemas maiores relacionados ao uso inadequado de medicações, infelizmente essas intercorrências ocasionam outros fatores como estresse no paciente que deve retornar ao médico para solicitação de uma nova prescrição, custos com consulta, custos com deslocamento. Além disso, o paciente ficará mais tempo sem fazer uso da medicação, podendo assim agravar o seu estado de saúde (PHILLIPS et al, 2016). O objetivo do presente estudo foi identificar na literatura as principais inconsistências encontradas em prescrições médicas envolvendo medicamentos no âmbito hospitalar.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica realizada por meio da pesquisa de artigos científicos em bases de dados abordando a temática relacionada as inconsistências encontradas nas prescrições médicas. O estudo foi desenvolvido utilizando-se os seguintes banco de dados: Scientific Eletronic Library Online (SciELO) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Pubmed). Além disso, foram utilizados os seguintes descritores: Inconsistências, Prescrições e Medicamentos.

Os critérios de inclusão para a seleção dos artigos foram a disponibilidade dos textos completos nas bases de dados selecionadas, artigos científicos originais, com opção de tradução para a língua portuguesa na própria página de busca, e que foram publicados

nos últimos 10 anos. Os critérios de exclusão foram artigos com duplicidade, e que não abordavam diretamente a temática do estudo. A pesquisa foi realizada nos meses de maio e junho de 2020.

A análise dos textos obtidos foi realizada na seguinte ordem: Inicialmente, para a seleção dos artigos, utilizou-se os descritores selecionados nas bases de dados citadas acima. No Pubmed foram encontrados a princípio 243 artigos, onde 2 foram selecionados e no SciELO foram encontrados 28 artigos que se enquadravam dentro dos objetivos da pesquisa, respeitando os critérios de inclusão/exclusão previamente elencados.

Os artigos foram analisados e os dados obtidos foram organizados para estabelecer comparações entre os estudos e discussões com relação as inconsistências encontradas nas prescrições, bem como as possíveis causas dessas incompatibilidades e o que poderia ser feito a respeito, quais medidas devem ser adotadas para tentar prevenir e diminuir esses erros.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo buscou avaliar quais as inconsistências mais encontradas nas prescrições médicas nos hospitais brasileiros envolvendo a prescrição de medicamentos, as principais causas dessas intercorrências e quais medidas poderiam ser adotadas como forma de solucionar esses erros.

As inconsistências mais encontradas foram: dificuldade de legibilidade do medicamento devido a prescrição ser manuscrita ou cópia, presença de siglas e/ou abreviaturas dos medicamentos, nome incompleto do paciente, ausência do número do leito e clínica de internação, ausência de endereço, ausência do o registro de internação (número do prontuário), posologia incompleta, falta de carimbo e assinatura do prescriptor, via de administração errada, forma farmacêutica e concentração errada.

Em um estudo realizado por LINS et al (2012), das 441 prescrições analisadas, 82% apresentavam erros, sendo que a proporção de prescrições médicas ilegíveis e com rasuras em relação ao total de prescrições médicas contendo erros observados foi de 45,70%. Alguns estudo demonstram que a implantação de prescrições eletrônicas corroboram de forma significativa para diminuição de situações relacionadas a ilegibilidade de receitas quando comparado as prescrições manuscritas, acarretando em benefícios a saúde e segurança do paciente. (SMEULERS et al, 2015)

Ainda de acordo com o estudo realizado por LINS et al (2012), das 363 (82% do total) das prescrições médicas com presença de erros, 135 não continham via de administração e 104 não apresentavam a forma farmacêutica do medicamento. Diversos estudos evidenciam que há alta prevalência de erros na prescrição médica, mais frequente em medicamentos que desejam uma dosagem com base no peso e, portanto, torna-se necessário o desenvolvimento de um instrumento específico de prescrição para

pediatria e neonatologia, pois as crianças na maioria das vezes necessitam de ajustes de doses, principalmente em se tratando de fármacos de baixa janela terapêutica, que podem apresentar alta toxicidade pela imaturidade do sistema imunológico na infância (LAROCHELLE et al, 2012).

Em um estudo realizado por CASTRO et al (2019), ao analisar prescrições médicas, foram identificados 711 anti-infecciosos prescritos e observou-se que haviam 48 omissões de doses, correspondendo a 6,75% de taxa de erro na administração por omissão de doses de anti –infecciosos. A administração de medicamentos em dose inadequada para o tipo de problema apresentado pelo paciente, ou até mesmo apropriada para aquele indivíduo pode desencadear diversos problemas relacionados a administração do fármaco. Variantes como idade, peso, reações alérgicas, intolerância, prováveis interações com a terapia que já foi instituída e histórico de resistência a determinados medicamentos devem ser levados em consideração no momento da escolha da farmacoterapia e posteriormente da dose a ser estabelecida. Na maioria dos casos, os erros de dosagem podem ser atribuídos à elaboração de prescrições médicas, como o uso de siglas e/ou abreviações, ausência de identificação do paciente, falta de cronograma de dosagem, administração em horário inadequado e omissão de data. A administração de doses incorretas pode resultar em tratamento ineficaz, provável reação adversa, intoxicação medicamentosa, internação prolongada, aumento de custos e comprometer a qualidade dos cuidados prestados (GIMENES et al, 2010).

As prescrições manuais apresentam erros grosseiros, com destaque para a legibilidade das prescrições, sujeitos a diferentes interpretações e, Consequentemente ocasionar erros foram potencialmente mais graves. Por outro lado, no que diz respeito às prescrições digitadas, os erros são seriados, sistemáticos e repetitivos geradas por falhas no próprio sistema, levando a um aumento no número de erros (HINOJOSA-AMAYA et al, 2016).

Estudos já demonstraram que um sistema de prescrição eletrônica promove benefícios na saúde e segurança do paciente. A redução da frequência de erros de prescrição também está relacionada à redução de gastos desnecessários devido à correção e prevenção de incidentes e eventos adversos que podem, por exemplo, prolongar a internação hospitalar e exigir exames adicionais. É importante ressaltar que uma prescrição ilegível geralmente requer contato com o prescritor para elucidação do conteúdo e na maioria dos casos isso irá prejudicar ainda mais a adesão do paciente ao tratamento, pois diversos fatores que dificultam o contato com o médico podem acabar prolongando a duração do período que o paciente fica sem acesso aos medicamentos, impossibilitando assim o início da terapia e corroborando para uma possível piora no quadro clínico do paciente (SMEULERS et al, 2015).

4 | CONCLUSÃO

Os achados dessa revisão evidenciam que mesmo com a necessidade de adoção de práticas eficientes para garantir a prescrição adequada de medicamentos para pacientes hospitalizados, ainda há uma grande quantidade de inconsistências nas prescrições dessas unidades de saúde, principalmente nas prescrições manuscritas, sendo a prescrição eletrônica uma forma de diminuir os erros por ilegitimidade e tornar determinante o preenchimento de todos os campos do receituário para dispensação dos medicamentos prescritos. Faz-se necessário a adoção de ações educativas e de capacitação envolvendo toda a equipe multiprofissional, uma vez que, uma inconsistência na prescrição médica induz em erros na dispensação e administração dos medicamentos.

REFERÊNCIAS

Aguiar, G.; Da Silva, L. A.; Ferreira, M. A. M. **Ilegibilidade e ausência de informação nas prescrições médicas: fatores de risco relacionados a erros de medicação.** Revista Brasileira em Promoção da Saúde, v. 19, n. 2, p. 0, 2006.

BRASIL. **Lei no 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências.** D.O.U. Brasília, DF, 21 dez. 1973.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999. Altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária e estabelece o medicamento genérico. Dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências.** D.O.U. Brasília, DF, 10 fev. 1999.

Castro, A. F.; Oliveira, J.P.; Rodrigues, M.C.S. **Erro de administração de medicamentos anti-infecciosos por omissão de doses.** *Acta paul. enferm.* 2019, vol.32, n.6, pp.667-673. Epub Dec 02, 2019. ISSN 1982-0194.

CFF. Conselho Federal de Farmácia. **Resolução nº 357, de 20 de abril de 2001. Dispõe sobre Regulamento Técnico das Boas Práticas de Farmácia.** D.O.U. Brasília, DF, 27 abr. 2001.

Cruciol-Souza, J. M.; Thomson, J. C.; Catisti, D. G. **Avaliação de prescrições medicamentosas de um hospital universitário brasileiro.** Revista Brasileira de Educação Médica 32 (2): 188 – 196: 2008.

Gimenes, F. R.; Mota, M. L.; Teixeira, T. C.; Silva, A. E.; Opitz, S. P.; Cassiani, S. H. **Segurança do paciente em terapia medicamentosa e influência da prescrição em erros de dose.** Rev Latino Am Enferm. 2010; 18 (6): 1055-61.

Hinojosa-Amaya, J. M.; Rodríguez-García, F. G.; Yeverino-Castro, S. G.; Sánchez-Cárdenas, M.; Villarreal-Alarcón, M. A.; Galarza-Delgado, D. A. **Erros de medicação: prescrição eletrônica versus prescrição em papel. Experiência em um hospital universitário de atendimento terciário.** J Eval Clin Pract. 2016; 22 (5): 751-4.

Jacobsen, T. F.; Mussi, M. M.; Silveira, M. P. T. **Análise de erros de prescrição em um hospital da Região Sul do Brasil.** Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde, São Paulo v.6 n.3 23-26 jul./set. 2015.

Lins, B. G.; Cazzamalli, F.; Zancanaro, V. **Análises de erros nas prescrições médicas de uma unidade básica de saúde de um município do Meio Oeste Catarinense.** *Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde.* 2012; 1(2):62-77.

Lucas, J. C. F.; Oliveira, M. C.; Fonseca, M. H. G.; França, D. S.; Rabelo, J. A. **Avaliação do perfil de receituários médicos coletados em uma drogaria em Montes Claros – MG.** *Revista Motricidade,* vol. 8, núm. 2, 2012, pp. 187-196 Edições Desafio Singular Vila Real, Portugal.

Maschio-Lima, T. A.; Nakazone, M. A.; Furini, A. A. C. **Avaliação Preliminar de Prescrições para Idosos em Serviço de Cardiologia de um Hospital de Ensino.** *Revista Brasileira de Cardiologia.* 2014; 27(5):333-341.

Oliveira, A. A.; Lima, R. P. A.; MARTINS, R. C. **Análise da qualidade das prescrições médicas do hospital público em Mirante da Serra/RO atendidas em uma farmácia comunitária.** *Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente,* 6(1): 38-47, jan-jun, 2015.

Phillips, A. L.; Nigro, O.; Macolino, K. A.; Scarborough, K. C.; Doecke, C. J.; Angley, M. T.; & Shakib, S. (2014). **Internações hospitalares causadas por eventos adversos a medicamentos: um estudo prospectivo australiano.** *Australian Health Review,* 38(1), 51-57.

Silva, E. R. B.; Bandeira, V. A. C.; Oliveira, K. R. **Avaliação das prescrições dispensadas em uma farmácia comunitária no município de São Luiz Gonzaga – RS.** *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada.* 2012; 33(2):255-281.

Smeulers, M.; Verweij, L.; Maaskant, J. M.; Boer, M.; Krediet, C. T; Nieveen van Dijkum, E. J. et al. **Indicadores de qualidade para preparação e administração seguras de medicamentos: uma revisão sistemática.** *PLoS One.* 2015; 10 (4): e0122695.

Weber, D.; Bueno, C. S.; Oliveira, K. R. **Análise das prescrições medicamentosas de um hospital de pequeno porte do noroeste do Estado do Rio Grande do Sul.** *Rev Ciênc Farm Básica Apl.,* 2012;33(1):139-145 ISSN 1808-4532.

PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DE *BURNOUT* EM MÉDICOS DA ATENÇÃO TERCIÁRIA E ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE – PB

Data de aceite: 01/09/2020

Data de submissão: 22/07/2020

Danilo Ferreira Leitão

Residência em Medicina de Família e Comunidade pela Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande (FCM/CG).
Campina Grande – PB.
<http://lattes.cnpq.br/5348073021918564>

Semyramis Lira Dantas

Coordenadora da residência de Medicina de Família e Comunidade da Faculdade de Ciência Médicas de Campina Grande (FCM/CG).
Campina Grande – PB.
<http://lattes.cnpq.br/6841116643651477>

Edenilson Cavalcante Santos

Preceptor da Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde.
Campina Grande – PB.
<https://orcid.org/0000-0002-5924-8065>

Allana Renally Cavalcante Santos de Moraes

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).
Campina Grande – PB.
<http://lattes.cnpq.br/1123537823046399>

RESUMO: A síndrome de *burnout* é caracterizada pela tríade de exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal. Acomete principalmente profissionais que necessitem lidar com situações de envolvimento

emocional e interpessoal como os médicos tanto da atenção primária e terciária. O objetivo do estudo foi observar a prevalência da síndrome de *burnout* em médicos da emergência da atenção terciária e das Unidades Básicas de Saúde (UBS) da atenção primária de saúde. Trata-se de pesquisa epidemiológica observacional de corte transversal que foi realizada com 30 médicos da emergência do Hospital de Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes e 30 médicos das UBS ambos do Município de Campina Grande-PB. Os dados foram coletados através da aplicação de questionário sociodemográfico e do questionário validade internacionalmente o *Maslach Burnout Inventory* (MBI). Em relação a síndrome de *burnout*, foi observada a prevalência do nível alto em pelo menos uma das duas dimensões EE e DP e/ou nível baixo na dimensão RP do MBI, a qual foi de 83,3% para os médicos que trabalham na atenção terciária e 93,3% para os que trabalham na atenção primária; nas três dimensões, foi observada em 3,3% dos médicos que trabalham na atenção primária, não tendo sido identificada nos que trabalham na atenção terciária.

PALAVRAS-CHAVE: *Burnout*, Médicos, Prevalência, Atenção primária, Atenção terciária.

PREVALENCE OF BURNOUT SYNDROME IN DOCTORS OF TERTIARY CARE AND PRIMARY CARE IN THE CITY OF CAMPINA GRANDE - PB

ABSTRACT: The burnout syndrome is characterized by the triad of emotional exhaustion, depersonalization and low personal fulfillment. It mainly affects professionals who need to deal

with situations of emotional and interpersonal involvement such as doctors in both primary and tertiary care. The objective of the study was to observe the prevalence of the burnout syndrome in physicians of the emergency department of tertiary care and Basic Health Units (UBS) of primary health care. This is an observational cross-sectional epidemiological research that was carried out with 30 doctors from the emergency room at the Hospital de Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes and 30 doctors from UBS, both from the city of Campina Grande-PB. Data were collected through the application of a sociodemographic questionnaire and the internationally validated Maslach Burnout Inventory (MBI) questionnaire. Regarding the burnout syndrome, the prevalence of high level was observed in at least one of the two dimensions EE and DP and / or low level in the RP dimension of MBI, which was 83.3% for doctors working in care tertiary and 93.3% for those working in primary care; in the three dimensions, it was observed in 3.3% of doctors who work in primary care, having not been identified in those who work in tertiary care.

KEYWORDS: Burnout, Doctors, Prevalence, Primary care, Tertiary care.

1 | INTRODUÇÃO

A psicóloga social Maslach ao estudar sobre emoções no ambiente de trabalho, definiu *burnout* como síndrome patológica em que sentimento como distúrbios de ordem emocional e desapego são desenvolvidos em resposta ao estresse ocupacional prolongado (MASLACH; JACKSON, 1997).

A síndrome de *burnout* é caracterizada por uma tríade de Exaustão Emocional (EE); Despersonalização (DP) e baixa Realização Pessoal (RP). Esses três padrões podem ser analisados usando o questionário *Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey* (MBI-HSS), avaliado como o padrão-ouro no diagnóstico de *burnout*. Este questionário é um dos mais utilizados no mundo inteiro, presente em mais de 90% das publicações com este tema, publicado em 1980 (SANTOS *et al.*, 2017).

O Conselho Federal de Medicina realizou pesquisa publicada em 2007 e apontou que 57% dos médicos manifestou algum grau preocupante da síndrome de *burnout*, sendo que 23,1% dos médicos possuem a síndrome em grau elevado, isso dentro de amostra de 7,7 mil profissionais médicos de todos os estados (BARBOSA, 2007).

Pesquisas identificaram a síndrome de *burnout* em profissionais da saúde que operam em hospitais e em unidades da Estratégia Saúde da Família no Brasil e essas em índices significativos de prevalência (MARTINS *et al.*, 2014; MOREIRA *et al.*, 2009).

Os médicos são mais vulneráveis a desenvolver a síndrome de *burnout* do que a população em geral. Eles passam mais horas no trabalho do que outros profissionais geralmente e têm dificuldades para associar sua vida pessoal com a profissional (SHANAFELT *et al.*, 2015).

O médico que atua em serviços de emergência trabalha com pacientes de diversas gravidades, partilha juntamente com eles e com os familiares de situações que geram dor, angústia e medo. Estar exposto regularmente a essas situações pode acarretar a esses

profissionais esgotamento emocional, com sentimentos característicos da síndrome de *burnout* (CARLOTTO; DIAS; QUEIRÓS, 2010; JÁCOME *et al.*, 2019).

O médico de Unidades Básicas de Saúde da Família (UBS) tem como característica o exercício de um trabalho multiprofissional em equipe em busca de um objetivo comum, gerando assim fatores estressores e complicadores no seu processo de trabalho, que podem se tornar uma complicação presente no relacionamento interprofissional (VIDAL *et al.*, 2014).

Em profissionais acometidos com *burnout* observa-se queda no desempenho no ambiente de trabalho levando a possibilidade de erro médico com maior frequência, como também aumentando o absenteísmo, falta de comprometimento profissional, insatisfação, sofrimento, situações envolvendo de atritos e mal entendidos entre as pessoas, uso abusivo de medicações psicotrópicas, álcool e menor índice na prática de atividades físicas e práticas que envolvam o autocuidado (HALLIDAY *et al.*, 2017; SHANAFELT *et al.*, 2009).

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de estudo observacional descritivo com componente analítico de corte transversal, desenvolvido no Município de Campina Grande, localizada no agreste paraibano, com densidade demográfica de 648,31 habitantes/km², e população estimada de 409.731 pessoas para o ano de 2019 (IBGE, 2019). A cidade é dividida em dez distritos sanitários, sendo dois rurais e oito urbanos. Sua rede hospitalar com quatro hospitais privados desses, três são conveniados com o SUS, seis hospitais públicos, e uma fundação hospitalar (BRASIL, 2019).

As entrevistas com os profissionais de emergência foram feitas no maior hospital público localizado no município que é o Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, que integra a rede hospitalar do Governo do Estado disponibilizando 292 leitos, 340 médicos, sendo 64 em regime de plantão presencial 24 horas.

A rede da atenção primária de saúde do município possui um total de 81 UBS com 105 equipes de saúde da família e 6 centros de saúde (BRASIL, 2019).

Foram incluídos na amostra os médicos plantonistas que atuam na área vermelha do Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande; e os médicos que integram as UBS do município de Campina Grande há pelo menos um ano. Foram excluídos os médicos afastados das atividades por motivo de férias, licença prêmio e licença médica.

A amostra foi de 30 médicos que compõem o quadro de Médicos plantonistas da Área Vermelha do referido hospital e 30 médicos das UBS do Município de Campina Grande – PB.

Foi utilizado para coleta de dados o questionário sociodemográfico, para caracterização da população e o questionário de Maslach *Burnout Inventory* (MBI) para a identificação da Síndrome de *burnout*. Este questionário foi publicado e validado

internacionalmente, e serve para aferir as três dimensões do *burnout*, sendo: a Exaustão Emocional (EE), Despersonalização (DP) e Realização Pessoal no Trabalho (RP) (MASLACH; JACKSON, 1997).

Com a utilização do MBI foram avaliadas estas três dimensões em níveis (baixo, médio ou alto) na amostra estudada, pontuados de acordo com uma escala de Likert de 7 pontos que vai de zero (nunca) a seis (todo dia), avaliando os 22 itens presentes, nove relativos à EE, cinco à DP e oito à RP (MASLACH; JACKSON, 1997).

Como não há consenso estabelecido na literatura para a interpretação dos dados do questionário MBI em relação à presença da síndrome de *burnout*, os resultados foram apresentados baseando-se nos critérios estabelecidos por Tucunduva *et al.* (2006), ou seja, o *burnout* é encontrado quando há presença das dimensões EE e DP em nível alto e RP em nível baixo, ou ainda de pelo menos uma dimensão no nível alto, e/ou a RP no nível baixo (Quadro 1).

| DIMENSÕES | QUESTÕES | NÍVEL ALTO | NÍVEL MÉDIO | NÍVEL BAIXO |
|--------------------|-------------------------------|------------|-------------|-------------|
| EXAUSTÃO EMOCIONAL | 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20 | ≥ 27 | 19 - 26 | < 19 |
| DESPERSONALIZAÇÃO | 5, 10, 11, 15, 22 | ≥ 10 | 6 - 9 | < 6 |
| REALIZAÇÃO PESSOAL | 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21 | ≤ 33 | 34 - 39 | ≥ 40 |

Quadro 1 – Padrão de pontuação para diagnóstico das dimensões da síndrome de *burnout* pelo MBI.

Fonte: Adaptado de TUCUNDUVA *et al.*, 2006.

A pesquisa foi realizada entre novembro de 2019 e janeiro de 2020, após aprovação pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina de Campina Grande do Centro Universitário da UNIFACISA, parecer número 3.652.893. Este trabalho foi norteado de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa, estabelecida pela Resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em vigor no país (BRASIL, 2012a).

O material obtido da coleta de dados foi digitado no banco de dados eletrônico utilizando o software Microsoft Excel (2016), e posteriormente realizou-se o tratamento estatístico para posterior análise dos dados. Considerou-se uma margem de erro de cinco pontos percentuais com intervalo de confiança de 95%.

No intuito de se verificar a existência de diferença estatisticamente significativa entre o perfil dos 30 médicos da atenção terciária e 30 da atenção primária no município de Campina Grande – PB, foi utilizado o teste z para diferença de proporção. Para isso, algumas

variáveis do perfil sociodemográfico foram modificadas, ou seja, algumas categorias foram agrupadas no intuito de tornar a variável dicotômica e tornando uma análise em relação a $p =$ categoria de interesse e $1 - p =$ categorias complementares.

3 | RESULTADOS

Na tabela 1 observa-se a análise descritiva do perfil sociodemográfico dos médicos entrevistados do Hospital de Trauma referente à atenção terciária e dos médicos da UBS referentes à atenção primária com teste z e seu respectivo valor p .

De acordo com a tabela 1, não existe diferença estatisticamente significativa entre a proporção de médicos do sexo feminino na atenção terciária e na atenção primária, pois $-1,96 < z = 1,0421002 < 1,96$, assim como o valor $p > 0,05$.

Ao utilizar o valor da estatística do teste z e o valor- p para o teste da diferença de proporção em relação a faixa etária até 39 anos na atenção terciária e primária, assim como, para a proporção de casado(a) e não ter filhos, não foi rejeitado a hipótese de nulidade, ou seja, não se verificou diferença estatisticamente significativa, ao nível de significância $\alpha = 0,05$.

No entanto, em relação a proporção de tempo de serviço no local de trabalho de até 5 anos, o tempo de formado de até 7 anos, além de até 40 horas de trabalho e possuir mais de um vínculo, através do teste de diferença de proporção z , verificou-se que existe diferença estatisticamente significativa entre a proporção de médicos com esse perfil na atenção terciária em relação aos médicos da atenção primária.

Em relação a proporção de médicos que já pensaram em desistir da carreira médica e que faz uso de antidepressivos, não foi verificada diferença estatisticamente significativa entre a proporção de médicos com esse perfil na atenção terciária em relação aos médicos da atenção primária.

Em relação a variável “Carga horária noturna (em relação a carga total de horas semanais)” e “Uso atual de ansiolíticos/hipnóticos” houve a relação $n(1 - \hat{p}_2) < 5$ e $n\hat{p}_1 < 5$, respectivamente. Dessa forma, não é possível realizar o teste z , sendo permitido apenas uma análise descritiva de forma comparativa.

Na figura 1 observam-se os resultados encontrados em relação a dimensões da Síndrome de *Burnout* (SB), a Exaustão Emocional (EE), Despersonalização (DP) e Realização Pessoal no Trabalho (RP).

A exaustão emocional entre os médicos da atenção terciária teve porcentagens iguais de 36,7% baixo e alto, enquanto que na atenção primária se apresentou nível alto entre 50% dos médicos. Portanto, a exaustão emocional está presente em nível alta numa maior proporção entre os médicos da atenção primária, que trabalham em UBS.

A despersonalização é uma dimensão que ao ser avaliada demonstra a presença de alterações de personalidade como impessoalidade e frieza no atendimento ao público,

na pesquisa ela foi identificada como nível baixo com a porcentagem igual de 53,3% entre médicos do hospital e da UBS.

O nível baixo de realização pessoal é observado em sua maior porcentagem (53,3%) entre os médicos da atenção terciária do que os (40%) de médicos da atenção primária. Já o nível alto de realização pessoal foi encontrado entre 43,3% dos médicos das UBS e 16,67% dos médicos do hospital.

| Variável | Categoria | Trauma/ Emergência N (%) | UBS N (%) | z | Valor-p |
|--|-----------------|--------------------------------|-------------------|------------------------|------------------|
| Gênero | Feminino | 15 (50,0) | 19 (63,3) | 1,0421002 | 0,29737 |
| | Masculino | 15 (50,0) | 11 (36,7) | | |
| Faixa Etária | Até 39 anos | 18 (62,1) | 23 (76,7) | 1,2174242 | 0,22344 |
| | 40 anos ou mais | 11 (37,9) | 7 (23,3) | | |
| Estado Civil atual | Casado(a) | 18 (60,0) | 12 (40,0) | -1,5491933 | 0,12134 |
| | Não casado(a) | 12 (40,0) | 18 (60,0) | | |
| Número de filhos | Não tem filhos | 11 (36,7) | 16 (53,3) | 1,2974982 | 0,19446 |
| | Tem filhos | 19 (63,3) | 14 (46,7) | | |
| Tempo de serviço no local de trabalho | Até 5 anos | 9 (30,0) | 21 (70,0) | 3,0983867 | 0,0019458 |
| | Mais de 5 anos | 21 (70,0) | 9 (30,0) | | |
| Tempo de formado | Até 7 anos | 12 (40,0) | 20 (66,7) | 2,0701967 | 0,038434 |
| | Mais de 7 anos | 18 (60,0) | 10 (10,0) | | |
| Horas semanais de trabalho | Até 40h | 4 (13,8) | 21 (70,0) | 4,3678305 | 1,2549x |
| | Mais de 40h | 25 (86,2) | 9 (30,0) | | |
| Mais de 1 vínculo | Sim | 27 (90,0) | 12 (40,0) | -4,0599897 | 4,9075x |
| | Não | 3 (10,0) | 18 (60,0) | | |
| Carga horária noturna (em relação a carga total de horas semanais) | Até 50% | 21 (70,0) | 30 (100,0) | Não se aplica, n(1-)<5 | |
| | Mais que 50% | 9 (30,0) | 0 (0,0) | | |
| Intenção de desistir da carreira médica | Já pensou | 6 (20,0) | 8 (26,7) | 0,6104677 | 0,54155 |
| | Nunca pensou | 24 (80,0) | 22 (73,3) | | |
| Uso atual de antidepressivo | Sim | 4 (13,4) | 6 (20,0) | 0,69282032 | 0,48842 |
| | Não | 26 (86,6) | 24 (80,0) | | |
| Uso atual de ansiolíticos /hipnóticos | Sim | 2 (6,6) | 7 (23,3) | Não se aplica, n<5 | |
| | Não | 28 (93,4) | 23 (76,7) | | |

TABELA 1. Análise descritiva do perfil sociodemográfico dos profissionais de Trauma/ Emergência e de UBS com teste z e seu respectivo valor-p.

Fonte: autores, 2020.

Utilizou-se a nomenclatura dos níveis (alto, médio e baixo) levando em consideração os parâmetros seguidos pelo Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Estresse e *Burnout* – GEPEB (PEREIRA, 2010).

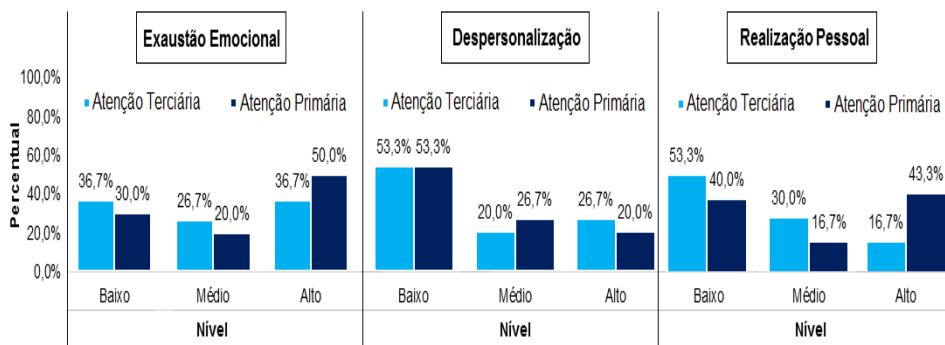


Figura 1: Distribuição percentual do nível da Síndrome de *BURNOUT* em relação às dimensões: Exaustão Emocional, Despersonalização e Realização Pessoal para os profissionais do hospital de Trauma e das UBS.

Fonte: autores, 2020.

Na tabela 2 apresenta-se o somatório obtido das três dimensões utilizadas para avaliação da síndrome de *burnout*. A pontuação dos médicos da atenção terciária no quesito exaustão emocional foi igual para os níveis alto e baixo, 36,7% e 26,7% obtiveram nível médio. Na despersonalização 53,3% tiveram nível baixo e apenas 26,7% nível alto. A realização pessoal entre os médicos do Hospital de Trauma se mostrou em níveis baixos entre 53,3% deles.

| Dimensão | Nível | At. terciária n (%) | At. primária n (%) |
|--------------------|-------|---------------------|--------------------|
| Exaustão Emocional | Baixo | 11 (36,7) | 9 (30) |
| | Médio | 8 (26,7) | 6 (20) |
| | Alto | 11 (36,7) | 15 (50) |
| Total | | 30 (100) | 30 (100) |
| Despersonalização | Baixo | 16 (53,3) | 16 (53,3) |
| | Médio | 6 (20) | 8 (26,7) |
| | Alto | 8 (26,7) | 6 (20) |
| Total | | 30 (100) | 30 (100) |

| | | | |
|--------------------|-------|-----------|-----------|
| | Baixo | 16 (53,3) | 12 (40) |
| Realização Pessoal | Médio | 9 (30) | 5 (16,7) |
| | Alto | 5 (16,7) | 13 (43,3) |
| Total | | 30 (100) | 30 (100) |

TABELA 2. Análise dos domínios da Síndrome de *BURNOUT* dos médicos da Atenção Terciária e Atenção primária.

Fonte: autores, 2020.

Dos médicos da atenção primária que trabalham nas UBS do município, 50% apresentaram nível alto de exaustão emocional, 53,3% nível baixo de despersonalização e em relação a realização pessoal 43% apresentaram um nível alto e 40% nível baixo.

Em relação à síndrome de *burnout*, foi encontramos a prevalência do nível alto em pelo menos uma das duas dimensões EE e DP e/ou nível baixo na dimensão RP do MBI, a qual foi de 83,3% para os médicos que trabalham na atenção terciária e 93,3% para os que trabalham na atenção primária; nas três dimensões, encontramos em 3,3% dos médicos que trabalham na atenção primária, não tendo sido identificada nos que trabalham na atenção terciária.

4 | DISCUSSÃO

Nesse estudo, observou-se uma porcentagem igual de médicos da atenção terciária em relação ao sexo feminino e masculino (50%), casados (60%), com idade até 39 anos (62,1%) e com filhos (63,3%). Observou-se também que (70%) possuem mais de 5 anos de tempo de serviço na atenção terciária, (60%) mais de sete anos de formado e a maioria (86,2%) trabalham mais que 40 horas semanais.

Em relação à carga horária noturna (70%) possuem até 50% em relação à carga total de horas semanais e a grande maioria (90%) possui mais de um vínculo empregatício. Sobre a intenção de desistir da carreira médica a maior parte (80%) nunca pensou. O uso atual de medicamentos como antidepressivos, ansiolíticos e hipnóticos não foi relatado pela maioria dos médicos da atenção terciária, 86,6% não faz uso de antidepressivos e 93,4% não fazem uso de ansiolíticos/hipnóticos.

Entre os médicos da atenção primária observamos uma maior prevalência do sexo feminino (63,3%), com idade até 39 anos (76,7%), não casados (60%) e 53,3% relatam não possuírem filhos. A maior parte dos médicos possuem até 5 anos de tempo de serviço na atenção primária (70%) e até 7 anos de formados (66,7%), na sua maioria (70%) trabalhando até 40 horas semanais. Quando questionados sobre a relação da carga horária noturna e a carga horária total semanal todos os entrevistados referiram dar menos de 50%. Uma grande porcentagem dos médicos (69%) não possui mais de um vínculo e 73,3% não tiveram a intenção de desistir da carreira médica. Sobre o uso de medicamentos

80% não faz uso atualmente de antidepressivos e 76,6% não faz uso atual de ansiolíticos e/ou hipnóticos.

Com relação à idade, os dados encontrados nesse estudo estão próximos aos de outros estudos realizados com médicos (TIRONI *et al.*, 2016) que observaram média de idade de 39 anos entre a maioria dos médicos portadores do *burnout*.

Quando avaliamos as dimensões, a exaustão emocional foi que teve um nível mais alto, encontrada entre 36,7% dos médicos da atenção terciária e 50% dos médicos da atenção primária, também descoberta em níveis mais elevados que as outras dimensões em um estudo de Tironi *et al.* (2016), que a descreve como um comportamento em resposta a pressão exercida pelo trabalho com a presença de sobrecarga mental e física.

Já outro estudo realizado com médicos de Porto Alegre mostrou que a maioria dos entrevistados possuíam altos níveis na dimensão de Despersonalização (HOPPEN *et al.*, 2017), contradizendo com os resultados encontrados no nosso em relação a mesma dimensão, onde maior parte dos médicos entrevistados (53,3%) dos dois serviços obtiveram um escore de nível baixo. Essas diferenças observadas no tipo de dimensão que se apresenta mais elevada entre médicos no Brasil pode ocorrer devido cada região apresentar fatores desencadeantes de estresses diferentes, sem esquecermos de levar em consideração também de divergências no perfil sociocultural dos mesmos (MOREIRA; DE SOUZA; YAMAGUCHI, 2018).

A dimensão da Realização Pessoal reduzida encontrada denota que os médicos apresentam baixa satisfação em relação ao trabalho e aos resultados obtidos com o mesmo. Maior parte dos médicos da atenção terciária (53,3%) apresentou uma baixa Realização Pessoal, já entre os médicos da atenção primária essa diferença foi pouco significativa, onde 43,3% apresentaram uma alta realização pessoal e 40% uma baixa realização pessoal.

Estudo realizado por Jacomé *et al.* (2019), com diversas especialidades médicos mostrou resultados altos de EE e baixos de DP na maioria dos entrevistados assim como foi encontrado nesse estudo.

Os médicos que atuam em serviços de emergência e os médicos da atenção básica em estudo realizado com várias especialidades médicas apresentaram a segunda e a terceira maior frequência, respectivamente, da síndrome de *burnout* (SHANAFELT *et al.*, 2009).

Verougstraete e Hachimi Idrissi (2020) realizaram uma meta-análise sobre *burnout* onde 81% dos estudos encontrados descreveram estimativas de prevalência de *burnout* geral entre médicos que trabalham nos serviços de emergência de 72%, relatadas através da análise das dimensões de exaustão, despersonalização e uma diminuição sensação de realização pessoal.

No presente estudo em relação aos médicos da atenção terciária, avaliando a alteração em apenas um dos escores das três dimensões EE, DP e RP, conclui-se a

presença da síndrome de *Burnout* em 83,3%. Realizando a mesma análise em relação aos médicos da atenção primária temos a presença de *Burnout* em 93,3% dos entrevistados. Em relação à alteração presente nos três escores EE, DP e RP, apenas os médicos da atenção primária apresentaram uma prevalência de 3,33%. Entre as três dimensões, a exaustão emocional foi a que proporcionou uma maior contribuição nos resultados desse estudo.

A prevalência de *burnout* no estudo entre todos os médicos entrevistados foi 88,3%, mais alta do que encontrada no estudo de Tironi *et al.* (2016), com uma prevalência de 61,7%, quando considerado alteração em pelo menos uma dimensão e em relação as três dimensões simultaneamente a prevalência foi aproximada, identificamos 3,3% e no estudo citado acima 5% dos médicos pesquisados.

Um estudo britânico mostrou prevalência de *burnout* mais altos entre médicos da atenção primária em comparação com especialistas da área hospitalar (LIMA; FARAH; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, 2018). Nos Estados Unidos os médicos de trabalham na atenção primária têm os terceiros níveis mais altos de *burnout* entre as demais especialidades médicas (SHANAFELT *et al.*, 2014).

Realizar comparações dos resultados encontrados em estudos sobre *burnout* é um pouco delicado, tendo em vista não haver um consenso em relação aos critérios para identificar a sua prevalência, mesmo sendo o MBI, o instrumento mais utilizado ele possui várias adaptações de interpretação dos critérios de classificação da síndrome (LIMA; FARAH; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, 2018).

5 | CONCLUSÃO

Os resultados obtidos neste estudo em relação a prevalência da síndrome de *burnout* tanto nos médicos da atenção primária quanto terciária são preocupantes, uma vez que o *burnout* afeta as condições de trabalho e causa riscos a prática clínica dos médicos.

O estudo mostrou que apesar dos números demonstrarem uma maior proporção dos médicos da atenção primária (93,3%) e terciária (83,3%) em relação a prevalência do *burnout*, estatisticamente essa diferença não é significativa. Essa diferença comparativa está relacionada a uma maior exaustão emocional que os médicos da atenção primária apresentaram.

As condições de saúde mental dos médicos podem interferir na prestação dos serviços de saúde à população. O profissional que apresenta a síndrome de *burnout* apresenta-se desmotivado para realização de suas atividades laborais, prejudicando a assistência prestada (TIRONI *et al.*, 2016).

A Política Nacional de Saúde do trabalhador determina que os gestores de saúde precisam ampliar as estratégias para identificação precoce de situações consideradas de risco ou que causem danos à saúde do trabalhador, utilizando-se quando for preciso de medidas de controle (BRASIL, 2012b).

REFERÊNCIAS

BARBOSA, G. A. **A saúde dos médicos no Brasil**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2007. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/include/asaudedosmedicosdobrasil.pdf>>

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS**. Informações de Saúde. Informações sobre estabelecimentos CNESNET. 2019. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Es_Nome_Mantenedoras_Com_Mantidos.asp [Acesso em 21 de janeiro de 2020].]

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 1.823, de 23 de agosto de 2012. **Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CARLOTTO, M. S.; DIAS, S.; QUEIRÓS, C. Síndrome de burnout e fatores associados em profissionais da área da saúde: um estudo comparativo entre Brasil e Portugal. **Aletheia**, n. 32, p. 4-21, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n32/n32a02.pdf>

HALLIDAY, L. *et al.* Grit and burnout in UK doctors: a cross-sectional study across specialties and stages of training. **Postgraduate medical journal**, v. 93, n. 1101, p. 389-394, 2017. doi: 10.1136/postgradmedj-2015-133919

HOPPEN, C. M. S. *et al.* Alta prevalência de síndrome de burnout em médicos intensivistas da cidade de Porto Alegre. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 29, n. 1, p. 115-120, 2017. doi: 10.5935/0103-507X.20170017

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia Estatística. Diretoria de pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. 2019. Disponível em: < <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/campina-grande/panorama>>

JÁCOME, S. J. *et al.* Prevalencia del síndrome de Burnout en residentes de especialidades médicas. **Revista Cuidarte**, v. 10, n. 1, 2019. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n32/n32a02.pdf>

LIMA, A. de S.; FARAH, B. F.; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, M. T. Análise da prevalência da síndrome de burnout em profissionais da atenção primária em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 1, p. 283-304, 2018. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00099>

MARTINS, L. F. *et al.* Esgotamento entre profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Ciência e saúde coletiva**. v. 19, n. 12, p. 4739-4750, 2014. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320141912.03202013>

MASLACH, C.; JACKSON, S. **Manual MBI**, Inventário "Burnout" de Maslach. Madrid: Publicaciones de Psicología Aplicada. 1997. Disponível em: <file:///C:/Users/Laptop/Downloads/MBIchapter.97.pdf>

MOREIRA, D. de S. *et al.* Prevalência da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 1559-1568, 2009. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000700014>.

MOREIRA, H. de A.; DE SOUZA, K. N.; YAMAGUCHI, M. U. Síndrome de Burnout em médicos: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 43, p. 1-11, 2018. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>>

PEREIRA, A. M. B. Burnout: o processo de adoecer pelo trabalho. In: **Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador**. 3a. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2010. p. 21-91.

SANTOS, S. C. R. *et al.* Prevalência de burnout em médicos residentes de Medicina Geral e Familiar em Portugal. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. v.12, n.39, p.1-9, 2017. doi: [https://doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1430](https://doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1430)

SHANAFELT, T. D. *et al.* Burnout and career satisfaction among American surgeons. **Annals of surgery**, v. 250, n. 3, p. 463-471, 2009. doi: <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e3181ac4dfd>.

SHANAFELT, T. D. *et al.* Changes in Burnout and satisfaction with work-life balance in physicians and the general US working population between 2011 and 2014. **Mayo Clin Proc**. v.90, n.12, p. 1600-1613, 2015. doi: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2015.08.023>.

TIRONI, M. O. S. *et al.* Prevalência de síndrome de burnout em médicos intensivistas de cinco capitais brasileiras. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 28, n. 3, p. 270-277, 2016. doi: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20160053>.

TUCUNDUVA, L. T. C. de M. *et al.* A síndrome da estafa profissional em médicos cancerologistas brasileiros. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 52, n. 2, p. 108-112, 2006. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302006000200021>.

VEROUGSTRAETE, D.; HACHIMI IDRISSE, Said. The impact of burn-out on emergency physicians and emergency medicine residents: a systematic review. **Acta Clinica Belgica**, v. 75, n. 1, p. 57-79, 2020. doi: <https://doi.org/10.1080/17843286.2019.1699690>

VIDAL, S. V. *et al.* Problemas bioéticos na Estratégia Saúde da Família: reflexões necessárias. **Revista Bioética**, v. 22, n. 2, p. 347-357, 2014. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-80422014222016>

CAPÍTULO 8

SÍNDROME DE BURNOUT E SEUS EFEITOS NA QUALIDADE DE VIDA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Data de aceite: 01/09/2020

Data de submissão: 28/07/2020

Ediane da Silva

Universidade Federal de Uberlândia

Uberlândia – MG

<http://lattes.cnpq.br/9504545824068446>

Denis Willian de Oliveira Dias

Universidade Federal de Uberlândia

Uberlândia – MG

<http://lattes.cnpq.br/0202453620320601>

Ana Clara Antunes Pereira Resende

Universidade Federal de Uberlândia

Uberlândia – MG

<http://lattes.cnpq.br/1865424749300348>

Susane Pereira Rastrelo

Universidade Federal de Uberlândia

Uberlândia – MG

<http://lattes.cnpq.br/1207904632564139>

Lauriany Alves

Universidade Federal de Uberlândia

Uberlândia – MG

<http://lattes.cnpq.br/9444453329591453>

Wanessa Varjão Alves

Universidade Federal de Uberlândia

Uberlândia – MG

<http://lattes.cnpq.br/0627275777623474>

Marcela Fonseca Reis

Universidade Federal de Uberlândia

Uberlândia – MG

<http://lattes.cnpq.br/2925248088830124>

Marlos Souza Vilela Junior

Universidade Federal de Uberlândia

Uberlândia – MG

<http://lattes.cnpq.br/9724438612105053>

RESUMO: Enfermeiros em Unidade de Tratamento Intensivo, enfrentam altos níveis de estresse no trabalho. O estudo teve como objetivo demonstrar através de uma revisão integrativa os principais pontos da Síndrome de Burnout e seus efeitos na qualidade de vida em profissionais da saúde. Método utilizado foi uma Revisão Integrativa com análise da produção científica da literatura na Biblioteca Virtual em Saúde. Os critérios de inclusão estabelecidos foram: artigos primários publicados de 2010 até 2017, disponíveis na íntegra e gratuitos, nos idiomas português, inglês. Os critérios de exclusão foram: revisão da literatura, estudo de caso, apresentarem-se repetidos, serem pagos, não atender aos objetivos da pesquisa, foram incluídos 6 artigos. Desenvolvimento: Atividades de lazer são estratégias que contribuem para convívio social e familiar, e trabalhadores em plantões noturnos acabam perdendo o convívio e as atividades de lazer. Schmidt de (2013) faz uma reflexão acerca do resultado divergente cujos trabalhadores de enfermagem não apresentam médias elevadas para qualidade de vida, trabalho e satisfação laboratorial. Conclusão: Revelou pontos como pouco reconhecimento no trabalho; intensificação do trabalho gerando sobrecarga, crise ética entre valores e questões profissionais; rigidez institucional; sofrimento pela morte de pacientes. Dessa forma, constatou-se

a necessidade de ações preventivas que visem a melhor qualidade de vida no trabalho e promoção à saúde mental para os trabalhadores de enfermagem de setores de cuidados intensivos. Considerados como possíveis fatores de risco para a ocorrência da Síndrome de Burnout, a idade ente 20 e 30 anos, solteiros, sem filhos, turno de trabalho diurno e sedentarismo.

PALAVRAS-CHAVE Unidade de tratamento intensivo, Burnout, Enfermagem, Esgotamento profissional, Trabalhadores.

BURNOUT SYNDROME AND EFFECTS ON THE QUALITY LIFE OF NURSING PROFESSIONALS: A LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: Nurses in Intensive Care Unit face high levels of stress at work. The study aimed to demonstrate through an integrative review the main points of Burnout Syndrome and its effects on quality of life in health professionals. The method used was an Integrative Review with analysis of the scientific production of literature in the Virtual Health Library. The inclusion criteria established were: primary articles published from 2010 to 2017, available in full and free of charge, in Portuguese and English. The exclusion criteria were: literature review, case study, being repeated, being paid, not meeting the research objectives, 6 articles were included. Development: Leisure activities are strategies that contribute to social and family interaction, and workers on night shifts end up losing their social and leisure activities. Schmidt (2013) makes a reflection about the divergent result whose nursing workers do not present high averages for quality of life, work and laboratory satisfaction. Conclusion: Revealed points such as little recognition at work; intensification of work generating overload, ethical crisis between professional values and issues; institutional rigidity; suffering by the death of patients. Thus, the need for preventive actions aimed at better quality of life at work and mental health promotion for nursing workers in intensive care sectors was verified. Considered as possible risk factors for the occurrence of Burnout Syndrome, the age between 20 and 30 years, single, without children, day shift and sedentariness.

KEYWORDS: Intensive care unit, Burnout, Nursing, Professional exhaustion, Workers.

1 | INTRODUÇÃO

O estudo tem como a Síndrome de Burnout (SB) ou síndrome do esgotamento profissional caracterizado pelo esgotamento, desapontamento é perda do empenho no trabalho. Alguns fatores predispõem o surgimento da SB, caracterizada por três dimensões avaliadas em índices altos e baixos.(SCHMIDT *et al.*, 2013) (MACHADO *et al.*, 2011).

A primeira dimensão refere-se à exaustão emocional (EE), a qual apresenta sinais e sintomas como cansaço físico e mental. Segundo despersonalização (DP) manifestado por insensibilidade emocional com pacientes ou colegas de trabalho. Terceira dimensão a realização profissional (RP), insatisfação profissional e pessoal com sensação de improdutividade, desanimo e incompetência. (MACHADO *et al.*, 2011) (SCHMIDT *et al.*, 2013) O estresse é uma resposta a um processo desafiador que envolve as emoções e comportamento, alterações químicas e fisiológicas ao estímulo estressor. Psicicamente o

esgotamento conduz a apatia e desinteresse, desânimo, medo em relação à vida (SILVA, 2011).

A vida moderna e inovações tecnológicas exigem adaptação de produtividade a qualquer custo e o mercado de trabalho cada vez mais competitivo tem proporcionado o surgimento do estresse (MURASSAKI et al., 2012). Sendo o estresse um mecanismo de resposta, tanto físico quanto psicológica mediante os tipos de mudanças (FERNANDES; MEDEIROS; RIBEIRO, 2009). A enfermagem considerada altamente estressante e na atuação hospitalar os profissionais dividem com o paciente a dor, o sofrimento, desespero e somando a isso longas jornadas, ritmo acelerado, turnos irregulares.(MURASSAKI et al., 2012).

Para Schmidt (2013) à enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), se encontra em um ambiente de trabalho estressante, duração da jornada, autonomia profissional, grau elevado de exigência são alguns fatores que predispõe o estresse (SCHMIDT et al., 2013). A enfermagem, é considerada como altamente estressante, com grandes possibilidades de desencadear a síndrome de Burnout, pois apresentam nível elevado de tensão em suas relações, perpassam por situações afetuosas e extremas (FERNANDES; MEDEIROS; RIBEIRO, 2009) (MONTEIRO, 2012).

O ambiente hospitalar possui um risco ocupacional para trabalhadores por apresentar excessivas carga de trabalho e por presenciar momentos conflitos e elevada tensão, além de lidar com situações de morte e de vida do paciente, e com suas próprias emoções e conflitos (MONTEIRO, 2012) (SILVA, 2011).

No estudo de Fogaça de (2010) parte de um preceito de que esses profissionais enfermeiros trabalham em UTI, enfrentam altos níveis de estresse no trabalho e acende reações como alto esforço para uma baixa recompensa sendo, emocional ou financeira, observando o esforço e a recompensa (FOGAÇA et al., 2010)05.

2 | OBJETIVO

Demonstrar através de uma revisão integrativa os principais pontos da Síndrome de Burnout e seus efeitos na qualidade de vida em profissionais da saúde.

3 | METODOLOGIA

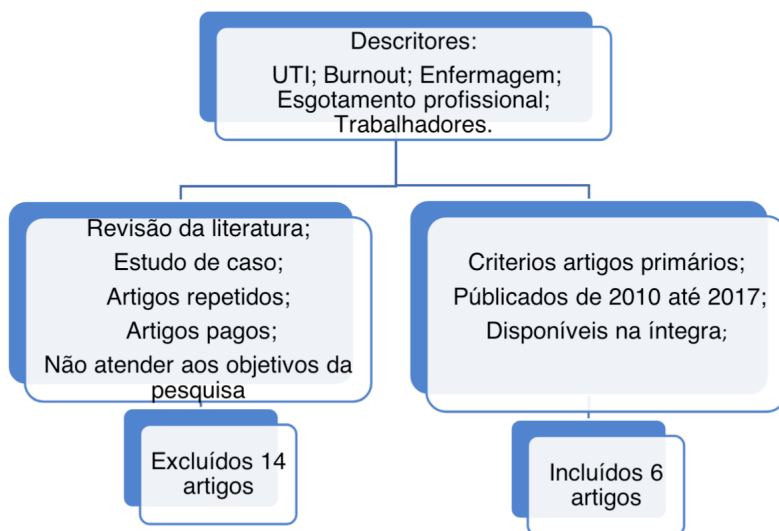
Trata-se de uma Revisão Integrativa (RI), análise da produção científica da literatura. Pautada no estudo de Galvão, Mendes e Silveira (2010), que norteia a operacionalização do processo de revisão em seis etapas, para obter novos conhecimentos a partir da discussão sobre métodos e resultados de pesquisas primárias relevantes (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

3.1 Procedimento para coleta de dados

Na primeira etapa foi definido tema da RI como a Síndrome de Burnout tem atingido os profissionais da saúde. Contudo a questão norteadora foi: Os principais pontos da Síndrome de Burnout e seus efeitos em profissionais da saúde? Qual a ocorrência na literatura? Os descritores usados na pesquisa foram: UTI, Burnout, Enfermagem, Esgotamento profissional, Trabalhadores.

Segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008), deve-se conduzir de maneira criteriosa e transparente a inclusão e exclusão dos artigos, evitando a omissão do procedimento da amostragem. A busca e a seleção de artigos devem ser realizadas por dois revisores de forma independente. A categorização dos estudos consiste na definição das informações a serem extraídas dos estudos. Organizando e sumarizando informações (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Na segunda etapa, foram delimitados os seguintes descritores no DECS (Descritores em Ciências da Saúde): UTI, Burnout, Enfermagem, Esgotamento profissional, Trabalhadores. Uma busca na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS-BIREME). Os critérios de inclusão estabelecidos foram: artigos primários publicados de 2010 até 2017, disponíveis na íntegra e gratuitos, nos idiomas português, inglês. Os critérios de exclusão foram: revisão da literatura, estudo de caso, apresentarem-se repetidos, serem pagos, não atender aos objetivos da pesquisa. Foram 20 artigos depois aplicado critério de inclusão e exclusão, incluídos 6 artigos da Biblioteca Virtual em Saúde como representado o processo de busca na figura 1 a seguir:



4 | DESENVOLVIMENTO

Na Terceira etapa ocorre a categorização dos estudos após leitura minuciosa, sendo extraídos dos artigos selecionados para a pesquisa uma síntese dos pontos principais organizando por número do artigo representado pela letra A e números de 1 a 6, título, métodos e resultados, identificados na tabela 1.

| Nº do Artigo | Nome do Artigo | Método | Resultados |
|--------------|---|---|--|
| A1 | Qualidade de vida no trabalho e Burnout em trabalhadores de enfermagem de unidade de terapia intensiva | Estudo descritivo, correlacional, de corte transversal | A avaliação da qualidade de vida no trabalho revelou uma população com alta satisfação no trabalho, os participantes não apresentaram risco de manifestação dessa doença, porém constatou-se uma relação inversa e de forte magnitude entre QVT e a dimensão exaustão emocional. |
| A2 | Sofrimento Psíquico de Trabalhadores de Unidade de Terapia Intensiva | Pesquisa qualitativa, entrevistados oito profissionais da área de enfermagem. | Análise de conteúdo, alguns pontos foram destacados: pouco reconhecimento no trabalho; intensificação do trabalho que gera sobrecarga, crise ética entre seus valores e questões profissionais; rigidez institucional; sofrimento pela morte de pacientes. |
| A3 | Estresse em enfermeiros intensivistas e a condição chefe/não chefe de família | estudo é de caráter quantitativo, analítico e transversal | A condição de chefia familiar não se mostrou relevante para a ocorrência de estresse ocupacional entre os enfermeiros investigados |
| A4 | Tensão no trabalho e a prevalência de transtornos mentais comuns entre trabalhadores de enfermagem | Levantamento de caráter epidemiológico onde para execução do projeto, foram necessários três pesquisadores de campo | A necessidade de ações preventivas que visem a melhor qualidade de vida no trabalho e promoção à saúde mental para os trabalhadores de enfermagem de setores de cuidados intensivos. |
| A5 | Síndrome de Burnout em centro de terapia intensiva infantil da região do centro-oeste de minas gerais | Estudo prospectivo e exploratório | Considerados como possíveis fatores de risco para a ocorrência da Síndrome de Burnout, a idade ente 20 e 30 anos, solteiros, sem filhos, turno de trabalho diurno e sedentarismo. |
| A6 | Estudo preliminar sobre o estresse ocupacional de médicos e enfermeiros em UTI pediátrica e neonatal: o equilíbrio entre esforço e recompensa | Estudo transversal descritivo com 37 médicos e 20 enfermeiros. | Enfermeiros da Pediatria (PED) e da Neonatal (NEO). E médicos com enfermeiros da PED não diferiram estatisticamente em relação ao Esforço (E) e Recompensa (R). O ambiente organizacional da NEO mostrou-se mais exigente para os médicos. |

Tabela 1: Sumarização dos artigos que constituem a amostra.

Fonte: Autor (2019)

Avaliando a temática ao ler os artigos e realizar a sumarização foi observado duas categorias. A categorização em duas subunidades 1) Qualidade de vida e Burnout; 2) Relação Burnout e Unidade de terapia intensiva.

| | |
|-------------------------------|---|
| A Qualidade De Vida E Burnout | Burnout e Unidade de Tratamento Intensivo |
| (A1) - (A3) - (A4) | (A2) - (A5) - (A6) |

Tabela 2. Categorização dos artigos e distribuição

Fonte: Autor (2019)

4.1 Qualidade de vida e Burnout

A Síndrome de Burnout é caracterizada pela: exaustão emocional, despersonalização e ausência de realização profissional. (SCHMIDT, *et al.* 2013). Quando ocorre uma sobrecarga de exaustão emocional um mecanismo protetor utilizado e o de retração, cortar ou reduzir o fato ou situação ameaçadora (SCHMIDT, *et al.* 2013). Atividades de lazer são estratégias que contribuem para convívio social e familiar, e trabalhadores em plantões noturnos acabam perdendo o convívio e as atividades de lazer (MURASSAKI *et al.*, 2012). No estudo de Schmidt (2013) faz uma reflexão acerca do resultado divergente cujos trabalhadores de enfermagem não apresentam medias elevadas para QVT e satisfação laboratorial. Contudo a sobrecarga de horas trabalhadas e longas jornadas, desgaste físico, emocional, baixa remuneração, contribuem para a percepção do estresse (SILVA, 2011).

Os trabalhadores que se queixam de sobrecarga de trabalho, tendem a se retrair, cortar ou reduzir o que estão fazendo. A ausência de realização profissional (RP) representa o componente de autoavaliação no Burnout. Quanto à avaliação do Burnout, resultado demonstrou que os participantes não apresentaram risco de manifestação dessa doença, porém constatou-se uma relação inversa e de forte magnitude entre QVT e a dimensão exaustão emocional (SCHMIDT *et al.*, 2013). Uma profissão majoritariamente feminina, pressupõe nos tempos modernos um exercício duplo de trabalho quando se somam as atividades domésticas (MURASSAKI *et al.*, 2012). Os enfermeiros não chefes de família corresponderam a baixo nível de estresse no nível de relacionamento com outras unidades e supervisores. Quando o funcionário é ouvido e respeitado a realização de suas tarefas com mais empenho e aumentando a qualidade da prestada (MURASSAKI *et al.*, 2012). Contudo a condição de chefe familiar não se mostrou relevante para ocorrência de estresse ocupacional (MURASSAKI *et al.*, 2012).

A identificação de prevalência de transtornos mentais comuns foi observada que a prevalência significativamente maior em trabalhadores que com renda mensal acima de seis salários mínimos, com vínculo estável e entre aqueles que trabalham em unidade coronariana (SILVA, 2011). Demonstrando a necessidade de medidas preventivas para uma qualidade de vida e condições de trabalho nos setores intensivos (SILVA, 2011).

4.2 Relação Burnout e Unidade de terapia intensiva

Referente à enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), o estresse e a insatisfação profissional estão presentes no seu cotidiano, resultante de inúmeros fatores relacionados ao tipo de ambiente, duração da jornada de trabalho, complexidade das relações humanas e de trabalho, autonomia profissional, grau elevado de exigência quanto às competências e habilidades, alta responsabilidade, planejamento adequado de recursos humanos e materiais, entre outros (SCHIMIDT *et al*, 2013).

Compreende-se que os elementos das unidades de tratamento intensivo, tais como, o contato contínuo com o sofrimento e morte, uso abundante de tecnologias sofisticadas e a complexidade do cuidado, entre outros, pode levar a insatisfação e comprometer a QVT desses profissionais, caso não exista ações gerenciais que contribuam para a manutenção deste nível de satisfação entre os trabalhadores (SCHIMIDT *et al*, 2013). O conflito entre a organização do trabalho e o funcionamento psíquico pode induzir ao adoecimento, uma vez que, o hospital como risco ocupacional para os trabalhadores com carga excessiva carga de trabalho e situações afetuosas extremas (MONTEIRO, 2012). Pouco reconhecimento do trabalho intensificação que gera sobrecarga, crise de valores éticos frente a profissão, sofrimento pelo falecimento que um paciente (MONTEIRO, 2012).

Ao correlacionar UTI pediátrica com neonatal, observa-se que a primeira apresenta valores de esforços e recompensas elevados (FOGAÇA *et al.*, 2010)⁰⁵. No estudo da Fogaça de (2010) abordando a relação esforço (E) e recompensa (R) em Médicos da pediatria e neonatal não diferiram estatisticamente. Entretanto os médicos da neonatal e mostraram se mais exigentes, determinando maior comprometimento. Sem destaque para quantidades de vínculos ou carga horaria semana abordando esforço e recompensa para tal. Para Machado de (2011) as práticas de atividades físicas, não possuem altos índices para a despersonalização e realização profissional, o que pode pressupor como fator protetor. Outro achados no estudo que apenas um vínculo empregatício e considerado fator protetor podendo ser considerado como preventivo (MACHADO *et al.*, 2011). Pois alguns estudos abordam maior índice de absenteísmo em setores fechado mediante a exposição a fatores estressantes (FOGAÇA *et al.*, 2010)⁰⁵ (MACHADO *et al.*, 2011).

5 | CONCLUSÃO

Diante do exposto, a síndrome de Burnout é a avaliação da qualidade de vida no trabalho, sendo destacados alguns pontos: pouco reconhecimento no trabalho; intensificação do trabalho que gera sobrecarga, crise ética entre seus valores e questões profissionais; rigidez institucional; sofrimento pela morte de pacientes. Dessa forma constatou-se que a necessidade de ações preventivas que visem a melhor qualidade de vida no trabalho e promoção à saúde mental para os trabalhadores de enfermagem de setores de cuidados intensivos. Considerados como possíveis fatores de risco para a ocorrência da Síndrome

de Burnout, a idade ente 20 e 30 anos, solteiros, sem filhos, turno de trabalho diurno e sedentarismo.

Enfermeiros de unidades de tratamento intensivos não diferiram estatisticamente em relação ao esforço e recompensa. Referente à enfermagem o estresse e a insatisfação profissional estão presentes no seu cotidiano, resultante de inúmeros fatores relacionados ao tipo de ambiente, duração da jornada de trabalho, complexidade das relações humanas e de trabalho, autonomia profissional, grau elevado de exigência quanto às competências e habilidades, alta responsabilidade. Ao investigar condição de chefia familiar não se mostrou relevante para a ocorrência de estresse ocupacional entre os enfermeiros investigados. O conflito entre a organização do trabalho e o funcionamento psíquico pode induzir ao adoecimento. Pouco reconhecimento do trabalho intensificação que gera sobrecarga, crise de valores éticos frente a profissão, sofrimento pelo falecimento que um paciente.

Contudo as práticas de atividades físicas, não possuem altos índices para a despersonalização e realização profissional, o que pode pressupor como fator protetor. Outro fator protetor um vínculo empregatício.

REFERÊNCIAS

FERNANDES, B. A. S. M.; MEDEIROS, S. M.; RIBEIRO, L. M. Estresse ocupacional e o mundo do trabalho atual: repercussões na vida cotidiana das enfermeiras. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 414–427, 2009.

FOGAÇA, M. D. C. et al. Estudo preliminar sobre o estresse ocupacional de médicos e enfermeiros em UTI pediátrica e neonatal: o equilíbrio entre esforço e recompensa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 1–6, 2010.

MACHADO, R. M. et al. Síndrome De Burnout Em Centro De Terapia Intensiva Infantil Da Região Centro-Oeste De Minas Gerais Burnout. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 1, n. 2, p. 201–209, 2011.

MONTEIRO, J. K. Sofrimento psíquico de trabalhadores de unidade de terapia intensiva TT - Psychic suffering of intensive care unit workers. **Rev. psicol. organ. trab**, v. 12, n. 2, p. 245–250, 2012.

MURASSAKI, A. C. Y. et al. Estresse em enfermeiros intensivistas e a condição chefe/não chefe de família. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 10, n. 4, p. 755–762, 2012.

SCHMIDT, D. R. C. et al. Qualidade de vida no trabalho e burnout em trabalhadores de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 1, p. 13–17, 2013.

SILVA, J. Stress at work and the common mental disorders prevalence among nursing workers. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 5, n. 1, p. 1–9, 2011.

SÍNDROME DE BURNOUT E SUAS REPERCUSSÕES NA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Data de aceite: 01/09/2020

Data de submissão: 03/06/2020

Marina da Silva dos Santos

Universidade Regional do Cariri- URCA
Acopiara – CE
<http://lattes.cnpq.br/7167350564266088>

Andreliny Bezerra Silva

Universidade Regional do Cariri- URCA
Acopiara – CE
<http://lattes.cnpq.br/6814584096420142>

Karina Ellen Alves de Albuquerque

Universidade Regional do Cariri- URCA
Acopiara – CE
<http://lattes.cnpq.br/3470220235321190>

Rayne Cristina Gomes Moreira

Universidade Regional do Cariri- URCA
Senador Pompeu – CE
<http://lattes.cnpq.br/6724989842044401>

Kelly Suianne de Oliveira Lima

Universidade Regional do Cariri- URCA
Acopiara – CE
<http://lattes.cnpq.br/7024261724942970>

Camila Fonseca Bezerra

Universidade Regional do Cariri- URCA
Crato – CE
<http://lattes.cnpq.br/7310022515391599>

RESUMO: A Síndrome de Burnout é reconhecida como “síndrome do esgotamento profissional”, e pode ser entendida como uma resposta prolongada a estressores emocionais e interpessoais crônicos presentes no ambiente de trabalho. Desse modo o objetivo do estudo é analisar os principais fatores de risco e as consequências que a Síndrome de Burnout oferece a equipe de enfermagem. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura de natureza qualitativa e descritiva. A pesquisa online foi realizada no mês de setembro de 2018 na plataforma da Biblioteca Virtual em Saúde. O trabalho em saúde exige do profissional intensa dedicação e atenção na realização das tarefas, aperfeiçoamento constante, além de empenho para conciliar as necessidades dos pacientes com as suas competências profissionais e da estrutura da instituição. No ambiente de trabalho, os fatores estressores são muitos, tais como, ansiedade diante de desentendimentos com colegas, sobrecarga, o ritmo acelerado e insatisfação salarial. Diante do exposto, pode-se notar que a Síndrome de Burnout está amplamente relacionado ao trabalho assistencial de enfermeiros que exercem papéis de alta complexidade/responsabilidade lidando com pacientes portadores dos mais variados problemas de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Burnout, Saúde do trabalhador, Enfermagem.

BURNOUT SYNDROME AND ITS REPERCUSSIONS IN THE NURSINGTEAM

ABSTRACT: Burnout Syndrome is recognized as “professional burnout syndrome”, and can be understood as a prolonged response to chronic emotional and interpersonal stressors present in the workplace. Thus, the objective of the study is to analyze the main risk factors and the consequences that the Burnout Syndrome offers the nursing team. It is an integrative review of the literature of a qualitative and descriptive nature. The online survey was conducted in September 2018 on the Virtual Health Library platform. Health work requires intense dedication and attention from the professional in performing tasks, constant improvement, in addition to efforts to reconcile the needs of patients with their professional skills and the structure of the institution. In the work environment, stressors are many, such as anxiety in the face of disagreements with colleagues, overload, the fast pace and wage dissatisfaction. Given the above, it can be noted that the Burnout Syndrome is largely related to the care work of nurses who exercise who play highly complex / responsible roles in dealing with patients with the most varied health problems.

KEYWORDS: Burnout, Worker’s health, Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

A Síndrome de Burnout (SB) é caracterizada como uma importante questão de saúde pública que gera risco para o trabalhador, associada a elementos presentes no dia a dia do trabalho como a escassez de instrumentos adequados, centralização da tomada de decisões com pouca margem para a administração local e influência política na gestão de pessoal aliados à precariedade das condições de trabalho (MENEZES et al., 2017).

Reconhecida como “síndrome do esgotamento profissional”, pode ser entendida como uma resposta prolongada a estressores emocionais e interpessoais crônicos presentes no trabalho (HOLMES et al., 2014). O estresse pode ser definido como um estado em que ocorre um desgaste atípico do corpo humano e/ou redução da habilidade de trabalho gerada pela incapacidade do indivíduo de se adaptar, aceitar ou superar em certo período de tempo as exigências psicológicas encontradas em seu ambiente de vida (FERREIRA et al., 2017).

A SB está diretamente conectada ao estresse crônico, típico do cotidiano do trabalho, principalmente, quando existem conflitos, pressão e poucas recompensas emocionais e reconhecimento. Detectar precocemente níveis sintomáticos expressivos da síndrome possibilita intervenções preventivas. A prevenção de Burnout é importante desde seu início, visto que profissionais da área da saúde, por prestarem cuidados e estarem sempre em contato com pessoas enfermas, estão constantemente sujeitos a enormes variedades de fontes de estresse considerados assim um grupo individual afetado por este sintoma ocupacional e, conseqüentemente, pelo Burnout (UENO et al., 2017).

A síndrome em questão pode ser dividida em três dimensões: 1º a exaustão emocional que se caracteriza por fadiga intensa, falta de forças para enfrentar o dia de trabalho e sensação de estar sendo exigido, além de seus limites emocionais; 2º a despersonalização

que se distingue por distanciamento emocional e indiferença em relação ao trabalho ou aos usuários do serviço de saúde; 3º a diminuição da realização pessoal, a qual se expressa como falta de perspectivas para o futuro, frustração e sentimentos de incompetência e fracasso (ANDRADE et al., 2016).

A enfermagem aparece em quarto lugar no ranking das profissões mais estressantes, esse dado é preocupante devido ao fato de que são os profissionais que passam mais tempo junto aos pacientes e seus familiares, estando constantemente sujeitos a alterações emocionais estressoras. Considerando os fatores apresentados, o estudo se mostra relevante ante a perspectiva de elucidar as seguintes questões norteadoras: Quais os principais fatores de risco para o desenvolvimento da Síndrome de Burnout? Quais as consequências dessa síndrome aos profissionais de enfermagem?

2 | OBJETIVO

Analisar com base na literatura científica os principais fatores de risco e as consequências que a Síndrome de Burnout oferece a equipe de enfermagem.

3 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura de natureza qualitativa e descritiva relacionada a Síndrome de Burnout e suas repercussões para os profissionais de enfermagem. A pesquisa online foi realizada no mês de setembro de 2018 na plataforma da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Na busca aos artigos, foram empregados os descritores padronizados pelos Descritores em Ciências da Saúde: Burnout, saúde do trabalhador e enfermagem, utilizando o operador Boleano *And*. Ao iniciar-se a pesquisa, foram encontrados 692 resultados, dos quais após os filtros: artigos completos disponíveis e gratuitos, assunto principal esgotamento profissional, saúde do trabalhador, estresse psicológico e enfermagem, idioma português, publicações indexadas nos últimos cinco anos e tipo de documento artigo, resultaram em 44 artigos. Logo após foram aplicados como critérios de exclusão: artigos duplicados e distanciamento da temática proposta, resultando então em 13 referências para serem utilizados no estudo.

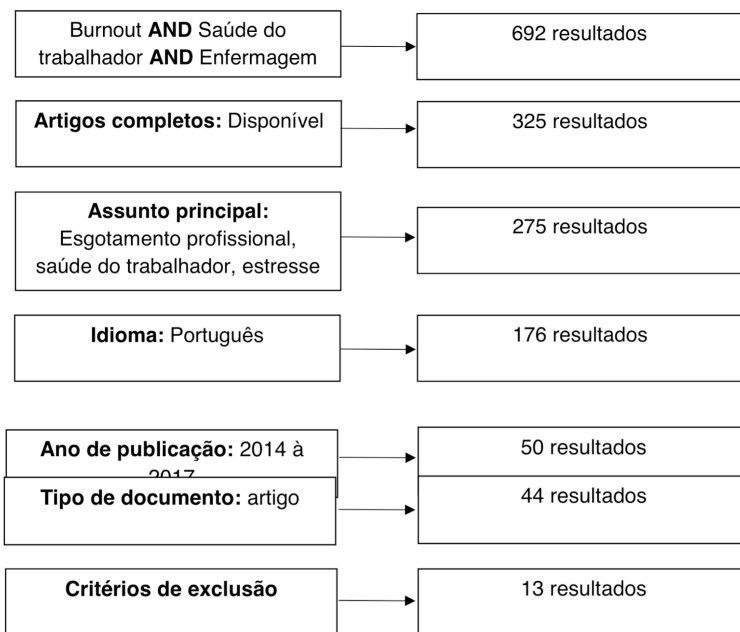


Figura 1 – Fluxograma do levantamento das referências na BVS.

4 | RESULTADOS

A síndrome de Burnout é definida como um transtorno crônico e adaptativo associado às demandas e exigências laborais, resultante da constante e repetitiva pressão emocional, com sintomatologia múltipla e predominância do cansaço emocional. Atingem a equipe de enfermagem, os pacientes, a organização e o próprio trabalho quando os métodos de enfrentamento falham ou são insuficientes (SENA et al., 2015).

O trabalho em saúde exige do profissional intensa dedicação e atenção na realização das tarefas, aperfeiçoamento constante, além de empenho para conciliar as necessidades dos pacientes com as suas competências profissionais e da estrutura da instituição. Um fator que coopera para o estresse do profissional de enfermagem é com a equipe multiprofissional não funcionar adequadamente, gerando estresse, preocupação e, algumas vezes, a sobrecarga de trabalho para o profissional (FILGUEIRA et al., 2017).

Além disso, existem falhas no funcionamento dos serviços do hospital, como a manutenção, que muitas vezes demora dias para consertar algo no setor, ocasionando estresse para o profissional que trabalha no setor, o qual necessita muitas vezes daquele instrumento (FERREIRA et al., 2016).

É importante salientar que a palavra “estresse” não pode ser confundida com a síndrome. O estresse ocorre a partir de reações do organismo às agressões de origens diversas, suficientes para perturbar o equilíbrio interno do ser humano, ao contrário da

síndrome onde há a resposta do estresse laboral crônico que envolve atitudes e alterações comportamentais negativas relacionadas ao contexto do trabalho (BARRETO et al., 2016).

No ambiente de trabalho, os fatores estressores são muitos, tais como, ansiedade diante de desentendimentos com colegas, sobrecarga, o ritmo acelerado, insatisfação salarial. O estresse possui um papel desencadeador de sintomas psicossomáticos como cefaleias, tensões musculares e hipertensão arterial. A fase mais grave do estresse pode ocasionar redução da resistência orgânica às infecções, lapsos de memória, impotência sexual ou até aumento de abortos espontâneos (SILVA et al., 2017).

Entende-se que, dependendo da personalidade de cada indivíduo, um tipo de descarga será realizado, podendo ser através de alterações violentas decorrentes do estresse no próprio ambiente de trabalho ou por doenças propriamente instaladas, o que afetará significativamente a vida do profissional em ambos os casos (FERREIRA et al., 2016).

A preocupação com o bem-estar do trabalhador começou a surgir a partir do aumento na incidência de profissionais com sintomas de estresse acima do normal, o que levou a indagações sobre como lidar com esse “novo problema”, a síndrome de Burnout (RODRIGUES et al., 2017).

É importante a elaboração de estratégias organizacionais e individuais de intervenção (treinamento, capacitação e supervisão dos profissionais) e, também, a inserção de novas práticas que aumentem a qualidade de vida dos profissionais, como: hábitos alimentares mais saudáveis; cuidados com a qualidade do sono; prática de exercícios físicos regulares; busca pela qualidade nas relações interpessoais; minimizando os danos à sua saúde e melhorando a qualidade de vida no trabalho, refletindo na qualidade dos serviços prestados (SILVA et al., 2017).

5 | CONCLUSÃO

Observou-se que como muitas doenças, a SB evolui através de fases, as quais passam despercebidas na maioria das vezes e termina sendo confundidas com o estresse ou consequências de problemas pessoais, sendo muitas vezes mascarada, não acontecendo nem o diagnóstico e/ou tratamento.

Diante do exposto, pode-se notar a alta associação entre Burnout e trabalho assistencial de enfermeiros que exercem papéis de alta complexidade/responsabilidade lidando com pacientes portadores dos mais variados problemas de saúde, sejam no âmbito da emergência, setores de alto risco de doenças infecto-contagiosas ou até mesmo em UTI. Além destes, fatores como plantões noturnos numerosos, contato direto com os doentes e a possibilidade de morte, predispõe também o desenvolvimento da SB.

REFERÊNCIAS

- BARRETO, B. M. F.; SILVA, R. P.; CAMACHO, A. C. L. F.; OLIVEIRA, B. G. R. B.; VALENTE, G. S. C. A interferência do estresse no trabalhador de enfermagem no ambiente hospitalar e sua relação como fator de risco para a ocorrência de câncer. **Revista Online de Pesquisa: Cuidado é fundamental**, v. 8, n. 2, p. 4154-4167, 2016.
- COSTA, K. N. F. M.; COSTA, T. F.; MARQUES, D. R. F.; VIANA, L. R. C.; SALVIANO, G. R.; OLIVEIRA, M. S. Qualidade de vida relacionada à saúde dos profissionais de enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 11, n. (Supl. 2), p. 881 -9, 2017.
- FERREIRA, J. S.; RIBEIRO, K. V.; CARAMURU, P. S.; HANZELMANN, R. S.; VELASCO, R. A.; PASSOS J. P. Estresse e estratégias de enfrentamento em trabalhadores de enfermagem de uma unidade de saúde da família. **Revista Online de Pesquisa: Cuidado é fundamental**, v. 9, n. 3, p. 818-823, 2017.
- FERREIRA, N. N.; LUCCA, S. R. Síndrome de Burnout em técnicos de enfermagem de um hospital público do estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. 1, p. 68-79, 2015.
- HOLMES, E. S.; SANTOS, S. R.; FARIAS, J. A.; COSTA, M. B. S. Síndrome de burnout em enfermeiros na atenção básica: repercussão na qualidade de vida. **Revista Online de Pesquisa: Cuidado é fundamental**, v. 6, n. 4, p. 1 384-1 395, 2014.
- JACQUES, J. P. B.; RIBEIRO, R. P.; MARTINS, J. T.; RIZZI, D. S.; SCHMIDT, D. R. C. Geradores de estresse para os trabalhadores de enfermagem de centro cirúrgico. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 36, n. 1, supl, p. 25-32, 2015.
- LUZ, L. M.; TORRES, R. R. B.; SARMENTO, K. M. V. Q.; SALES, J. M. R.; FARIAS, K. N.; MARQUES, M. B. Síndrome de Burnout em profissionais do serviço de atendimento móvel de urgência. **Revista Online de Pesquisa: Cuidado é fundamental**, v. 9, n. 1, p. 238-246, 2017.
- MENESES, P. C. M.; ALVES, É. S. R. C.; NETO, S. A. A.; DAVIM, R. M. B.; GUARÉ, R. O. Síndrome de Burnout: uma análise reflexiva. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 11, n. 12, p. 5092-5101, 2017.
- RODROGUES, C. C. F. M.; SALVADOR, P. T. C. O.; ASSIS, Y. M. S.; GOMES, A. T. L.; BEZZERIL, M. S.; SANTOS, V. E. P. Estresse entre os membros da equipe de enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 11, n. 2, p. 601-608, 2017.
- SENA, A. F. J.; LEMES, A. G.; NASCIMENTO, V. F.; ROCHA, E. M. Estresse e ansiedade em trabalhadores de enfermagem no âmbito hospitalar. **Journal of Nursing and Health**, v. 5, n. 1, p. 27-37, 2015.
- SOUSA, V. F. S.; ARAUJO, T. C. C. F. Estresse ocupacional e resiliência entre profissionais de saúde. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 35, n. 3, p. 900-915, 2015.
- TRETTENE, A. S.; ANDRADE, C. S.; KOSTRICH, L. M. V.; TABAQUIM, M. L. M.; RAZENA, A. P. R. Estresse em profissionais de enfermagem atuantes em um hospital especializado. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 10, n. 12, p. 4450-4458, 2016.
- UENO, L. G. S.; BOBROFF, M. C. C.; MARTINS, J. T.; MACHADO, R. C. B. R.; LINARES, P. G.; GASPAR, S. G. Estresse ocupacional: estressores referidos pela equipe de enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, n. 11 v. 4, p. 1 632-1 638, 2017.

CAPÍTULO 10

RELEVÂNCIA DOS FATORES PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO NA SEGURANÇA PÚBLICA, SUA RELAÇÃO COM A SÍNDROME DE *BURNOUT* E SEUS IMPACTOS NA QUALIDADE DE VIDA E NA SAÚDE MENTAL DOS SERVIDORES

Data de aceite: 01/09/2020

Data de submissão: 28/07/2020

Suellen Keyze Almeida Lima

Brasília- Brasil

<http://lattes.cnpq.br/8638386328558182>

RESUMO: Introdução: O campo de estudos em Saúde Mental e Trabalho (SM&T) tem verificado o potencial patogênico de certas formas de organização do trabalho, exigindo a compreensão da saúde sob o prisma da integralidade, como fenômeno biopsicossocial. Objetivo: Realizar um estudo de revisão da produção científica sobre a relevância dos fatores psicossociais no trabalho na segurança pública, sua relação com a Síndrome de Burnout e seus impactos na qualidade de vida e saúde mental de servidores públicos da polícia. Método: trata-se de uma revisão sistemática da literatura. Utilizou-se a BIREME (Biblioteca Virtual em Saúde), composta por LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SCIELO (Scientific Electronic Library Online - Brasil) e PubMed. Foram considerados estudos publicados entre 1º de janeiro de 2014 e 31 de dezembro de 2018. Resultados: foram incluídos 11 artigos, totalizando 27.306 assuntos. Os fatores psicossociais mais frequentes foram relacionados às condições de trabalho, carga horária e insatisfação salarial. Não houve evidências significativas da ocorrência da Síndrome de Burnout nesses servidores.

Conclusões: Nos estudos selecionados, não foi encontrada relação entre a presença de fatores psicossociais e maior índice de Síndrome de Burnout, porém os estudos revelaram que esses profissionais se encontram em zona de risco para o desenvolvimento desta síndrome. A produção de estudos sobre a qualidade de vida dos policiais ainda é escassa, por isso são sugeridos novos estudos que abordem a qualidade de vida profissional nesta categoria, podendo assim contribuir para o planejamento de ações preventivas.

PALAVRAS-CHAVE: Fatores psicossociais, Síndrome de Burnout, Qualidade de vida, Saúde mental, e Polícia.

RELEVANCE OF PSYCHOSOCIAL FACTORS OF WORK IN PUBLIC SAFETY, THEIR RELATIONSHIP WITH *BURNOUT* SYNDROME AND ITS IMPACTS ON THE QUALITY OF LIFE AND MENTAL HEALTH OF SERVERS

ABSTRACT: Introduction: The field of studies in Mental Health and Work (SM&T) has been verifying the pathogenic potential of certain forms of work organization, requiring the understanding of health through a prism of integrality, as a biopsychosocial phenomenon. Objective: To carry out a review study of the scientific literature on the relevance of psychosocial factors at work in public safety, its relationship with Burnout syndrome and its impacts on the quality of life and mental health of public servants of the police force. Method: This is a systematic review of the literature. BIREME (Virtual Health Library) was used, comprising LILACS (Latin American

and Caribbean Literature in Health Sciences) and SCIELO (Scientific Electronic Library Online – Brazil) and PubMed. Studies published between January 1, 2014 and December 31, 2018 were considered. Results: 11 articles were included, totaling 27,306 subjects. The most frequent psychosocial factors were related to working conditions, workload and wage dissatisfaction. There was no significant evidence of the occurrence of Burnout Syndrome in these servers. Conclusions: In the selected studies, no relationship was found between the presence of psychosocial factors and a higher rate of Burnout Syndrome, however the studies revealed that these professionals are in a risk zone for the development of this syndrome. The production of studies on the quality of life of police officers is still scarce, so new studies are suggested that address the quality of professional life in this category, thus being able to contribute to the planning of preventive actions.

KEYWORDS: Psychosocial Factors, Burnout syndrome, Quality of life, Mental health, and Police.

1 | INTRODUÇÃO

O mundo laboral tem sofrido inúmeras transformações. Num mercado global cada vez mais competitivo, as empresas e outras entidades empregadoras solicitam aos trabalhadores desempenhos e disponibilidades que podem afetar a sua qualidade de vida. Notáveis exemplos desta situação são a flexibilidade dos horários, a mobilidade profissional e a polivalência no trabalho. Não se estranha então que o stress laboral seja cada vez mais encarado como um fenômeno endêmico ao trabalhador e ao mundo do trabalho.^{1,2}

Os riscos psicossociais no trabalho foram definidos pelo Comitê dos Altos Responsáveis da Inspeção do Trabalho (CARIT) como “aspectos de organização e gestão do trabalho, que em interação com os seus contextos sociais e ambientais, têm potencial para causar dano psicológico, social ou físico”.³

Segundo Carvalho (2016)⁴, os riscos psicossociais estão relacionados às condições de trabalho que apresentem: exigências desnecessárias, excesso de trabalho, falhas na comunicação, falta de especificação no papel do trabalhador, contexto social deficitário, falta de apoio dos envolvidos no ambiente de trabalho, violências sofridas, sendo físicas ou emocionais, dificuldades nos relacionamentos interpessoais e na conciliação de tarefas profissionais e pessoais. Para ele, “não há como haver confusão entre um ambiente de trabalho saudável, propício ao bem-estar e a motivação, com relação àquele causador dos riscos psicossociais”.⁴

O serviço policial constitui importante recurso do Estado para a preservação da ordem pública, porém, para que os policiais exerçam suas funções de maneira satisfatória, são necessárias condições de trabalho favoráveis, tanto físicas quanto psicológicas.⁵

Ao experimentar o estresse decorrente do trabalho, o indivíduo precisa desenvolver mecanismos de enfrentamento que lhe permitam continuar em atividade. Todavia, caso a exposição aos fatores estressantes persista, essas estratégias acabam sendo insuficientes

e as condições de trabalho tornam-se frustrantes e desgastantes. Isso produz uma tensão emocional severa, que associada ao estresse ocupacional crônico, desencadeia um conjunto de sinais e sintomas, físicos e psíquicos. É o que se chama de Síndrome do Esgotamento Profissional ou Síndrome de *Burnout* (SB).⁶

O trabalho tem um papel importante na vida do indivíduo⁷, sendo uma das principais atividades desempenhadas pelo homem. No entanto, o exercício da profissão pode produzir nos trabalhadores desgastes físicos e emocionais, que quando constantes podem gerar diversos prejuízos à saúde e à qualidade de vida, dentre eles, o estresse e sofrimento psíquico.^{8,9}

O estudo tem como objetivo realizar um estudo de revisão de literatura científica sobre a relevância dos fatores psicossociais do trabalho na segurança pública, sua relação com a síndrome de *Burnout* e seus impactos na qualidade de vida e na saúde mental dos servidores públicos da força policial.

2 | MÉTODO

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura. Foi utilizado a BIREME (Biblioteca Virtual da Saúde) estando nela compreendidas a LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em ciências da Saúde) e SCIELO (Scientific Eletronic Library online-Brasil) e PubMed. Os unitermos pesquisados foram: “Fatores Psicossociais”, “Síndrome de *Burnout*”, “Qualidade de Vida”, “Saúde Mental” e “Polícia”. Foram considerados os estudos publicados entre 1º de janeiro de 2014 e 31 de dezembro de 2018. Os critérios de inclusão foram: artigos publicados em português, espanhol e inglês, com textos completos disponíveis e amostragem voltada para servidores públicos da força policial. Foram excluídas as duplicidades, artigos sem resumo e artigos cujo conteúdo não correspondiam aos critérios definidos.

Ao total obtiveram-se cerca de 103 documentos e selecionados 11 documentos de acordo com os critérios definidos, sendo que 8 estudos com metodologia transversal e 3 revisões sistemáticas.

Para a análise e posterior síntese dos artigos que atenderam aos critérios de inclusão foi utilizado um quadro sinóptico especialmente construído para esse fim, que contemplou os seguintes aspectos, considerados pertinentes: nome dos autores e ano de publicação, amostragem, metodologia e resultados/conclusão.

3 | REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Fatores Psicossociais

Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), os riscos psicossociais são definidos pelas interações entre o conteúdo do trabalho, organização do trabalho e gestão, e

as condições ambientais e organizacionais, por um lado, e as competências dos funcionários e suas necessidades, do outro. Através de um conjunto de percepções e experiências, seja de caráter individual, relativos às expectativas econômicas ou de desenvolvimento pessoal, ou ainda ligados às relações interpessoais e seus aspectos emocionais, como fatores de risco psicossociais, essas interações provam ter uma influência perigosa sobre a saúde.^{10,11}

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) os riscos psicossociais andam lado a lado com a experiência de estresse relacionado ao trabalho e são amplamente reconhecidos como grandes desafios para a saúde e segurança ocupacional.^{12,10}

Nesse contexto, restringindo-se ao estresse ocupacional, a OMS define o mesmo como um padrão de reações emocionais, cognitivas, comportamentais e fisiológicas aos aspectos negativos e prejudiciais relacionados ao conteúdo do trabalho, organização do trabalho e ambiente de trabalho. É a resposta que as pessoas podem ter quando há um desequilíbrio entre as exigências do trabalho, as pressões e os recursos (ambientais e pessoais) que se dispõe para o enfrentamento. Caracteriza-se por elevados níveis de agitação e angústia que desafiam a capacidade de confrontação.^{10,11}

De acordo com Leka & Jain (2010) os riscos psicossociais e o stress experienciado no trabalho andam de mãos dadas.¹⁰

Quando não há mais arranjo possível da organização do trabalho pelo próprio trabalhador, a energia não encontra via de descarga no exercício laboral e se acumula no aparelho psíquico. O excesso de carga psíquica leva à fadiga e ao domínio do sofrimento. Não havendo a interrupção das atividades ou a alteração na organização do trabalho, abre-se caminho para o desencadeamento da patologia.^{13,14}

3.2 Saúde Mental e Síndrome de Burnout

Nos últimos anos, o interesse por questões relacionadas aos vínculos entre trabalho e saúde/doença mental vem ganhando visibilidade. O interesse pela temática é consequência do número crescente de transtornos mentais e do comportamento associados ao trabalho, os quais podem ser constatados nas estatísticas oficiais.¹⁵

Neste sentido, estudos têm demonstrado a presença de fadiga, depressão, ansiedade, Síndrome de *Burnout*, transtorno emocional ou comportamental, alterações de humor, distúrbios do sono, desgaste físico e mental, tentativas de suicídio, tabagismo, uso de álcool e enfermidades físicas, como cefaleia, gastrite, diabetes, hipertensão arterial, alterações cardiovasculares, em decorrência do trabalho.¹⁶⁻¹⁹

Freudenberger (1974)²⁰, afirma que o *Burnout* é resultado de esgotamento, decepção e perda de interesse pela atividade de trabalho que surge nas profissões que trabalham em contato direto com pessoas em prestação de serviço como consequência desse contato diário no seu trabalho. Amorim et. al. (1998)²¹ acrescentam ainda, que alguns pesquisadores realizaram propostas de delimitação conceitual e assim estabeleceram procedimentos e critérios para o diagnóstico diferencial. Pines; Aronson e Kafry (1981)²²,

correlacionam a fadiga emocional, física e mental, sentimentos de impotência e inutilidade, falta de entusiasmo pelo trabalho, pela vida em geral e baixa auto-estima a estados que combinam esta síndrome.

Na definição de Maslach e Jackson (1981)²³, encontramos o esgotamento nervoso e despersonalização, onde o primeiro pode ser entendido pela situação que os trabalhadores sentem quando já não podem dar mais de si mesmo afetivamente, é uma situação de esgotamento da energia dos recursos emocionais próprios, uma experiência de estar emocionalmente esgotado, devido ao contato diário mantido com pessoas que não de atender como objeto de trabalho.

A síndrome de *burnout* apresenta-se como um dos grandes problemas psicossociais e surge como uma resposta aos estressores interpessoais ocorridos na situação de trabalho.^{24,25} O termo “*burnout*” faz referência a “se tornar exausto após excessiva demanda de energia ou força”, sendo uma resposta emocional a situações de estresse crônico associado ao trabalho.^{26,27} Pode-se dizer que é um estado de extremo esgotamento de recursos, resultante de uma exposição crônica ao estresse laboral.²⁶

Ao experimentar o estresse decorrente do trabalho, o indivíduo precisa desenvolver mecanismos de enfrentamento que lhe permitam continuar em atividade. Todavia, caso a exposição aos fatores estressantes persista, essas estratégias acabam sendo insuficientes e as condições de trabalho tornam-se frustrantes e desgastantes. Isso produz uma tensão emocional severa, que associada ao estresse ocupacional crônico, desencadeia um conjunto de sinais e sintomas, físicos e psíquicos. É o que se chama de Síndrome do Esgotamento Profissional ou Síndrome de *Burnout*.⁶

As ocupações que tendem a serem mais vulneráveis ao *burnout*, são aquelas que requerem grande esforço e dedicação ou que lidam com poucos recursos e condições de trabalho ruins. Saúde, educação, segurança e assistência social, estão entre os grupos mais estudados.^{6,28}

A atividade policial moderna exige do profissional o constante aperfeiçoamento das relações públicas e interpessoais, que permite a sua interação com a comunidade, sem a perda da energia e da autoridade que devem emanar, naturalmente, de sua personalidade.²⁶

Destacam-se alguns sintomas de *burnout* relacionados ao trabalho: sinais de cansaço; tensão muscular; desânimo; insatisfação; perda da capacidade de sentir prazer; problemas gastrointestinais; comprometimento do sono (sonolência diurna e insônia noturna); hipertensão; hostilidade; baixo comprometimento; intenção de desistir do trabalho. Outros transtornos mentais e problemas psicossomáticos podem ocorrer junto com o esgotamento, por exemplo: depressão, ansiedade, dores diversas e problemas de imunidade.^{28,29}

Os sintomas da síndrome influenciam diretamente a produtividade e a qualidade do trabalho desses profissionais, além de induzir ao absenteísmo, que tem como principal consequência a desorganização do trabalho em equipe, a sobrecarga de trabalho para

os demais e a insatisfação dos trabalhadores.³⁰ Os seus efeitos afetam os interesses das instituições, os direitos dos trabalhadores e a satisfação dos consumidores, deteriorando a relação de trabalho entre estes.³¹

Sabe-se que pesquisas têm demonstrado que os policiais podem experimentar o *burnout* tanto quanto os outros profissionais, embora a relação entre policiais e essa síndrome não tenha sido bem estudada.²⁶

Amorim e Turbay (1998)³², afirmam que a síndrome de *Burnout* é uma experiência subjetiva, que agrupa sentimentos e atitudes implicando alterações, problemas e disfunções psicofisiológicas com consequências nocivas para a pessoa e a organização, sendo que esta afeta diretamente a qualidade de vida do indivíduo.

3.3 Qualidade de Vida Profissional

Lautert (1997a)³³ afirma que, na atualidade, o problema da satisfação no trabalho e a atenção personalizada ao paciente converteram-se nos objetivos principais da organização hospitalar. Acrescento, agora, que essa atenção personalizada aos pacientes não se restringe apenas às organizações hospitalares, mas sim a todos os tipos de organização, na qual o cliente, ou o paciente, ou o aluno é que tem a razão e, assim, é a origem de todas as atenções, buscando então, a qualidade de vida no trabalho que tem sido preocupação do homem, desde o início da sua existência, com outras nomenclaturas em outros contextos, mas sempre voltada para promover o bem-estar do trabalhador. Um exemplo disso é quando Arquimedes, em 887 a.C., com a Lei das Alavancas vem contribuir para diminuir o esforço físico de muitos trabalhadores. No entanto, foi a partir dos séculos XVII e XIII, com a sistematização dos métodos de produção, que as condições de trabalho e influência destas na vida do homem vieram a ser estudados cientificamente.³⁴

Como indicam Caetano & Silva (2011)³⁵, o bem-estar constitui uma das principais aspirações de qualquer pessoa ao longo do seu ciclo de vida, dessa forma esta temática tem sido desde sempre objeto de reflexão e de discussão na filosofia e literatura. No que concerne ao trabalho, cada vez mais se pretende que as organizações sejam saudáveis, ou seja, que sejam capazes de conjugar a sua sustentabilidade e produtividade com a promoção do desenvolvimento e da qualidade de vida dos seus colaboradores.³⁵

Cabezas-Peña (2000)³⁶ define a Qualidade de Vida Profissional (QVP) como “[...] a experiência de bem estar, secundária à percepção de equilíbrio entre as demandas ou cargas de trabalho e os recursos (psicológicos, organizacionais e reacionais) disponíveis para enfrentá-las”. Nessa direção, Fernández (2002)³⁷, aponta que a QVP é uma das circunstâncias que mais interferem no comportamento das pessoas dentro de uma organização, relacionando-se diretamente com a qualidade dos serviços prestados.

Moraes e Kiliminik (1994)³⁸ referem existir uma relação direta entre a Qualidade de Vida do Trabalho (QVT) e baixos níveis de estresse, e que o aumento da QVT e o controle do estresse e de suas manifestações negativas no ambiente de trabalho, podem constituir importante base para os resultados organizacionais, com o que concordam os autores do presente estudo.

4 | RESULTADOS

Foram incluídos 11 artigos de acordo com os critérios de inclusão e exclusão (Tabela 1). O total de servidores públicos abrangidos é de 27.306.

| Autoria/Ano de publicação | Amostra | Metodologia | Resultados/Conclusão |
|--------------------------------------|---------|---------------------|--|
| Pelegri et al. (2017) | 84 | Transversal | - condições de trabalho; - percepção mais negativa em relação à remuneração. |
| Lopes et al. (2018) | 2817 | Revisão Sistemática | - carga, ritmo e horário de trabalho; - relações interpessoais no trabalho; - desenvolvimento da carreira. |
| Martins (2016) | 21 | Transversal | - excesso de trabalho - trabalho por turnos; - inadequada disponibilização equipamentos; - pobre comunicação; - baixo salário e suporte dos superiores; - grande distância da família. |
| Almeida et al. (2016) | 519 | Transversal | - insatisfação em relação ao salário; - promoções na carreira. |
| Marinho et al. (2018) | 5104 | Revisão Sistemática | - violência dentro e fora da corporação; - trabalho em turnos; - exigências do trabalho; - organização do trabalho; - discriminação de gênero. |
| Fonseca et al. (2014) | 14345 | Transversal | - recursos insuficientes para a realização das tarefas; - não há abertura para participarem das decisões; - gestão Individualista e normativa; - não existem oportunidades semelhantes de ascensão para todas as pessoas; - esgotamento mental; - desmotivado para realizar minhas tarefas; - falta liberdade para dizer o que pensa sobre trabalho. |
| Ascari et al. (2016) | 127 | Transversal | Mais de 66% dos profissionais estão em situação de risco para o desenvolvimento da síndrome de <i>Burnout</i> . |
| Guimarães et al. (2014) | 474 | Transversal | A amostra como um todo apresentou 56% de Síndrome de <i>Burnout</i> com índice significativamente maior para na Polícia Civil. |
| Rocha & Cavalcante (2014) | 30 | Transversal | Não foram evidenciados possíveis casos da Síndrome de <i>Burnout</i> entre os sujeitos investigados. |
| Souza et al. (2015) | 316 | Transversal | Conclui-se que os policiais investigados no geral avaliam de forma positiva sua saúde e qualidade de vida. |

Tabela 1. Artigos incluídos na revisão de acordo com autor, ano de publicação, amostragem, metodologia e resultados/conclusão.

Fonte: Autoria própria (2020).

5 | DISCUSSÃO

A discussão do tema levou em consideração a análise dos principais resultados apresentados nos estudos utilizados para a formação dos dados.

Em um estudo realizado com os policiais civis e militares de Santa Catarina apresentaram, de modo geral, percepção regular de suas condições de trabalho. Os componentes remuneração e benefícios e ambiente físico foram percebidos de forma mais negativa.³⁹

A análise dos principais resultados dos estudos revelou que, os riscos psicossociais presentes na atuação destes profissionais estão relacionados a: carga e ritmo de trabalho, horário de trabalho, ambiente e equipamentos, relações interpessoais no trabalho e desenvolvimento da carreira. Entre os riscos psicossociais encontrados, a literatura aponta que, todos apresentam potencial para o desencadeamento de estado de estresse.⁴⁰

Os resultados encontrados apontaram que, os desdobramentos causados pelos riscos psicossociais na esfera psicológica e fisiológica são principalmente: em função da diminuição das defesas psíquicas, transtornos emocionais como sentimento de insegurança, ansiedade, medo, fobias, apatia, depressão, perturbações das funções cognitivas como atenção, memória e concentração e comprometimentos cardiovasculares, respiratórios, transtornos imunitários, gastrointestinais, dermatológicos e musculoesqueléticos respectivamente.⁴⁰

De acordo com O'Brien e Beehr (2015), ele também impacta a eficácia da organização, pois estará diretamente relacionado ao aumento de licenças médicas, absenteísmo e rotatividade, estes, por sua vez, provocam efeitos na produtividade.⁴¹

Um estudo realizado em Portugal destaca 13 fatores psicossociais mencionados pelos participantes: o trabalho por turnos, a inadequada disponibilização de equipamentos, a baixa adequação e manutenção de equipamentos, a pobre comunicação, o baixo suporte organizacional na resolução de problemas, o baixo salário, a estagnação da carreira, a baixa valorização do trabalho, o baixo suporte dos superiores, a falta de efetivo, as transferências demoradas e a grande distância da família. As consequências dos riscos psicossociais que foram identificadas por mais participantes e de forma mais frequente foram o stress, a

desmotivação, o divórcio e a agressividade para com terceiros.⁴²

No estudo de Almeida foi analisado o grau de Satisfação no Trabalho, sendo possível identificar, de um modo geral, o predomínio de insatisfação dos pesquisados em relação ao trabalho. Quanto às dimensões que compõem esse modelo teórico, registrou-se insatisfação em relação ao salário e a promoções na carreira; sinalizaram indiferença (nem satisfação e nem insatisfação) em relação à chefia e também a respeito da natureza do trabalho; e satisfação com os colegas de trabalho.⁴³

No estudo de Figueiredo (2012) também identificou que os trabalhadores se encontram insatisfeitos com a remuneração recebida e que se sentem indiferentes quanto à busca de melhorias para sanar tal insatisfação. Segundo a autora, isso se deve ao fato de que são funcionários públicos e de que as suas mobilizações, como greves, não têm produzido efeito.⁴⁴ Para suprir a limitação salarial, os policiais militares fazem outras atividades, os chamados “bicos”, com o propósito de complementar a renda mensal.^{45,46}

A discriminação por gênero foi citada e descrita no trabalho de Marinho⁴⁷. Corroborando com este resultado, o estudo de Bezerra aponta, especificamente, o preconceito e a discriminação de gênero como um fator estressor. As policiais disseram que se sentem avaliadas não somente por sua patente, mas também pelo sexo e que há uma grande diferença entre os gêneros durante a distribuição das atividades e grande desconfiança por parte dos homens em relação a sua capacidade. O assédio moral e sexual também é citado pelas policiais, que sentem dificuldade de criar estratégias de defesa.⁴⁸

Os riscos psicossociais indicados nos resultados é recomendável a instituição Polícia Militar do Distrito Federal que busque ações a curto e médio prazo e até mesmo intervenções imediatas, como é o caso do fator Esgotamento Mental, que apresentou risco alto, com intuito de evitar maiores danos e suas causas e ainda eliminar o risco alto ou mesmo atenuá-lo. As intervenções devem, portanto ser direcionadas a toda instituição ainda que toda a população não tenha participado da pesquisa.⁴⁹

O estudo de Ascari demonstrou que não há incidência de Síndrome de *Burnout* entre os policiais militares participantes, contudo, sinaliza que mais de 66% dos profissionais estão em situação de risco para o desenvolvimento da síndrome de *Burnout*, uma vez que apresentam Exaustão Emocional em nível alto e Despersonalização em nível médio pela classificação do Inventário de *Burnout* (MBI), apesar de mostrarem uma Realização Profissional alta. O MBI identificou um nível alto de Exaustão Emocional entre os policiais, sinalizando um problema considerando que esta dimensão representa o processo inicial para o desenvolvimento da Síndrome de *Burnout*, geralmente acompanhada de sintomas físicos e psíquicos.⁵⁰

Divergindo com o estudo anterior, os resultados da pesquisa de Guimaraes permite concluir que a SB está presente, tanto em policiais civis quanto em policiais militares da cidade Campo Grande-MS, sendo que, os policiais civis, apresentam índice mais elevado. Alguns aspectos da QVP de cada corporação podem ter contribuído para a ocorrência da

SB na amostra de estudo como um todo, sendo em comum a polícia civil e a polícia militar, a percepção de desconforto relacionado ao trabalho.⁵¹

É possível uma ação preventiva por parte da organização e tal ação poderia incluir 1) a aplicação de um programa efetivo de diagnóstico, orientação e controle do estresse, bem como de identificação dos eventos estressores, presentes no dia-a-dia dos policiais, através de check-up médico e psicológico anual; 2) a implementação de um programa de atividade física, esporte e lazer; 3) a construção ou recuperação de espaços adequados a essas práticas; e 4) o aumento do número de policiais, principalmente de soldados, a fim de evitar a sobrecarga de trabalho.⁵¹

Não foram evidenciados possíveis casos da Síndrome de *Burnout* entre os militares ambientais investigados. Dentre as categorias do Inventário Maslach para avaliação de *Burnout*, a exaustão emocional teve destaque dentre as demais categorias, indicando potenciais fatores estressantes no ambiente laboral dos sujeitos investigados.⁵²

Os militares possuem fatores laborais propícios a desenvolver a Síndrome de *Burnout* por estarem envolvidos diretamente com problemas pessoais dos cidadãos, normalmente pessoas desconhecidas, que ao interagir com características de personalidade de cada profissional poderá colaborar para que ocorra ou não o *Burnout*, pois, algumas pessoas possuem um nível de resiliência maior que outras, apresentando assim maior suscetibilidade ao desenvolvimento da patologia.⁵³

Ainda sobre a atividade policial e a Síndrome de *Burnout*, Oliveira (2011) não encontrou em seu estudo uma relação com o trabalho e o desenvolvimento da patologia, mas sim com um alto nível de estresse.⁵⁴ Para Oliveira e Bardagi (2009), a exposição prolongada a fatores estressantes no ambiente de trabalho pode levar ao *Burnout*.⁵⁵ Diante desse contexto, alternativas válidas que possam suscitar potenciais fatores protetores ao estresse relativo ao trabalho estão sendo cada vez mais discutidos na literatura.^{56,57}

No estudo de Souza et al. (2015) observou-se que a maior parte dos profissionais estudados apresentam-se satisfeitos com a qualidade de vida, e com a saúde. A avaliação positiva do estado de saúde pode ser reflexo da baixa percepção dos policiais em questões relacionadas à presença de sentimentos negativos, dor e desconforto e dependência de medicação.⁵⁸

Primeiramente deve-se salientar que a alta heterogeneidade identificada entre os resultados dos estudos obtidos impossibilitou a realização de metanálise. Além disso, a informação sobre qualidade de vida de policiais é escassa, embora os artigos apresentassem uma boa qualidade metodológica. Considerando estas limitações expostas, pode-se afirmar que devido à natureza do trabalho que os policiais desempenham esses profissionais estão sob forte pressão, acarretando estados de doenças, insatisfação e desmotivação, levando a um comprometimento da sua qualidade de vida.⁵⁹

6 | CONCLUSÃO

A análise dos principais resultados dos estudos revelou que, os riscos psicossociais presentes na atuação destes profissionais estão relacionados a: condições de trabalho, carga de trabalho e a insatisfação salarial.

Nos estudos selecionados não foi encontrada relação entre a presença dos fatores psicossociais e um maior índice da Síndrome de *Burnout*, porém os estudos revelaram que esses profissionais estão em uma zona de risco para o desenvolvimento dessa síndrome.

Segundo Marinho et al. (2018) existe uma escassez de estudos destinados ao aprofundamento e ao entendimento dos fatores geradores de estresse nos policiais militares e que a atividade profissional do policial militar é sobremaneira estressante. Por essa razão, é preciso aprofundar a temática, já que os estudos até então desenvolvidos ainda não são suficientes para se comprovar a realidade.⁴⁷

A produção de estudos sobre a qualidade de vida de policiais ainda é escassa, sendo assim sugere-se novos estudos que abordem a qualidade de vida profissional dessa categoria, podendo assim contribuir para planejamento de ações preventivas.

REFERÊNCIAS

1. ISLES, N. (Org.). *The joy of work?* London: Work Foundation, 2005.
2. DEWE, P. J.; O'DRISCOLL, M. P.; COOPER, C. L. (Org.). *Coping with work stress: a review and critique*. Chichester: Wiley, 2010.
3. CÔMITE DOS ALTOS RESPONSÁVEIS DA INSPEÇÃO DO TRABALHO – CARIT. Riscos psicossociais no trabalho – base. Campanha sobre os riscos no trabalho em 2012. União Europeia.
4. CARVALHO, P. L. Mapeamento dos Riscos Psicossociais Relacionados ao Trabalho em Policiais do 6º Batalhão de Polícia Militar do Estado do Tocantins. 2016. 146f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Políticas Públicas) – Universidade Federal do Tocantins, Programa de Pós-Graduação em Gestão de Políticas Públicas, Palmas, 2016.
5. MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; OLIVEIRA, R. V. C. Impacto das atividades profissionais na saúde física e mental dos policiais civis e militares do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2199-2209, 2011.
6. FERREIRA, N. N. Síndrome do Esgotamento Profissional e Fatores Associados em Técnicos de Enfermagem de um Hospital Público do Estado De São Paulo. Tese de Doutorado, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas (2012).
7. BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2010.
8. SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S.; SILVA, J. G.; PIRES, T. O. Fatores associados ao sofrimento psíquico de policiais militares da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica* 2012; 28(7):1297-311.

9. PINTO, L. W.; FIGUEIREDO, A. E. B.; SOUZA, E. R. Sofrimento psíquico em policiais civis do Estado do Rio de Janeiro. *Cien Saude Colet* 2013; 18(3):633-44.
10. LEKA, S.; JAIN, A. Health Impact of Psychosocial hazards at work: 126pp (2010).
11. WORKING ON STRESS - Magazine of the European Agency for Safety and Health at Work 05: 1-28 (2002).
12. EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK, LUXEMBOURG, OFFICE FOR OFFICIAL PUBLICATIONS OF THE EUROPEAN COMMUNITIES, 2008. EU-OSHA Annual Report: 62pp (2007).
13. DEJOURS, C. A Loucura do Trabalho – Estudo de Psicopatologia do Trabalho. Cortez, Brasil (2009) 168p.
14. DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. Psicodinâmica do Trabalho – Contribuições da Escola Dejouriana à Análise da Relação Prazer, Sofrimento e Trabalho. Atlas, Brasil (2007) 145p.
15. JACQUES, M. G. C. (2003). Abordagens teórico-metodológicas em saúde/doença mental & trabalho. *Psicologia & Sociedade*, 15(1), 97-116.
16. CARAN, V. C. S. (2007). Riscos psicossociais e assédio moral no contexto acadêmico. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP.
17. MELO, M. F. S.; SILVANY NETO, A. M. (2012). Perfil de morbidade, aspectos ergonômicos e psicossociais, fadiga e perturbação do ciclo circadiano de pilotos de aviação comercial: uma revisão narrativa. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 36(3), 683-698.
18. OLIVIER, M.; PEREZ, C. S.; BEHR, S. C. F. (2011). Trabalhadores afastados por transtornos mentais e de comportamento: o retorno ao ambiente de trabalho e suas consequências na vida laboral e pessoal de alguns bancários. *Revista de Administração Contemporânea – RAC*, 15(6), 993-1015.
19. PRIMO, G. M. G.; PINHEIRO, T. M. M.; SAKURAI, E. (2007). Absenteísmo no trabalho em saúde: fatores relacionados. *Rev Med Minas Gerais*, 17(1), 294-302.
20. FREUDENBERGER, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30(1):159-165.
21. AMORIM, C. et. al. (1998). A Síndrome de Burnout: modelos teóricos e avaliação. Anais do VII Encontro Regional Sul da ABRAPSO. Curitiba, 18-20 de setembro, p. 69.
22. PINES, A.; ARONSON, E.; KAFRY, D. (1981). Burnout: from tedium to personal growth. New York: Free Press.
23. MASLACH, C.; JACKSON, S. E. (1981). Maslach Burnout Inventory. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.
24. FERENHOF, I. A., FERENHOF, E. A. Sobre a Síndrome de Burnout em professores. *EccoS revista científica* 2002;4(1):131-51.

25. CARLOTTO, M. S.; NAKAMURA, A. P.; CÂMARA, S. G. Síndrome de Burnout em estudantes universitários da área da saúde. *Psico (Porto Alegre)* 2006;37(1):57-62.
26. SILVEIRA, N. M.; VASCONCELLOS, S. J. L.; CRUZ, L. P.; KILES, R. F.; SILVA, T. P.; CASTILHOS, D. G. et al. Avaliação de burnout em uma amostra de policiais civis. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul* 2005;27(2):159-63.
27. LIMA, F. D.; BUUNK, A.P.; ARAÚJO, M. B. J.; CHAVES, J. G. M.; MUNIZ, D. L. O.; QUEIROZ, L. B. Síndrome de Burnout em residentes da Universidade Federal de Uberlândia - 2004. *Rev bras educ med* 2007;31(2):137-46.
28. PRO-SST-SESI, Biblioteca Virtual, Fatores psicossociais – Discutindo a síndrome do esgotamento profissional. Retirado de <http://prosst1.sesi.org.br/portal/main.jsp?lumPagelId=FF8080813447A5AE013448A22F1B69F0&luml=sstportal.bancodetextos.listCategoriasFilho&itemId=8A901547188F2D45011895E774B0458C>.
29. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Aversão ao trabalho é doença (2012). Retirado de <http://www.abp.org.br/portal/archive/9866>.
30. CHERNISS, C. Professional burnout in human service organizations. New York: Praeger; 1980.
31. SILVA, G. N.; CARLOTTO, M. S. Síndrome de Burnout: um estudo com professores da rede pública. *Psicol esc educ* 2003;7(2):145-53.
32. AMORIM, C.; TURBAY, J. (1998). Qualidade de vida no trabalho e síndrome de burnout. Anais do VII Encontro Regional Sul da ABRAPSO. Curitiba, 18-20 de setembro, p. 70.
33. LAUTERT, L. (1997a). O desgaste profissional: estudo empírico com enfermeiras que trabalham em hospitais. *Rev. Gaúcha Enfermagem*,18(2):133-144.
34. FRANÇA, A. C. L.; RODRIGUES, A. L. (1997). Stress e trabalho: guia básico com abordagem psicossomática. São Paulo: Atlas.
35. CAETANO, A.; SILVA, S. A. (2011). Bem-estar e saúde no trabalho. In Lopes, M. P. Ribeiro, R. B., Palma, P. J. e Cunha, M. P. (eds), *Psicologia Aplicada*, Lisboa: Recursos Humanos Editora.
36. CABEZAS-PEÑA, C. (2000). La calidad de vida de los profesionales. *Federación Médica Colombiana*, 7, 53-68.
37. FERNANDES, M. A. (2002). Propuesta para mejorar la calidad de vida de los profesionales. *Cuadernos de Gestión para el Profesional de Atención Primaria*. Barcelona, 8 (3) 150-152.
38. MORAES, L. F. R.; KILIMNIK, Z. M. (1994). Comprometimento organizacional, qualidade de vida e stress no trabalho: uma abordagem de diagnóstico comparativo [relatório de pesquisa]. Belo Horizonte: UFMG-CEPEAD.
39. PELEGRINI, A.; CARDOSO, T. E.; CLAUMANN, G. S.; PINTO, A. A.; FELDEN, E. P. G. Percepção das condições de trabalho e estresse ocupacional em policiais civis e militares de unidades de operações especiais. *Cad. Bras. Ter. Ocup.*, São Carlos, v. 26, n. 2, p. 423-430, 2018. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1160>.

40. LOPES, K.; WAENY, M. F. C. ; MACEDO, C. M. M. Riscos psicossociais no trabalho de policiais militares que podem levar ao estresse. *Rev. Ibirapuera*, São Paulo, Jan/Jun 2018, n. 15, p. 51-60.
41. O'BRIEN, K. E., BEEHR, T. A. Gerenciando o stress ocupacional dos funcionários (Managing occupational stress of employees). In A. M. ROSSI, J. A. MEURS, & P. L. PERREWE (Eds), *Stress e qualidade de vida no trabalho (Stress and quality of work)* São Paulo, Brasil: Atlas, 2015, p. 196-214.
42. MARTINS, C. R. V. R. Fatores de Risco e de Proteção Psicossociais no Trabalho: Um Estudo Qualitativo nas Forças de Segurança. Dissertação de Mestrado – Instituto Universitário de Lisboa, Portugal, 2016.
43. ALMEIDA, D. M.; LOPES, L. F. D.; COSTA, V. M. F.; SANTOS, R. C. T.; CORRÊA, J. S. (2016). Satisfação no trabalho dos policiais militares do Rio Grande do Sul: um estudo quantitativo: um estudo quantitativo. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36(4): 801-815. doi:10.1590/1982-3703000362016
44. FIGUEIREDO, J. M. (2012). Estudo sobre a satisfação no trabalho dos profissionais de informação de uma IFES. (Dissertação de mestrado). Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, RJ.
45. SILVA, M. B.; VIEIRA, S. B. O processo de trabalho do militar estadual e a saúde mental. *Saúde Soc. [Internet]*. dez 2008; 17(4):161-70.
46. OLIVEIRA, K. L.; SANTOS, L. M. Percepção da saúde mental em policiais militares da Força Tática e de rua. *Sociologias [Internet]*. 2010.
47. MARINHO, M. T.; SOUZA, M. B. C. A.; SANTOS, M. M. A.; CRUZ, M. A. A.; BARROSO, B. I. L. Fatores geradores de estresse em policiais militares: uma revisão sistemática. *REFACS [Internet]*. 2018, 6(Supl. 2):637-648.
48. BEZERRA, C. M.; MINAYO, M. C. S.; CONSTANTINO, P. Estresse ocupacional em mulheres policiais. *Ciênc Saúde Colet. [Internet]*. 2013.
49. FONSECA, D. M. et al. A Organização do Trabalho e os Riscos Psicossociais na Polícia Militar do Distrito Federal. Trabalho de Especialização. Universidade de Brasília, Brasília, 2014.
50. ASCARI, R. A.; DUMKE, M.; DACOL, P. M.; MAUS JÚNIOR, S.; SÁ, C. A.; LAUTERT, L. Prevalência de risco para síndrome de burnout em policiais militares. *Cogitare Enferm.* 2016;21(2):1-10.
51. GUIMARÃES, L. A. M.; MAYER, V. M.; BUENO, H. P. V.; MINARI, M. R. T.; MARTINS, L. F. Síndrome de Burnout e qualidade de vida de policiais militares e civis. *Rev Sul Americ Psicologia*, 2014; 2(1):98-122. Disponível: <http://revista.unisal.br/am/index.php/psico/article/view/32/44>.
52. ROCHA, D. F.; CAVALCANTE NETO, J. L. A Síndrome de Burnout e os níveis de atividade física em policiais militares ambientais de Alagoas, Brasil. Universidade Tecnológica Federal do Paraná – UTFPR Ponta Grossa – PR – Brasil v. 06, n. 01, jan./mar. 2014, p. 27-37 DOI: 10.3895/S2175-08582014000100004.
53. BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. A Síndrome de Burnout. *Saúde Mental no Trabalho*, Goiânia, v. 1, p. 36-51, 2005.

54. OLIVEIRA, D. R. Atividade policial e sua relação com a Síndrome de Burnout. Revista Eficaz – Revista Científica Online, Maringá, v. 1, n. 1, p. 1- 16, jan. 2011.
55. OLIVEIRA, P. L. M. de; BARDAGI, M. P. Estresse e comprometimento com a carreira em policiais militares. Boletim de Psicologia, São Paulo, v. 59, n. 131, dez. 2009.
56. JODAS, D. A.; HADDAD, M. C. L. Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 192-197, mar./abr. 2009.
57. TIRONI, M. O. S.; NASCIMENTO SOBRINHO, C. L.; BARROS, D. S.; REIS, E. J. F. B.; MARQUES FILHO, E. S.; ALMEIDA, A.; BITENCOURT, A.; FEITOSA, A. I. R.; NEVES, F. S.; MOTA, I. C. C.; FRANÇA, J.; BORGES, L. G.; LORDÃO, M. B. J.; TRINDADE, M. V.; TELES, M. S.; ALMEIDA, M. B. T.; SOUZA, Y. M. Trabalho e síndrome da estafa profissional (Síndrome de Burnout) em médicos intensivistas de Salvador. Revista da Associação Médica Brasileira, São Paulo, v. 55, n. 6, p. 656-662, 2009.
58. SOUZA FILHO, M. J.; NOCE, F.; ANDRADE, A. G. P.; CALIXTO, R. M.; ALBUQUERQUE, M. R.; COSTA, V. T. Avaliação da qualidade de vida de policiais militares. R. bras. Ci. e Mov 2015;23(4): 159-169.
59. SILVA, F. C.; HERNANDEZ, S. S. S.; GONÇALVES, E.; CASTRO, T. L. S.; ARANCIBIA, B. A. V.; SILVA, R. Qualidade de vida de policiais: uma revisão sistemática de estudos observacionais. Revista Cubana de Medicina Militar 2014;43(3):341-351.

CAPÍTULO 11

A PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS: UM IMPACTO SOCIAL, ECONÔMICO E PSICOLÓGICO NA VIDA LABORAL

Data de aceite: 01/09/2020

Eduarda de Soares Libânio

Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO). Escola de Ciências Médicas, Farmacêuticas e Biomédicas. Goiânia, GO, Brasil.

Ricelly Pires Vieira

Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO). Escola de Ciências Médicas, Farmacêuticas e Biomédicas. Goiânia, GO, Brasil.

Fernanda Gabriel Aires Saad

Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO). Escola de Ciências Médicas, Farmacêuticas e Biomédicas. Goiânia, GO, Brasil.

Camila Puton

Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO). Escola de Ciências Médicas, Farmacêuticas e Biomédicas. Goiânia, GO, Brasil.

Jéssica Cristina dos Santos

Departamento de Medicina Interna e Centro Radboud de Doenças Infecciosas (RCI – Radboud Center of Infectious Diseases), Universidade Radboud Centro Médico, Nijmegen, Holanda.

Sérgio Henrique Nascente Costa

Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO). Escola de Ciências Médicas, Farmacêuticas e Biomédicas. Goiânia, GO, Brasil.
Faculdade da Polícia Militar. Goiânia-GO.

Clayson Moura Gomes

Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO). Escola de Ciências Médicas, Farmacêuticas e Biomédicas. Goiânia, GO, Brasil.
Faculdade da Polícia Militar. Goiânia-GO.

RESUMO: INTRODUÇÃO: A pandemia da COVID-19 disseminou-se rapidamente pelo mundo, deixando milhões de pessoas infectadas, entre elas, trabalhadores que no exercício de suas funções foram expostos ao vírus Sars-Cov-2, sejam eles profissionais da saúde na linha de frente contra essa doença ou trabalhadores de outras áreas essenciais. OBJETIVO: Avaliar os impactos sociais, econômicos e psicológicos da COVID-19 na saúde dos trabalhadores. MÉTODOS: Trata-se de uma Revisão Narrativa da literatura que avaliou artigos das bases de dados PubMed, Scielo, Google Scholar e Science direct em Português, Inglês e Francês. RESULTADOS: Os profissionais da saúde estão sofrendo com a sobrecarga de trabalho, com o medo de infecção própria e familiar e com o aumento de distúrbios psicológicos como estresse, ansiedade e depressão. Alguns trabalhadores em geral enfrentam o risco de trabalhar sem seguir as regras de segurança em saúde propostas e outros perderam seus empregos ou tiveram redução dos salários. CONCLUSÃO: É consenso literário que essa pandemia proporcionou exaustão mental e física para todos os trabalhadores, devido ao impacto no âmbito social, econômico e psicológico. Portanto, é inegável que a pandemia modificou

a vida dos trabalhadores no mundo, gerando a necessidade de adequação para que eles trabalhem com segurança em saúde.

PALAVRAS-CHAVES: Profissionais, saúde, Covid-19, Sars-Cov-2.

THE NEW CORONAVIRUS PANDEMIC: A SOCIAL, ECONOMIC AND PSYCHOLOGICAL IMPACT ON WORKING LIFE

ABSTRACT: INTRODUCTION: The COVID-19 pandemic has spread rapidly around the world. Millions of people were infected, including healthcare workers and workers from other essential areas in which, in the exercise of their duties, became exposed to the Sars-Cov-2 virus. OBJECTIVES: Analyze the social, economic and psychological impacts of COVID-19 on workers' health. METHODS: This is a Narrative Review of the literature that evaluated articles from the PubMed, Scielo, Google Scholar and Science direct databases in Portuguese, English and French. RESULTS: Healthcare workers were under the pressure of work overload as well as the fear of self and family infection. Moreover, there is an increase of psychological disorders such as stress, anxiety and depression. In addition, some workers were facing the risk of working without following the proposed health safety rules whereas others have lost their jobs or have had their wages reduced. CONCLUSION: It is a literary consensus that this pandemic provided mental and physical exhaustion of all workers, due to the social, economic and psychological impact. Therefore, it is undeniable that the pandemic has changed the lives of workers worldwide, creating challenges and the need of adaptation in order to perform their work safely.

KEYWORDS: Healthcare workers, Covid-19, Sars-Cov-2.

1 | INTRODUÇÃO

Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou uma situação de pandemia causada por um novo coronavírus, o Sars-Cov-2 que se disseminou rapidamente pelo mundo (1). Esse vírus foi descoberto em pacientes que apresentaram quadro de pneumonia na cidade de Wuhan, na província de Hubei, na China, em dezembro de 2019 (2) an outbreak of unusual pneumonia was reported in Wuhan with many cases linked to Huanan Seafood Market that sells seafood as well as live exotic animals. We investigated two patients who developed acute respiratory syndromes after independent contact history with this market. The two patients shared common clinical features including fever, cough, and multiple ground-glass opacities in the bilateral lung field with patchy infiltration. Here, we highlight the use of a low-input metagenomic next-generation sequencing (mNGS). A doença causada pelo Sars-Cov-2 foi nomeada de COVID-19, a qual tem apresentação clínica inespecífica que pode variar desde uma alteração respiratória assintomática ou leve até um acometimento grave que pode ser fatal (3). Os principais sintomas têm sido relatados por muitos estudos como febre, tosse seca, dispnéia, fadiga e produção de escarro (4–6) China, was caused by a novel betacoronavirus, the 2019 novel coronavirus (2019-nCoV).

Já se sabe que indivíduos com algumas comorbidades têm maior chance de complicação na evolução da COVID-19. Em um estudo prospectivo, realizado no Hospital Pulmonar de Wuhan, foram admitidos 179 pacientes adultos com COVID-19, no período de 25 de dezembro de 2019 até 7 de fevereiro de 2020. Desses 179 pacientes, no dia 24 de março foi verificado que 21 (11,7%) morreram por falência múltipla dos órgãos, principalmente decorrente de insuficiência respiratória e cardíaca e 158 pacientes obtiveram liberação hospitalar. Os pacientes que morreram eram mais velhos (≥ 65 anos), apresentavam maior prevalência de hipertensão arterial sistêmica e doenças cardiovasculares e cerebrovasculares em comparação aos pacientes que receberam alta (7).

Além disso, é de extrema importância identificar os indivíduos que pelo exercício de suas funções estão mais expostos a contaminação. Primeiramente, uma importante preocupação deve ser a saúde dos profissionais da saúde que constituem a linha de frente no combate da COVID-19, como também os meios que estão sendo oferecidos para que eles exerçam seu trabalho. Somado a isso, outros profissionais como os de serviços essenciais também estão tendo que se reeducar para trabalhar com segurança e saúde.

Infelizmente, os profissionais da saúde estão com muitas dificuldades no enfrentamento da COVID-19, sendo relacionadas não somente a sua própria saúde física, mental e familiar, como também, à sobrecarga nas jornadas de trabalho, que muitas vezes estão ocorrendo sem o uso dos equipamentos de proteção individual (EPI) pela falta no estoque e com dúvidas acerca do diagnóstico e tratamento correto para cada paciente, tendo em vista que ainda não se tem dados satisfatórios desses procedimentos (8–10). Os estudos apontam que os profissionais da saúde possuem três vezes mais chance de contrair o vírus que a população em geral. No Brasil, em maio de 2020, havia 31,7 mil profissionais da saúde infectados pela COVID-19, apresentando uma das mais altas taxas de contaminação do país (9,11,13).

Além disso, a infecção dos profissionais da saúde representa uma ameaça tripla à desaceleração da pandemia pela COVID-19, uma vez que, esses profissionais se tornam pacientes em um sistema de saúde já sobrecarregado, reduzem o número de profissionais da saúde atuantes e se tornam vetores para parentes e para a comunidade. Cuidar da linha de frente é imperativo para controlar a pandemia (14). Se tratando das demais categorias de trabalhadores, no exercício também de suas funções essenciais, deve-se destacar que também haja cuidados em saúde para a prevenção da infecção. As primeiras mortes registradas na China e no Brasil foram de indivíduos contaminados em exercício de seus trabalhos, por isso, a importância de promover as condições adequadas para que todos possam trabalhar com riscos baixos (9,15).

O Ministério Público do Trabalho (MPT), em São Paulo, identificou aproximadamente 500 denúncias contra empresas que expuseram seus funcionários ao risco de contaminação, registradas entre os dias 1º e 24 de março de 2020 (16). Porém, a

subnotificação do número de casos positivos para a COVID-19, principalmente no Brasil, limita uma notificação específica por grupos ocupacionais. Assim, não é possível avaliar onde e em que circunstâncias os indivíduos testados positivos estavam trabalhando, como também, impossibilita a identificação de possíveis focos de disseminação relacionados com atividades do trabalho (17).

Ademais, os impactos do novo coronavírus nas diversas categorias de trabalho não se limitam ao âmbito da saúde. É de conhecimento público que desde 2015 o mercado de trabalho brasileiro já se encontrava em remissão e com a nova crise econômica provocada pela COVID-19, a economia sofreu um novo golpe, o qual influenciou nos níveis de desemprego, paralisação econômica maciça e redução salarial, sendo esta responsável pelo crescimento do endividamento familiar (18). Sendo assim, esses fatores econômicos somados ao medo causado pela gravidade do vírus, à mídia social recoberta por notícias alarmantes sobre a doença e ao caos generalizado estão afetando diretamente a saúde mental de trabalhadores e da população em geral.(19,20).

Nesse cenário de instabilidade e número crescente de casos, foi relatado que em 11 de julho de 2020, um total de 12.520.431 casos foram confirmados em pelo menos 188 países e 560.830 mortes pela COVID-19 (21). No Brasil, também em 11 de julho, havia 1.800.827 casos confirmados e 70.398 mortes causadas pela COVID-19 (22).

Diante desse número expressivo, se torna relevante pesquisas centradas nessa pandemia. Sendo assim, este estudo focou na verificação das condições da saúde de diversas classes ocupacionais, tendo como ênfase a avaliação dos profissionais de saúde, uma vez que estes vivenciam diariamente o estresse físico e emocional devido ao papel que executam em meio a pandemia do novo coronavírus. Afinal, mesmo com as recomendações da OMS, muitos profissionais da saúde lidam com o medo de contaminação no ambiente de trabalho não só pela falta de equipamentos mas também pela escassez de treinamento que receberam para atuar na linha de frente de combate ao vírus, acarretando em impactos na sua saúde mental (23–25).

2 | OBJETIVO

Esta revisão busca elucidar a relação dos profissionais, tanto da saúde quanto em geral, com a pandemia do novo coronavírus.

3 | METODOLOGIA

O estudo em questão é uma Revisão Narrativa que usou os descritores “Covid 19 AND healthcare workers, Covid 19 AND workers, Covid 19 et travail, Covid 19 et les travailleurs, Covid 19 et les professionnels de la santé” utilizando as bases de dados PubMed, Scielo, Google Scholar e Science direct nos idiomas Português, Inglês e Francês. Os artigos selecionados após a busca foram analisados e descritos ao longo dessa revisão.

4 | RESULTADOS

| Profissão | Consequências | Referência |
|--------------------------------------|---|------------|
| Trabalhadores da saúde | Desproteção das equipes de saúde por falta de EPI. | (28) |
| Trabalhadores da saúde | Angústia por tomada de decisões difíceis no acompanhamento do paciente, a dor de perder colegas de trabalho e pacientes e o risco de infecção própria e de seus familiares. | (8,9) |
| Trabalhadores da saúde | Aumento do sentimento de culpa devido ao insucesso terapêutico, já que o número de mortos é extremamente elevado pela COVID-19. | (31) |
| Trabalhadores da saúde | Aumento de distúrbios psicológicos (depressão, estresse e ansiedade). | (35) |
| Trabalhadores da saúde | São submetidos a longas jornadas de trabalho acompanhadas de uma pressão significativa com recursos muitas vezes limitados e não ideais. | (39) |
| Trabalhadores da saúde | O distanciamento social, o aumento da pressão profissional e o uso de roupas de proteção diariamente devido a pandemia se apresentaram como fatores potencializadores do estresse, o qual eleva os níveis de vigilância do indivíduo podendo reduzir a qualidade do sono. | (30) |
| Trabalhadores da saúde | Encaram o vício de medicamentos, álcool e drogas, uma vez que esses trabalhadores possuem um acesso mais fácil a medicamentos psicotrópicos e não buscam ajuda devido a uma estigmatização de suas profissões. | (31) |
| Trabalhadores da saúde (enfermeiros) | Sentem ansiedade e desamparo devido a tantos pacientes, mas, mesmo assim, precisam manter sua saúde psicológica para garantir a qualidade do atendimento aos que necessitam de seus cuidados. | (40) |
| Trabalhadores da saúde (enfermeiros) | Devido a necessidade de economizar EPIs pela grande escassez, como também, pelo tempo gasto na paramentação e desparamentação rigorosa, dificultam a realização de necessidades fisiológicas básicas como alimentar-se, hidratar-se ou ir ao banheiro. | (33) |
| Estudantes de medicina | Adaptação para formatos remotos e adiamento de aulas práticas. | (43) |
| Trabalhadores em geral | Todos os campos de atuação do trabalho devem ser considerados na estratégia de enfrentamento da pandemia da COVID-19. Diversas atividades de trabalho podem ter um papel fundamental na transmissão do vírus e, portanto, a análise de como contribuem para disseminação é determinante para a prevenção da doença. | (45) |
| Trabalhadores em geral | No Brasil e na China, as primeiras mortes por COVID-19 foram de trabalhadores infectados no exercício de suas funções, sendo respectivamente, de uma doméstica e de trabalhadores do mercado de frutos do mar, considerado o foco inicial da doença . | (9,15) |
| Trabalhadores em geral | O Ministério Público do Trabalho (MPT) de São Paulo, contabilizou em torno de 500 denúncias contra empresas que de alguma forma expuseram seus funcionários ao risco de contágio ao COVID-19, registradas entre os dias 1º e 24 de março de 2020. | (16) |

| | | |
|-------------------------|--|------|
| Trabalhadores em geral | Os impactos da pandemia nos profissionais e a repercussão deles na economia são muito elevados. Na França, o levantamento realizado em 6 de maio estimou que o fechamento administrativo de comércios não essenciais impactou 1,8 milhões de assalariados e 330.000 independentes. | (48) |
| Trabalhadores informais | Trabalhadores informais é uma classe que enfrenta problemas com a desregulamentação e que, o Estado brasileiro, deveria garantir proteção social em tempos de pandemia. A informação deve chegar a esses trabalhadores, sendo necessário elaboração de ações de educação em saúde que sejam capazes de alcançar indivíduos em situações de trabalho inabitual. | (44) |
| Trabalhadores migrantes | Existem 150 milhões de trabalhadores migrantes internacionais (TMIs) em todo o mundo, sendo que 95% residem nas cinco regiões da OMS em que casos da COVID-19 foram confirmados. Entende-se, que, esse grupo de trabalhadores deveria ter a atenção em saúde mais acessível de acordo com suas diferentes necessidades. | (49) |

Tabela 1. Síntese das principais consequências para os trabalhadores extraídas dos artigos selecionados, com base no objetivo deste estudo.

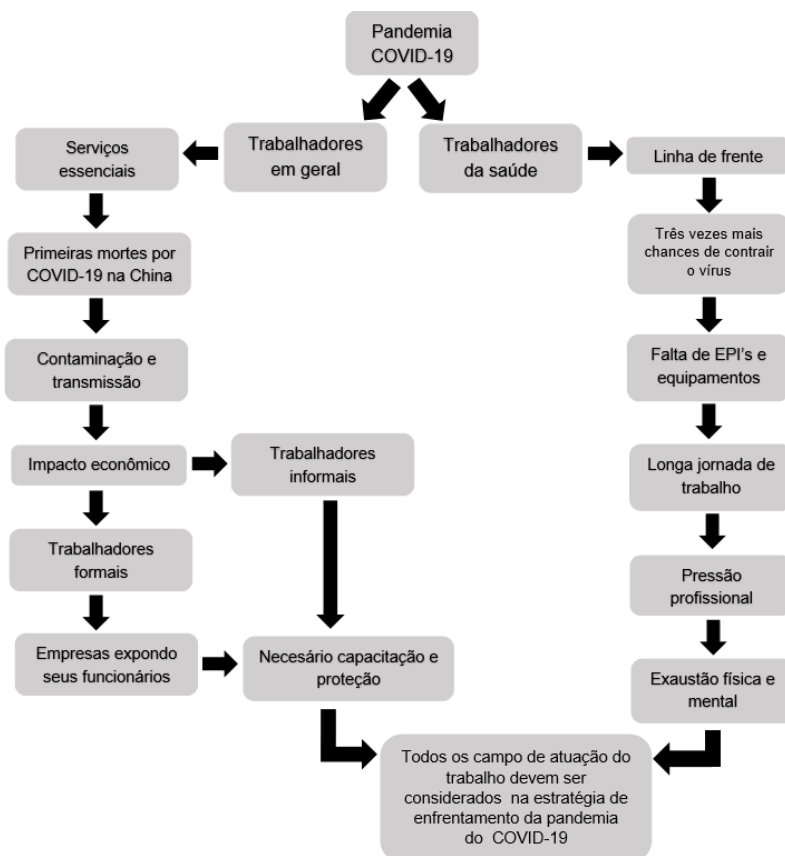


Figura 1. Fluxograma dos principais impactos para os trabalhadores da saúde e para os trabalhadores em geral.

5 | PROFISSIONAIS DA SAÚDE

O Brasil, devido ao seu grande território, a sua diversidade cultural, e a sua distribuição de renda e de equipamentos de saúde desigual, enfrenta desafios para que se tenha uma efetiva vigilância na área de Saúde do Trabalhador. Já se sabe da falta de investimentos no Sistema Único de Saúde (SUS) acarretando na sua deterioração, por isso, em meio a uma pandemia, nota-se o despreparo, a desproteção das equipes de saúde pela falta de EPI e o número insuficiente de recursos humanos para a atenção básica e especializada (26–28) requests for action, criticism and praise to the actions of the Executive Branch.

Os profissionais da saúde estão tendo, então, que lidar com a falta de equipamentos e dispositivos fundamentais ao diagnóstico e tratamento dos indivíduos com quadros clínicos suspeitos ou confirmados da doença (testes rápidos, respiradores, balões de oxigênio, entre outros). Somado a isso, existem as angústias para tomada de decisões difíceis no acompanhamento do paciente, a dor de perder colegas de trabalho e pacientes e o risco de infecção própria e de seus familiares (8–10,29).

A literatura científica sobre o assunto aponta que profissionais da saúde possuem três vezes mais chance de contrair o vírus que a população em geral. No Brasil, cerca de 3,5 milhões de trabalhadores atuam no Sistema Único de Saúde (SUS) e em maio de 2020 já foram registrados 31,7 mil profissionais da saúde infectados pela COVID-19 (9,11,13).

A Comissão Nacional de Saúde da China informou que mais de 3.300 profissionais foram infectados até o início de março. Na Itália, 20% dos profissionais de saúde do país foram contaminados após o contato com pacientes infectados e a infecção também alcançou os trabalhadores dos serviços de limpeza, sendo que a falta de EPIs adequados nos hospitais foi o motivo mais apontado para o aumento nas taxas de infecção (9,11,12,15,26,28) requests for action, criticism and praise to the actions of the Executive Branch.

Apesar da dedicação dos profissionais da saúde, seus esforços não são recompensados pelo sucesso terapêutico, já que o número de mortos na COVID-19 é elevado, o que reduz a auto-eficácia de seus feitos. Diante disso, o sentimento de culpa é aumentado e devido ao confinamento esse profissional não conseguirá equilibrar essa carga profissional e emocional negativa com a convivência familiar, positiva, como ocorre habitualmente (30,31).

De acordo com os estudos analisados, é fato inconteste que a situação de pandemia leva a exaustão mental e física dos trabalhadores, principalmente na área da saúde (32,33) uma vez que esses profissionais compõem a linha de frente de combate ao vírus e estão diretamente em contato com os pacientes suspeitos ou infectados pelo Sars-Cov-2 (34). Foi observado que esses trabalhadores apresentaram aumento de distúrbios psicológicos incluindo depressão, estresse e ansiedade, o que se deve não só a fatores relacionados à dinâmica no ambiente de trabalho, mas também ao cenário emocional envolvido nessa pandemia (24,35).

A falta ou escassez de Equipamentos de Proteção Individual (EPI'S), equipe médica e leitos foi relatado como um risco a saúde mental dos trabalhadores (19,33,36,37). Afinal, alguns profissionais de saúde entram em contato com possíveis pacientes infectados sem utilizar proteção, o que gera um sentimento de ansiedade e medo de propagar o vírus para seus familiares (28). Essas medidas vão contra as recomendações da OMS e do Centro de Controle de Doenças, que atribuem como fundamental o uso de EPI'S para evitar uma exposição ao vírus (25,38). Além disso, são submetidos a longas jornadas de trabalho acompanhadas de uma pressão significativa com recursos muitas vezes limitados e não ideais (39). Foi identificado que cerca de 85% dos profissionais de saúde que participaram de um estudo relataram medo de se contaminar no ambiente de trabalho e que quando esses profissionais não possuem equipamentos necessários para atuar na linha de frente não demonstram motivação e otimismo e nem mesmo conseguem acreditar no seu trabalho (34).

O distanciamento social, o aumento da pressão profissional e o uso de roupas de proteção diariamente devido à pandemia se apresentaram como fatores potencializadores do estresse, o qual eleva os níveis de vigilância do indivíduo podendo reduzir a qualidade do sono (30,31). Nesse cenário, o sono é um elemento essencial tanto para a saúde psíquica quando orgânica e sua qualidade é um indicador-chave para a saúde. Assim sendo, é importante garantir que o profissional de saúde disponha de uma boa qualidade de sono. Além do estresse, a ansiedade se comporta como outro fator que interfere nessa qualidade. Por outro lado, o apoio social eleva a auto eficácia, diminuindo os efeitos do estresse e da ansiedade, o que torna esse apoio fundamental para a manutenção da saúde psíquica (30).

Além disso, os profissionais da saúde encaram outra mazela, o vício, uma vez que esses trabalhadores possuem um acesso mais fácil a medicamentos psicotrópicos e não buscam ajuda devido a uma estigmatização de suas profissões. Ademais, os distúrbios psíquicos apresentam um risco de tornarem-se crônicos, em vista disso o apoio social é tão importante. É imprescindível, portanto, que sejam feitas pausas no trabalho e que sejam lembradas as regras de dietética higiênica cotidiana: sono, atividade física, reduzir a exposição a telas e mídia, reduzir o consumo de álcool, medicamentos ou drogas (30,31).

Nesse cenário de instabilidade, o modelo Antecipar, Planejar e Dissuadir é um treinamento feito com os profissionais da saúde para resistirem em situações de estresse. Nele, variadas situações de crise são colocadas em treinamento, bem como as maneiras de lidar com elas. Na epidemia de Ebola, por exemplo, os profissionais que apresentaram, previamente, esse treinamento não desenvolveram um estresse pós-traumático (TSPT) clinicamente significativo. Capacitações como essa são importantes para prevenir que os profissionais da saúde se tornem fragilizados a longo prazo (30,31).

Faz-se de extrema importância salientar, também, que os enfermeiros membros indispensáveis do grupo de trabalhadores da saúde, sentem ansiedade e desamparo devido a tantos pacientes, mas, mesmo assim, precisam manter sua saúde psicológica para

garantir a qualidade do atendimento aos que necessitam de seus cuidados (40). Frente à pandemia, torna-se conflitante o agir com ética e responsabilidade pela sobrecarga de trabalho, por isso, os atendimentos da enfermagem requerem precisão e cautela (32). Até mesmo pela necessidade de economizar EPIs pela grande escassez, como também, pelo tempo gasto na paramentação e desparamentação rigorosa, dificultam a realização de necessidades fisiológicas básicas como alimentar-se, hidratar-se ou ir ao banheiro. Deste modo, é importante repensar as escalas de trabalho dos profissionais da saúde, na tentativa de reduzir o desgaste físico e mental deles (33). Além disso, uma boa iniciativa foi a utilização de plataformas remotas com aconselhamento médico para compartilhar informações sobre como diminuir o risco de transmissão entre os pacientes em ambientes médicos, o que visa, eventualmente, reduzir a ansiedade e a pressão sobre os trabalhadores da área da saúde (41).

Adentrando o universo digital e midiático pós-contemporâneo globalizado, a mídia social repleta de errôneas interpretações e teorias de conspiração contribui ainda mais para o agravamento da saúde física e emocional dos profissionais da saúde. Os pensamentos e ideias podem modificar a nossa mente e gerar uma sobrecarga de informações de forma debilitante, o que caracteriza a infomania (19). Ademais, no mundo hodierno hiperconectado, controlar a informação é um trabalho árduo, o que resulta em informações falsas ou superdimensionadas que elevam ainda mais os níveis de ansiedade de quem lida frente a frente com essa pandemia (39,42). Para exemplificar, então, o poder do conhecimento de qualidade mostrou-se que quanto mais conhecimento acerca do vírus e das medidas de precaução os profissionais de saúde apresentavam, mais acreditavam nas suas ações em erradicar o vírus (34).

Na atual situação mundial, frente à pandemia da COVID-19, a educação geral, principalmente da área da saúde tradicional foi interrompida, pois o contágio entre os próprios estudantes e com os pacientes devem ser evitados. Os cursos rapidamente transferiram as aulas para formatos remotos, sendo que algumas sessões de habilidades foram adiadas pois necessitam do aprendizado na prática. Há alguns anos a educação médica já vem implementando novos métodos baseados no aprendizado em equipe, ativo e auto-dirigido além da existência de diversos estágios. Os resultados da COVID-19 podem firmar para sempre a implantação desses novos métodos na formação dos futuros profissionais da saúde, além de representar, o avanço e a perpetuação da telemedicina e de protocolos de pesquisa adaptativos e ensaios clínicos flexíveis para obter soluções rápidas, que é o que está acontecendo na intenção de conter a pandemia (43).

6 | TRABALHADORES EM GERAL

À medida em que uma pandemia se instala, há um aumento da necessidade do uso dos EPI, da adoção de medidas de conscientização e capacitação e da proteção. Assim sendo, essas estratégias são consideradas fundamentais não só para os profissionais de saúde, mas também para os trabalhadores que atuam nos demais serviços considerados essenciais: serviços de limpeza, segurança, alimentação, venda e distribuição de medicamentos, venda de combustíveis, serviços funerários e outros (44).

Diversas atividades de trabalho podem ter um papel fundamental na transmissão do vírus e, portanto, a análise de como contribuem para a disseminação é determinante para a prevenção da doença. A irrisória importância atribuída a esse aspecto implica em sua baixa valorização nas políticas públicas. Dessa forma, todos os campo de atuação do trabalho devem ser considerados na estratégia de enfrentamento da pandemia da COVID-19 (45).

Nesse cenário, no Brasil e na China, as primeiras mortes por COVID-19, foram de trabalhadores infectados no exercício de suas funções. Na cidade chinesa Wuhan, os primeiros óbitos foram de trabalhadores do mercado de frutos do mar da cidade, considerado como o provável foco inicial da contaminação pelo manuseio de animais vivos. Já no Brasil, o segundo óbito por coronavírus registrado foi o de uma empregada doméstica no Rio de Janeiro, que foi contaminada no ambiente de trabalho pelos seus patrões ao retornarem de uma viagem da Itália (9,15).

No Brasil, dados de infectados pelo Sars-Cov-2, os quais são separados por sexo, faixa etária e região geográfica, são elaborados com frequência não só como subsídios para orientar medidas de controle e prevenção, mas também como produto para o planejamento e destinação dos recursos necessários para efetuar nos sistemas de saúde. Porém, não é divulgada a informação da ocupação dessa população contaminada, o que não permite avaliar onde e em que momento os indivíduos testados, que apresentaram resultados positivos ou diagnóstico da doença, estavam trabalhando e, por conseguinte, não permite estabelecer os focos de disseminação relacionados à atividades laborais (17).

O Ministério Público do Trabalho (MPT) de São Paulo contabilizou em torno de 500 denúncias, registradas entre os dias 1º e 24 de março de 2020, contra empresas que de alguma forma, expuseram seus funcionários ao risco de contágio da COVID-19 (16). Na Itália, por exemplo, alguns serviços essenciais como o dos caixas de supermercado, relataram o recebimento de gel desinfetante, luvas e apenas uma máscara, que ainda deveria ser reutilizada. Em contrapartida, a Academia de Medicina da França recomendou que aos profissionais expostos que façam parte dos setores essenciais, alimentação, transporte e segurança, sejam oferecidas medidas de barreira. Dentre elas, destacam-se: o uso de máscaras, a instalação de telas de plástico ou vidro entre o trabalhador e o público consumidor, o estabelecimento de uma distância segura entre eles e a limitação entre o contato dos produtos alimentícios e dos consumidores. Ademais, a Academia

recomenda que os casos de contaminação ocupacional devem ser relacionados ao serviço por funcionário do Estado ou da comunidade e, em outro casos, acidente de trabalho (46).

Em fevereiro deste ano, o Brasil atingiu o índice de 41,1% de trabalhadores informais, um dos maiores da história. Dessa forma, é uma classe que enfrenta problemas com a desregulamentação e a qual, o Estado brasileiro, deveria garantir proteção social em tempos de pandemia. Nessa perspectiva, é importante pontuar que a informação deve chegar a esses trabalhadores, sendo necessária a elaboração de ações de educação em saúde que sejam capazes de alcançar indivíduos em situações de trabalho inabitual. A partir do momento que se instala uma pandemia, os trabalhadores que enfrentam a escassez de direitos trabalhistas podem estar sujeitos a receberem menos treinamentos, capacitações e informações para executarem o seu trabalho de maneira segura para si e para a população (44).

No que diz respeito à garantia de uma renda básica para a sobrevivência, para os indivíduos impedidos de trabalhar, prejudicados financeiramente devido à crise econômica que uma pandemia traz consigo ou que enfrentam dificuldades financeiras de alguma forma, o Projeto de Lei nº 873, de 2020, foi aprovado, no Brasil. Esse projeto objetiva prover uma renda auxiliar emergencial no período de enfrentamento à crise econômica causada pela pandemia do COVID-19, sendo assim repassado R\$ 600,00 para até duas pessoas da mesma família podendo, nesse caso, totalizar R\$ 1.200,00, pelo período de três meses, destinado aos indivíduos cadastrados no Programa Bolsa Família e no Cadastro Único, a trabalhadores informais, microempreendedores individuais (MEI) e aos autônomos e desempregados (47).

Faz-se importante ressaltar que os impactos da pandemia nos profissionais e a repercussão deles na economia são muito elevados. Na França, um levantamento realizado em 6 de maio estimou que o fechamento administrativo de comércios não essenciais impactou 1,8 milhões de assalariados e 330.000 independentes. Ademais, estima-se que 1 milhão de assalariados foram impactados pelas oito semanas de confinamento. Diante disso, é esperada uma queda de 120 bilhões de euros no PIB francês e um recuo de 5,8%, tornando-se o mais baixo desde a segunda guerra mundial. Para reter a mão de obra, a França está utilizando um dispositivo chamado desemprego parcial em que o Estado paga a maior parte do salário dos trabalhadores impedidos de realizarem sua profissão, em grande parte pela impossibilidade da realização do teletrabalho, o que reduz, então, o valor pago pelas empresas, a fim de frear essa redução econômica (48).

Outrossim, existem 150 milhões de Trabalhadores Migrantes Internacionais (TMIs) em todo o mundo, sendo que 95% residem nas cinco regiões da OMS em que casos da COVID-19 foram confirmados (49). Destaca-se uma deficiência no planejamento da saúde pública dos países anfitriões, pois os TMIs encontram barreiras no acesso aos serviços de saúde (50). Sob condições normais, os TMIs apresentam um alto fardo de transtornos mentais comuns como a depressão e uma qualidade de vida mais baixa do que

as populações locais (50,51). Essa situação deve piorar durante a pandemia da COVID-19 devido ao medo da quarentena, imposta pelo governo, e à perda de renda. Outra grande consequência para esses trabalhadores é a ausência de informações confiáveis em seu próprio idioma. Entende-se que esse grupo de trabalhadores deveria ter a atenção em saúde mais acessível de acordo com suas diferentes necessidades, o que proporcionaria, assim, equidade em saúde o que implicaria em ratificar a Convenção Internacional sobre a Proteção dos Direitos de Todos os Trabalhadores Migrantes e Membros de suas Famílias, com a intenção de protegê-los e de proteger a comunidade local. Afinal, a COVID-19 afeta a saúde de toda a população indiscriminadamente (49). A síntese das principais consequências/impactos para os trabalhadores da saúde e trabalhadores em geral estão resumidas na Tabela 1 e Figura 1.

7 | CONCLUSÃO

Após a Revisão Narrativa em questão, torna-se evidente o impacto no âmbito social, econômico e psicológico que ocorre na vida de todos os trabalhadores. De um lado, trabalhadores formais e informais enfrentam embates pelo risco de contaminação nas empresas e locais de trabalho com falta de EPI's que influenciam diretamente na economia e na sua saúde mental. De outro lado, mas não tão diferente, trabalhadores da saúde enfrentam uma chance de contaminação ainda maior somada, também, a falta de EPI's, longas jornadas de trabalho e a exaustão em toda a sua dimensão corporal e mental. Há de se concluir, portanto, que a pandemia modificou a vida dos trabalhadores em todo o mundo, gerando desafios que ainda persistem diariamente no enfrentamento ao Sars-Cov-2. Assim sendo, entender esse contexto mundial da dinâmica laboral no cenário da Covid 19 será importante para superar esses desafios e melhorar a qualidade de vida e segurança dos trabalhadores não só no seu ambiente de trabalho, mas também fora dele.

REFERÊNCIAS

1. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 13 March 2020 [Internet]. [cited 2020 Jul 2]. Available from: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-mission-briefing-on-covid-19---13-march-2020>
2. Chen L, Liu W, Zhang Q, Xu K, Ye G, Wu W, et al. RNA based mNGS approach identifies a novel human coronavirus from two individual pneumonia cases in 2019 Wuhan outbreak. *Emerg Microbes Infect.* 2020;9(1):313–9.
3. OMS. Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). WHO-China Jt Mission Coronavirus Dis 2019 [Internet]. 2020;2019(February):16–24. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>
4. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet.* 2020;395(10223):497–506.

5. Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients with 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA - J Am Med Assoc.* 2020;323(11):1061–9.
6. Guan W, Ni Z, Hu Y, Liang W, Ou C, He J, et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *N Engl J Med.* 2020;382(18):1708–20.
7. Du RH, Liang LR, Yang CQ, Wang W, Cao TZ, Li M, et al. Predictors of mortality for patients with COVID-19 pneumonia caused by SARS-CoV- 2: A prospective cohort study. *Eur Respir J [Internet].* 2020;55(5). Available from: <http://dx.doi.org/10.1183/13993003.00524-2020>
8. Brasil. Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora [recurso eletrônico]. *Cad Atenção Básica* 41. 2018;41:136.
9. Comitê Científico de Combate ao Coronavírus [Internet]. [cited 2020 Jul 2]. Available from: <https://www.comitecientifico-ne.com.br/>
10. Cucinotta D, Vanelli M. WHO declares COVID-19 a pandemic. *Acta Biomed.* 2020;91(1):157–60.
11. Ministério da Saúde. Covid-19: a saúde dos que estão na linha de frente [Internet]. 2020 [cited 2020 Jul 2]. Available from: <https://portal.fiocruz.br/noticia/covid-19-saude-dos-que-estao-na-linha-de-frente>
12. Brito V. Em Pernambuco, número de profissionais de saúde com covid-19 cresce 74,8% em uma semana - Saúde - Estadão [Internet]. 2020 [cited 2020 Jul 2]. Available from: <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,em-pernambuco-numero-de-profissionais-de-saude-com-covid-19-cresce-74-8-em-uma-semana,70003282476>
13. Brasil tem 31,7 mil profissionais de saúde infectados pela Covid-19 - 14/05/2020 - Cotidiano - Folha [Internet]. [cited 2020 Jul 13]. Available from: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/05/brasil-tem-317-mil-profissionais-de-saude-infectados-pela-covid-19.shtml>
14. Prin M, Bartels K. Social distancing: implications for the operating room in the face of COVID-19. *Can J Anesth [Internet].* 2020;67(7):789–97. Available from: <https://doi.org/10.1007/s12630-020-01651-2>
15. Lemos V. Ministério Público do Trabalho analisa morte de doméstica no RJ após patroa ter coronavírus - BBC News Brasil [Internet]. 2020 [cited 2020 Jul 2]. Available from: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-51982465>
16. Quarentena não impede serviços essenciais, mas impõe condições especiais para trabalhadores em serviços essenciais [Internet]. [cited 2020 Jul 2]. Available from: <https://www.redebrasilatual.com.br/trabalho/2020/03/quarentena-direitos-trabalhadores-servicos-essenciais/>
17. Fiho JMJ, Assunção AÁ, Algranti E, Garcia EG, Saito CA, Maeno M. A saúde do trabalhador e o enfrentamento da COVID-19. *Rev Bras Saúde Ocup.* 2020;45:10–2.
18. Mattei L, Heinen VL. Impactos da crise da Covid-19 no mercado de trabalho brasileiro. *Núcleo Estud Econ Catarinense.* 2020;(April).

19. Jakovljevic M, Bjedov S, Jaksic N, Jakovljevic I. Covid-19 pandemia and public and global mental health from the perspective of global health security. *Psychiatr Danub*. 2020;32(1):6–14.
20. The Covid-19 mental health crisis: expect depression, anxiety and stress disorders, researchers warn [Internet]. [cited 2020 Jul 3]. Available from: <https://www.telegraph.co.uk/global-health/science-and-disease/covid-19-mental-health-crisis-expect-depression-anxiety-stress/>
21. Coronavirus COVID-19 (2019-nCoV) [Internet]. [cited 2020 Jul 2]. Available from: <https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>
22. Coronavírus Brasil [Internet]. [cited 2020 Jul 13]. Available from: <https://covid.saude.gov.br/>
23. Xiang YT, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T, et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2020;7(3):228–9. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30046-8](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30046-8)
24. Lima CKT, Carvalho PM de M, Lima I de AAS, Nunes JVA de O, Saraiva JS, de Souza RI, et al. The emotional impact of Coronavirus 2019-nCoV (new Coronavirus disease). *Psychiatry Res* [Internet]. 2020;287:112915. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112915>
25. Driggin E, Madhavan M V., Bikdeli B, Chuich T, Laracy J, Biondi-Zoccai G, et al. Cardiovascular Considerations for Patients, Health Care Workers, and Health Systems During the COVID-19 Pandemic. *J Am Coll Cardiol*. 2020;75(18):2352–71.
26. Romero LCP, Delduque MC. O congresso nacional e as emergências de saúde pública. *Saude e Soc*. 2017;26(1):240–55.
27. Lana RM, Coelho FC, Da Costa Gomes MF, Cruz OG, Bastos LS, Villela DAM, et al. The novel coronavirus (SARS-CoV-2) emergency and the role of timely and effective national health surveillance. *Cad Saude Publica*. 2020;36(3).
28. The Lancet. COVID-19: protecting health-care workers. *Lancet*. 2020;395(10228):922.
29. Da S. Candido D, Watts A, Abade L, Kraemer MUG, Pybus OG, Croda J, et al. Routes for COVID-19 importation in Brazil. *J Travel Med*. 2020;27(3):1–3.
30. Xiao H, Zhang Y, Kong D, Li S, Yang N. The effects of social support on sleep quality of medical staff treating patients with coronavirus disease 2019(COVID-19) in January and February 2020 in China. *Med Sci Monit*. 2020;26:1–8.
31. 31. El-Hage W, Hingray C, Lemogne C, Yrondi A, Brunault P, Bienvenu T, et al. Health professionals facing the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: What are the mental health risks? *Encephale* [Internet]. 2020; Available from: <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.008>
32. 32. Jackson D, Bradbury-Jones C, Baptiste D, Gelling L, Morin K, Neville S, et al. Life in the pandemic: Some reflections on nursing in the context of COVID-19. *J Clin Nurs*. 2020;29(13–14):2041–3.
33. 33. Psicossocial I, Trabalho D. Condições De Trabalho e o Impacto Na Saúde Dos Profissionais De Enfermagem Frente a Covid-19. *Cogitare Enferm*. 2020;25(0).

34. Zhang M, Zhou M, Tang F, Wang Y, Nie H, Zhang L, et al. Knowledge, attitude, and practice regarding COVID-19 among healthcare workers in Henan, China. *J Hosp Infect* [Internet]. 2020;105(2):183–7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.04.012>
35. Duan L, Zhu G. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *The Lancet Psychiatry*. 2020;7(4):300–2.
36. Dong L, Bouey J. Public Mental Health Crisis during COVID-19 Pandemic, China. *Emerg Infect Dis*. 2020;26(7):1616–8.
37. Martins-Filho, Ricardo P, Gois-Santos, Tavares V, Tavares CSS, Melo EGM de, et al. Protocolo de Manejo Clínico para o Novo Coronavírus (2019-nCoV). Ministério da Saúde. 2020;1–32.
38. Welt FGP, Shah PB, Aronow HD, Bortnick AE, Henry TD, Sherwood MW, et al. Catheterization Laboratory Considerations During the Coronavirus (COVID-19) Pandemic: From the ACC's Interventional Council and SCAI. *J Am Coll Cardiol*. 2020;75(18):2372–5.
39. Schwartz J, King CC, Yen MY. Protecting Health Care Workers during the COVID-19 Coronavirus Outbreak -Lessons from Taiwan's SARS response. *Clin Infect Dis*. 2020;2019(Xx Xxxx):2019–21.
40. Hsiao S-J, Tseng H-T. The Impact of the Moderating Effect of Psychological Health Status on Nurse Healthcare Management Information System Usage Intention. *Healthcare*. 2020;8(1):28.
41. Kang L, Li Y, Hu S, Chen M, Yang C, Yang BX, et al. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *The Lancet Psychiatry*. 2020;7(3):e14.
42. CDT Censorship Digest, January 2020: Wuhan Coronavirus Outbreak | China Digital Times (CDT) [Internet]. [cited 2020 Jul 2]. Available from: <https://chinadigitaltimes.net/2020/02/cdt-censorship-digest-january-2020-wuhan-coronavirus-outbreak/>
43. Rose S. Medical Student Education in the Time of COVID-19. *JAMA - J Am Med Assoc*. 2020;323(21):2131–2.
44. Barroso BI de L, Souza MBCA de, Bregalda MM, Lancman S, Costa VBB da. Saúde do trabalhador em tempos de COVID-19: Reflexões sobre saúde, segurança e terapia ocupacional. *Cad Bras Ter Ocup J Occup Ther*. 2020;
45. Baker MG, Peckham TK, Seixas NS. Estimating the burden of United States workers exposed to infection or disease: A key factor in containing risk of COVID-19 infection. *PLoS One* [Internet]. 2020;15(4):4–11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0232452>
46. De A, De MIEN. Covid-19 et santé au travail. *Bull Acad Natl Med*. 2020;57–8.
47. Caixa Econômica Federal [Internet]. [cited 2020 Jul 3]. Available from: <http://www.caixa.gov.br/auxilio/Paginas/default2.aspx>
48. Ducoudré B, Madec P. Évaluation au 6 mai 2020 de l'impact économique de la pandémie de COVID-19 et des mesures de confinement sur le marché du travail en France. *OFCE Policy Br*. 2020;

49. Liem A, Wang C, Wariyanti Y, Latkin CA, Hall BJ. The neglected health of international migrant workers in the COVID-19 epidemic. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2020;7(4):e20. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30076-6](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30076-6)
50. Hargreaves S, Rustage K, Nellums LB, McAlpine A, Pocock N, Devakumar D, et al. Occupational health outcomes among international migrant workers: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Heal* [Internet]. 2019;7(7):e872–82. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30204-9](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30204-9)
51. Hall BJ, Shi W, Garabiles MR, Chan EWW. Correlates of expected eMental Health intervention uptake among Filipino domestic workers in China. *Glob Ment Heal*. 2018;5.

O MODELO IDEAL DE MÁSCARA A SER UTILIZADA PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA LINHA DE FRENTE NO COMBATE AO NOVO CORONAVÍRUS

Data de aceite: 01/09/2020

Brenda Mariê Sant'Ana Hernandes

Faculdade de Medicina de Rio Verde- UniRV-
Câmpus Goianésia

Gabriela Carvalho Rodrigues dos Santos

Faculdade de Medicina de Rio Verde- UniRV-
Câmpus Goianésia

Júlia F ernandes Japiassú

Faculdade de Medicina de Rio Verde- UniRV-
Câmpus Goianésia

Lucas Milhomem Paz

Faculdade de Medicina de Rio Verde- UniRV-
Câmpus Goianésia

Renata Pedroso Carvalho

Faculdade de Medicina de Rio Verde- UniRV-
Câmpus Goianésia

RESUMO: Este estudo tem como objetivo explorar os benefícios do uso da máscara facial como EPI, na prevenção dos profissionais da saúde ao covid-19. A importância do uso é explicada através da forma de contaminação por gotículas no ar em suspensão desse vírus e como a máscara é capaz de impedir a sua disseminação. Para tal discussão, foram utilizados dados das bases Scielo, Biblioteca Virtual em Saúde (Bireme) e PubMed. Os dados registrados mostram a efetividade do uso da máscara específica, de forma correta em conjunto com outras medidas de cuidado e higiene, no

combate a disseminação e contaminação no combate direto ao vírus.

PALAVRAS-CHAVE: Pandemia, COVID- 19, máscaras faciais e saúde dos trabalhadores.

THE IDEAL MASK MODEL TO BE USED BY FRONT LINE HEALTH PROFESSIONALS IN THE FIGHT AGAINST THE NEW CORONAVIRUS

ABSTRATCT: This study aims to explore the benefits of using facial masks as PPE (personal protective equipment), in preventing health professional from covid-19. The importance of the use is explained by the form of contamination by air droplets in suspension of this vírus and how the mask is able to prevent its spread. For this discussion, data from the Scielo, Virtual Health Library (Bireme) and PubMed databases were used.

The recorded data show the effectiveness of using the specific mask, correctly in conjunction with other measures of care and hygiene, in combating the spread and contamination in the direct fight against the virus.

KEYWORDS: pandemic, covid-19, facial masks, worker'shealth.

1 | INTRODUÇÃO

Muito se tem discutido atualmente sobre a pandemia do COVID-19, tornando-se importante analisar os aspectos da saúde dos trabalhadores da saúde nesse contexto. Dessa forma, o tema principal a ser desenvolvido,

analisado e incluído é o de proteção da saúde dos trabalhadores nos planos de resposta à pandemia.

Sabe-se que as dificuldades na proteção dos trabalhadores em contexto de trabalho têm progredido com o passar do tempo de evolução da doença, apresentando um aumento na velocidade, criando situações novas de risco e incerteza que precisam ser adequadamente manejadas.¹

Podendo ser disperso por gotículas no ar em suspensão, o coronavírus é transferido pelas pessoas infectadas no instante em que elas conversam, tosem ou espirram. E as gotículas infectadas podem ser retidas e não transmitidas com o uso de máscaras não profissionais, as quais agem como barreiras físicas, reduzindo a exposição e o risco de disseminar infecção para toda a população.

Vale ressaltar que as máscaras profissionais devem ser utilizadas exclusivamente por profissionais da saúde e, também, por pacientes contaminados, já que nesses casos as demais máscaras não são úteis.

A proteção oferecida pelas máscaras tem efeito criado pela combinação do potencial de obstrução da passagem de gotículas, do ajuste e do escape de ar relacionado à máscara, além do reconhecimento do uso e de descarte apropriado da máscara, que é difundido também aos leigos, incluindo crianças, independentemente da regulação e da aceitação serem imperfeitas.

Com isso, verificou-se a importância da Norma Regulamentadora Seis (NR6)²a qual trata dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI), que são dispositivos de uso individual do trabalhador, destinado à proteção de riscos suscetíveis de ameaçar a saúde e a segurança no trabalho.³

Devem-se utilizar máscaras de tecido a fim de impedir que o indivíduo espalhe secreções respiratórias ao falar, espirrar ou tossir. Uma vez que estejam limpas e secas são próprias para o uso, mas, não são consideradas Equipamentos de Proteção Individual (EPI), logo, não devem ser utilizadas por profissionais do serviço de saúde enquanto permanece nas áreas de atendimento a pacientes ou enquanto realizarem atividades em que existe a necessidade do uso de máscara cirúrgica ou de máscara de proteção respiratória N95/PPF2,

O número de partículas infecciosas que causam a infecção é incerto ou desconhecido para patógenos respiratórios. Para isso, há influência de fatores como a duração da exposição e a natureza dos sintomas clínicos transmitidos de pessoa para pessoa.

Dessa forma, as máscaras cirúrgicas devem ser utilizadas por profissionais como forma de prevenção por gotículas respiratórias, quando a uma distância inferior a 1 metro do paciente suspeito ou confirmado de infecção pelo COVID-19.

Deve cobrir adequadamente a área do nariz e da boca do usuário, além de apresentar um clipe nasal que permita o ajuste adequado do contorno do nariz e das bochechas. Também possuir eficiência de filtragem de partículas (EFP) > 98% e eficiência de filtragem bacteriológica (BFE) > 95%.

As máscaras cirúrgicas são descartáveis e em hipótese alguma devem ser limpas ou desinfetadas para uso posterior e quando estão úmidas, perdem a sua capacidade de filtração.

Nos casos de procedimentos de risco de geração de aerossóis, em pacientes suspeitos ou confirmados, os profissionais devem utilizar a máscara de proteção respiratória (respirador particulado) com eficácia mínima na filtração de 95% de partículas de até 0,3 μ (tipo N95, N99, N100, PFF2 ou PFF3).

A máscara N95/PFF2 ou equivalente com válvula expiratória não pode ser utilizada como forma de controle de fonte, pois permite a saída do ar expirado pelo profissional e caso esteja infectado, poderá contaminar pacientes, outros profissionais e o ambiente.

Em situações que só tenha disponível este modelo de máscara com válvula expiratória no serviço de saúde, como o cenário atual de pandemia e em situações de escassez do material, recomenda-se o uso associado de um protetor facial, para o controle de fonte.

Não obstante, a ressalva desta medida é o centro cirúrgico, já que não é adequado utilizar este tipo de máscara no ambiente, pois possibilita que a ferida cirúrgica fique exposta às gotículas secretadas pelos profissionais e, dessa forma, ameaça de infecção o sítio cirúrgico.⁴

O objetivo principal deste estudo consiste em entender os benefícios da utilização da máscara facial, seja através da forma de utilização correta, bem como, o tipo ideal, como forma de prevenção ao COVID-19 pelos profissionais da saúde.

2 | MÉTODOS

A sistematização dessa discussão baseou-se em fonte bibliográficas das bases de dados Scielo, Biblioteca Virtual em Saúde (Bireme) e PubMed, utilizando-se os descritores e palavras: pandemia, COVID- 19, máscaras e saúde dos trabalhadores. Foram analisados os arquivos completos disponíveis online, além de sites oficiais referentes ao tema proposto. As buscas incluíram artigos publicados em língua inglesa e portuguesa, sem restrição de data, sendo excluídos os artigos em outros idiomas e não compatíveis com a temática, assim como as duplicatas.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados registrados revelam o quanto à pandemia vem ganhando forças a cada momento em que atinge os diversos grupos sociais, dessa forma têm sido observadas o tamanho da necessidade de conhecer os métodos de prevenção adequados. Por isso, aqueles que se encontram na linha de frente, desde médicos, enfermeiros, policiais e até mesmo garis, necessitam não somente manejar de forma adequada a EPI, mas saber qual a mais qualificada para seu local de trabalho.

Identificou-se 971 estudos nas bases de dados e na busca complementar. Depois de retirar as duplicatas permaneceram 141, que foram triados por título e resumo, sendo selecionados alguns desses artigos. Observamos o trabalho de MacIntyre et al (2016), o qual foi um ensaio clínico randomizado em cluster, sobre risco de infecção por doença respiratória semelhante à gripe. A intervenção foi o tipo de máscara utilizada pelos profissionais linhas de frente em combate a pandemia. Havendo resultado significativo para uso de máscara e redução do risco de desenvolver essa doença respiratória tão grave. E apesar de ser uma pesquisa com caráter metodológico, não são fornecidas informações com respeito ao método de randomização dos participantes da pesquisa. Além disso, associado à utilização de máscaras, foi fornecida a informação para lavagem frequente das mãos nos grupos intervencionistas, podendo contribuir para a diferença observada, mesmo que não estatisticamente significativa. Com isso, o estudo indica um grande benefício das máscaras médicas para controlar a propagação do vírus, no entanto é limitado devido a amostra ser pequena e as taxas de ataque secundário serem baixas (SAR).

Enquanto a revisão sistemática de Lianget al (2020)⁵ avaliou associação do uso da máscara com infecção por vírus respiratório coronavírus da síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV), vírus influenza, vírus H1N1 e SARS-CoV-2. Foram analisados 21 estudos que relataram eficácia do uso de máscaras, envolvendo 8.686 participantes. Observou-se sua eficácia na prevenção da propagação de vírus respiratórios quando após o seu uso, a chance de contrair a infecção reduziu em 35% na população em geral, sendo ainda mais evidente, nos profissionais de saúde, reduzindo em 20%.

Observou-se que o uso de máscara não reduz ou substitui a necessidade das medidas de higiene pessoal preconizadas, principalmente a lavagem das mãos de forma regular, evitando tocar o rosto, especialmente a boca, nariz e os olhos, ao espirrar ou tossir, cobrir a boca e o nariz com um cotovelo flexionado ou tecido descartável. É necessário o uso de um desinfetante, como o álcool para as mãos, caso você não consiga lavar as mãos com água e sabão após tocar em uma superfície contaminada. Outra medida validada com grande importância é a manutenção do distanciamento de mais de 1 metro entre as pessoas, associada a ambientes bem ventilados, e evitar contato com pessoas doentes ou suspeitas, evitando assim ser atingindo pelas gotículas das secreções. Sendo assim, foi pensado que para que a população tenha acesso à máscara facial TNT, é necessário que seja de baixo custo, bem como deve ser avaliado o tipo de material, e padrões recomendados pela ANVISA de 20 - 40 g/m², sendo assegurado que tenha camada frontal de tecido não impermeável, tecido respirável no meio e algodão na parte em contato com a superfície do rosto.⁶

Há procedimentos que exige a utilização de máscaras descartáveis tipo PFF2 (equivalente a N95), no entanto ela só proporciona proteção quando manuseada da maneira correta, como está descrito no Programa de Proteção Respiratória da Fundacentro e a Cartilha de Proteção Respiratória Contra Agentes Biológicos para da Área da Saúde e

requer cuidados conforme recomendações da cartilha da ANVISA, podendo ser uma forma de contaminação, devido ao manuseio e uso inadequado. Pois pode criar uma falsa sensação de segurança e para aqueles que não têm treinamento adequado para utilizá-las se contaminarem. Um erro comum é a não lavagem das mãos com água e sabão, ao colocar a máscara e ao removê-la, contaminando-se com as partículas que o próprio equipamento absorveu. Atualmente um grande problema é o uso indiscriminado dessas máscaras devido ao fato de serem descartáveis, levando a sua escassez ainda mais em situações como essa de pandemia onde há tanta necessidade de uso principalmente por parte dos profissionais de saúde.

Foi analisado que a máscara cirúrgica deve ser utilizada quando houver distância inferior a 1 metro do paciente, deve ser resistente à penetração de fluidos, sendo assim não pode ser de tecido. Evitar tocar na máscara enquanto estiver usando, após removê-la deve ser feito a higiene das mãos, logo substituir a máscara por uma nova. Esta deve cobrir adequadamente o nariz e a boca do usuário, e, além disso, deve possuir um clipe nasal para se ajustar de modo adequado ao contorno do nariz. Somente utilizar quando houver risco de geração de aerossol e Eficiência de Filtragem de Partículas (EFP) deve ser de 98%, Eficiência de Filtragem Bacteriológica (BFE) > 95%, e Eficiência de Filtragem de Partículas (EFP) de 95% para partículas de até 0,3 micrômetros (tipo N95, N99, N100, PFF2 ou PFF3). Verificou-se que pode ser feita utilização contínua por até 04 horas, desde que não tenham sido contaminadas ou estejam úmidas, no entanto, caso ocorra contato das mãos com a parte interna da máscara, esta deve ser descartada. Não há necessidade de trocar a máscara entre um paciente e outro, desde que a sua remoção respeite a técnica, ou seja, o profissional não deve tocar na parte da frente da máscara, pois é considerada contaminada, devendo ser sempre feita pelas tiras laterais e assim descartada. Logo o profissional deve realizar a higienização das mãos com água e sabonete líquido (tempo mínimo por 40 segundos) ou álcool 70% (tempo mínimo por 20 segundos). Sabe-se que as máscaras são descartáveis e não podem ser limpas ou desinfetadas com nenhum tipo de produto em nenhuma situação. ⁷

Os que devem usar máscaras cirúrgicas são pacientes com sintomas de infecção respiratória (febre, tosse, espirros, dificuldade para respirar), em todo serviço de saúde, desde sua chegada e enquanto circula no local devido aos procedimentos realizados, bem como profissionais de saúde e profissionais de apoio que realizaram atendimento aos pacientes suspeitos ou confirmados de infecção pela COVID-19 em uma distância inferior a 2 metros.

No caso de profissionais em contato com aerossóis, as máscaras indicadas para proteção podem ser de diferentes tipos, R95, N99, N95, mediante a eficiência na filtragem de partículas muito pequenas de 0,1 a 0,3 μ m, e têm o objetivo de reter os materiais particulados. Há diferentes padrões de proteção, baseados na NBR 13.698, de 2011, a qual avalia dois parâmetros, os quais são resistência à passagem do ar e a penetração

de partículas. Avalia-se também o tipo de situação de trabalho, pois cada um exige características e níveis de proteção diferentes e o uso errado coloca em risco a vida dos profissionais. Mediante as normas técnicas ABNT NBR 13.697 e ABNT NBR 13.698, são classificadas em PFF1 (usado na presença de poeiras, névoas e neblinas), PFF2 (usado na presença de agentes biológicos) e PFF3 (usado na presença de partículas tóxicas).

Foi verificado que as máscaras indicadas para os profissionais de saúde são N95, N99, R95 ou PFF2 quando expostos a procedimentos que produzem aerossol (aspiração de vias aéreas, entubação, broncoscopia) a uma distância inferior a 2 metros do paciente suspeito ou confirmado de infecção pela COVID-19. O seu uso prolongado é recomendado devido ao menor contato das mãos do profissional com a parte externa, já que estudos mostram que podem funcionar por 8 horas, em uso contínuo. Caso a máscara esteja íntegra, limpa e seca, pode ser usada várias vezes pelo mesmo profissional, tomando os devidos cuidados, mas dados sugerem limitar o número de reutilizações em até cinco garantindo uma segurança adequada. Para reutilizá-las devem ser embaladas ou guardadas para que não sejam danificadas ou contaminadas.

Além disso, orienta-se que os profissionais inspecionem suas máscaras antes do uso para verificando se não há danos físicos, no entanto, não deve tocar externamente a máscara, e caso ocorra deve higienizar das mãos imediatamente com água e sabonete líquido ou álcool 70%. Nos casos em que o contato das mãos for com a parte interna da máscara, esta deve ser descartada. A utilização correta da máscara envolve o ajuste ao rosto do profissional, de forma a cobrir totalmente nariz e boca. Nas situações em que houver contaminação com sangue, secreções respiratórias ou nasais ou outros fluidos corporais dos pacientes suspeitos ou confirmados pela COVID-19, ou se estiver danificada, úmido ou após o uso máximo recomendado, as máscaras devem ser descartadas.

A forma correta de colocar a máscara em seu primeiro uso deve seguir os seguintes passos, segurar a máscara com a pinça nasal próxima à ponta dos dedos deixando as alças pendentes, depois encaixar a máscara sob o queixo, assim posicionar um tirante na nuca e o outro sobre a cabeça, e ajustar a pinça nasal no nariz, por fim verificar a vedação pelo teste de pressão positiva. Lembre-se sempre de higienizar as mãos antes e após a colocar a máscara. Quanto à retirada da máscara envolve três passos, são eles retirar a tira inferior posicionada na nuca passando-a sobre a cabeça, depois manter a máscara em sua posição e retirar a tira superior, passando-a sobre a cabeça e por último remover a máscara da face sem tocar a sua superfície interna e guardá-la, se em condições e dentro do prazo máximo permitido, ou descartá-la. Conclui com a higienização das mãos imediatamente após a retirada da máscara.⁸

Foram divulgadas orientações oficiais do Reino Unido, em fevereiro de 2020, afirmando que as máscaras fornecem 80% de proteção contra o SARS-CoV-2. No entanto, foi deferida mediante uma revisão sistemática feita em 2017, ou seja, antes do surgimento da SARS-CoV-2, baseando em ensaios em influenza sazonal, o qual o COVID-19, é o mais

contagioso e mais grave, podendo ter diferentes formas de disseminação. Na Inglaterra, em março 2020, a Saúde Pública, publicou orientações sobre como e quando usar os diferentes tipos de máscara, primeiramente avalia-se o nível de risco de infecção, antes de decidir qual máscara usar, retire adornos, logo higienize as mãos, coloque o equipamento.

Observando uma metanálise recente feita pelo Chinese Cochrane Center,⁹ publicada no início de março de 2020, foram incluídos seis ECRs, os quais, cinco envolvia profissionais de saúde em hospitais e o outro, pacientes na comunidade e em contatos domiciliares, englobava 9171 participantes. Concluindo, que não houve diferenças estatisticamente significativas na prevenção das doenças respiratórias confirmadas em laboratório, usando respiradores N95 e máscaras cirúrgicas, como gripe (RR = 1,09, IC 95% 0,92 a 1,28), infecções virais respiratórias (RR = 0,89, IC 95% 0,70 a 1,11), infecção respiratória (RR = 0,74, IC 95% 0,42 a 1,29) e doença semelhante à influenza (RR = 0,61, IC 95% 0,33 a 1,14).

Foram verificadas que as máscaras FFP2 / 3 e N95 não funcionam a menos que estejam bem ajustadas à face e criem uma vedação, por isso, o teste de ajuste individual deve ser feito por toda a equipe antes de serem usados. Por esse motivo necessita de um grande estoque de equipamentos para testar o equipamento, e quando feito corretamente, deve ter uma taxa de falhas <5% e, se for maior, o procedimento pode estar sendo feito erroneamente. Por isso, esse tipo de máscara deve ser verificada antes do seu uso.¹⁰

De acordo com as diretrizes técnicas desenvolvidas pelo Conselho de Estado da China,¹¹ em 4 de fevereiro de 2020, há uma seleção do uso de máscaras para prevenir novas infecções por coronavírus de acordo com a natureza e o nível de risco do trabalho. As pessoas expostas a riscos mais altos são profissionais que trabalham na enfermaria, UTI e sala de observação de pacientes com pneumonia por coronavírus recém-diagnosticada (casos confirmados, casos suspeitos), aqueles que fazem consultas ambulatoriais em instituições médicas designadas em áreas epidêmicas, médicos de saúde pública que conduzem investigações epidemiológicas em casos confirmados e suspeitos e equipe médica trabalhando no departamento de emergência, sendo recomendadas máscaras de proteção particuladas que atendem aos padrões N95 / KN95. Já os expostos a risco médio são os profissionais que trabalham em clínicas comuns e equipe médica que trabalha nas enfermarias, sendo recomendadas máscaras cirúrgicas.

4 | CONCLUSÃO

Após análise de artigos e realizada a revisão bibliográfica, concluímos que o uso de máscaras é de suma importância para proteção dos indivíduos em época de pandemia, de acordo com a sua situação de trabalho. O uso de máscaras N95, N99, R95 e PFF2, se mostra adequados na prevenção de infecções virais respiratórias, uma vez que bem ajustadas à face veda a circulação do ar inalado.

Ressalta-se a importância da troca da máscara após uso contínuo de no máximo 8 horas, posteriormente devem ser descartadas e adquiridas novas máscaras.

Destaca-se que todas as máscaras faciais seguem especificações das normas técnicas ABNT NBR 13.697 e ABNT NBR 13.698.

BIBLIOGRAFIA

1. Almeida IM. Proteção da saúde dos trabalhadores da saúde em tempos de pandemia e respostas à pandemia. (Publicação online). São Paulo: Universidade Estadual Paulista; 2020. [acesso em 24 mai. 2020]. Disponível em <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/140/164>
2. Maganin CGM, Queluz DP. Importância do uso de equipamentos de proteção individual, enfocando máscaras e respiradores. Rev. UNINGÁ. 2009; (22): xx-xx.
3. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. ORIENTAÇÕES GERAIS – Máscaras faciais de uso não profissional. [Publicação online]. Brasília; 08 de mai. de 2020 [acesso em 24 mai. 2020]. Disponível em <http://portal.anvisa.gov.br/documents/219201/4340788/NT+M%C3%A1scaras.pdf/bf430184-8550-42cb-a975-1d5e1c5a10f7>
4. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020 ORIENTAÇÕES PARA SERVIÇOS DE SAÚDE: MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE QUE DEVEM SER ADOTADAS DURANTE A ASSISTÊNCIA AOS CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE INFECÇÃO PELO NOVO CORONAVÍRUS (SARS-CoV-2). [Publicação online]. Brasília; 2020 [acesso em 24 mai. 2020]. Disponível em <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+T%C3%A9cnica+n+04-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA/ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b28>
5. Camargo MC, Silveira MSM, Lima AA, Bastos BP, Santos DL, Mota SEC, et al. Eficácia da máscara facial (TNT) na população para prevenção de infecções por coronavírus: Revisão sistemática (Publicação online). Brasil; 2020. [acesso em 25 mai. 2020]. Disponível em <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/413/535>
6. Vieira AV. (2020). O uso de máscaras cirúrgicas e máscaras descartáveis (PFF2) para impedir a propagação do Coronavírus. [Publicação online]; 18 de mar. de 2020 [acesso em 25 de mai. 2020]. Saúde. Disponível em <https://www.abho.org.br/o-uso-de-mascaras-cirurgicas-e-mascaras-descartaveis-para-impedir-a-propagacao-coronavirus/>
7. Capelo P. (2020). MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE - COVID-19. [Publicação online]; 2020 [acesso em 25 de mai. 2020]. Saúde. Disponível em http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/COVID19_PATRICIACAPELO_SESAPR.pdf
8. Secretaria da Saúde. (2020). Coronavírus (COVID-19)- Máscaras para proteção. [Publicação online]; mar. de 2020. [acesso em 26 de mai. 2020]. Disponível em http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/NO_03_MASCARAS_PARA_PROTECAO_V2.pdf
9. Centro de Medicina Baseada em Evidências (CEBM). Qual é a eficácia das máscaras faciais padrão em comparação com as máscaras respiratórias na prevenção de doenças respiratórias do tipo COVID na equipe de atenção primária? [Publicação online]; 30 de março de 2020; [acesso em 26 de mai. 2020]. Disponível em <https://www.cebm.net/covid-19/what-is-the-efficacy-of-standard-face-masks-compared-to-respirator-masks-in-preventing-covid-19-respiratory-illnesses-in-primary-care-staff/>

10. AssociationofAnaesthetists (2020). Equipamento de proteção individual durante a pandemia da doença de coronavírus (COVID) 2019 - uma revisão narrativa. [Publicação online]; 04 de abr. de 2020; [acesso em 27 de mai. 2020]. Disponível em <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/anae.15071>

11. Zhong T. (2020). O Mecanismo Conjunto de Defesa e Controle Conjunto do Conselho Estadual emitiu as “Diretrizes Técnicas para a Seleção e Uso de Máscaras para Prevenir Novas Infecções por Coronavírus em Diferentes Populações”. [Publicação online]; 05 de fev. de 2020; [acesso em 28 de mai. 2020]. Disponível em http://www.gov.cn/xinwen/2020-02/05/content_5474774.htm

DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DOS CASOS CONFIRMADOS DA COVID-19 EM CRIANÇAS E DE HOSPITAIS PEDIÁTRICOS NO TERRITÓRIO BRASILEIRO

Data de aceite: 01/09/2020

Data de submissão: 12/08/2020

Mayane Rosario Barbosa Santos

Faculdade Adventista da Bahia, Programa de Residência Multiprofissional em Fisioterapia Hospitalar Neonatal e Pediátrica
Feira de Santana - Bahia
<http://lattes.cnpq.br/1637795617004521>

Roquelei da Purificação Rodrigues

Hospital Estadual da Criança
Feira de Santana – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/0915068907092842>

Magno Conceição das Mercês

Universidade do Estado da Bahia
Salvador – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/6299198047995176>

RESUMO: Existe uma escassez de estudos que abordem o novo coronavírus na população infantil no Brasil, principalmente no que se refere à distribuição espacial dos casos no território nacional. Objetivou-se com este estudo distribuir espacialmente os casos da COVID-19 em crianças no território brasileiro e também do número de hospitais pediátricos conveniados ao Sistema Único de Saúde para entender a acessibilidade de atendimento em casos mais graves. Para tanto, realizou-se um estudo epidemiológico, ecológico, de base territorial com a distribuição espacial dos casos confirmados e acumulados da COVID-19 entre crianças de 0 a 9 anos e dos hospitais pediátricos nos 26 estados brasileiros

e o Distrito Federal. Os dados acerca do número de casos acumulados por estados foram coletados nos Boletins Epidemiológicos de cada território e o quantitativo de hospitais foi obtido através da Plataforma do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde. Os números de casos de COVID-19 foram armazenados no ambiente de Sistema de Informação Geográfica, e então realizado a espacialização dos dados referentes aos casos do novo coronavírus e gerado um mapa coroplético. A distribuição do número de hospitais pediátricos deu-se por meio de uma camada vetorial de pontos, sobreposta, e em seguida, realizou-se a categorização por tamanho do ponto, em ordem crescente. Dos casos notificados de março a maio, 43,68% dos casos de COVID-19 eram de crianças de 0-9 anos, chamando atenção para o Norte, Centro-Oeste e Nordeste por apresentarem um maior índice. Foi possível identificar que a disposição territorial das unidades hospitalares ocorre de forma homogênea na maioria das regiões e que existe uma centralidade no Sudeste, entretanto não foi identificado hospitais pediátricos conveniados ao SUS no Amapá e Acre. A disposição destes resultados através dos mapas temáticos auxiliou na compreensão de como o novo coronavírus se distribuiu espacialmente no território brasileiro, na população infantil. O que possibilita se traçar ações pelos gestores da saúde pública visando priorizar as áreas de maior ocorrência dos casos.

PALAVRAS-CHAVE: COVID-19, Distribuição espacial, Pediatria, Epidemiologia, Perfil de Saúde.

SPATIAL DISTRIBUTION OF COVID - 19 CONFIRMED CASES IN CHILDREN AND PEDIATRIC HOSPITALS IN BRAZILIAN TERRITORY

ABSTRACT: There is a scarcity of studies that address the new coronavirus in the child population in Brazil, especially with regard to the spatial distribution of cases in the national territory. The objective of this study was to distribute spatially the cases of COVID-19 in children in Brazilian territory and also the number of pediatric hospitals affiliated with the Unified Health System to understand accessibility for care in more severe cases.. To this end, an epidemiological, ecological and territorial study was carried out with the spatial distribution of confirmed and accumulated cases of COVID-19 among children aged 0 to 9 years-old and from pediatric hospitals in the 26 Brazilian states and the Federal District. Data on the number of cases accumulated by states were collected in the Epidemiological Bulletins of each territory and the number of hospitals was obtained through the Platform of the National Registry of Health Establishment. The case numbers of COVID-19 were stored in the Geographic Information System environment, and then performed the spatialization of data referring to the cases of the new coronavirus and generated a choropleth map. The distribution of the number of pediatric hospitals was done through a vector layer of dots, superimposed, and then, the categorization by point size was performed, in ascending order. Of the cases notified from March to May, 43.68% of the cases of COVID-19 were children aged 0-9 years, drawing attention to the North, Midwest and Northeast because they had a higher rate. It was possible to identify that the territorial disposition of hospital units occurs homogeneously in most regions and that there is a centrality in the Southeast, however, pediatric hospitals associated with SUS in Amapá and Acre were not identified. The availability of these results through thematic maps helped to understand how the new coronavirus was spatially distributed in Brazilian territory, in child population. Thus, it is possible to outline actions by public health managers in order to prioritize the areas with the highest occurrence of cases.

KEYWORDS: COVID-19, Spatial distribution, Pediatrics, Epidemiology, Health Profile.

1 | INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019, em Wuhan, China, teve-se um surto de uma pneumonia incomum e extremamente transmissora. Em 31 de dezembro de 2019, nessa região, foram notificados 27 casos desta afecção, onde os pacientes apresentaram tosse seca, dispnéia e febre. Vale destacar que tais indivíduos tinham ligação com o Mercado Atacadista de Frutos do Mar de Wuhan, que comercializa além de peixes, uma diversidade de animais vivos como aves, morcegos, marmotas e cobras (SOHRABI et al., 2020).

O Centro Chinês de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) confirmou em 03 de janeiro de 2020, como causa da doença um novo beta-coronavírus, de RNA envelopado que foi identificado nas amostras do exame de líquido de lavagem broncoalveolar de um paciente de Wuhan, nomeado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 07 de janeiro de 2020, como o novo coronavírus de 2019 (2019-nCov), logo mais, em 11 de fevereiro a mesma intitulou a doença relacionada ao 2019-nCoV como a nova doença de coronavírus de 2019 (COVID-19), atualmente conhecida também como Coronavírus 2 da Síndrome

Respiratória Aguda Grave (SARS-COV-2) (DONG et al., 2020; XIE e CHEN, 2020).

Com o avanço dos números de casos da doença, no final de janeiro de 2020, a OMS, concluiu que o surto da doença na China representava um risco elevado para países com sistemas de saúde fragilizados, decretando então, a COVID-19, como sendo uma Emergência de Saúde Pública de interesse internacional (PHEIC) (SOHRABI et al., 2020).

Decretar Emergência de Saúde Pública de Interesse Internacional significa uma convocação urgente, do mais alto patamar, para que a sociedade internacional se una para combater o surto, o que necessita de um intenso retorno da saúde pública, engajamento político e recursos financeiros satisfatórios. Destarte, a OMS esta emergência em outras 5 ocasiões desde a epidemia da síndrome respiratória aguda grave em Guangdong, na China, em 2003; a saber: H1N1 (2009), Poliomielite (2014), Ebola na África Ocidental (2014), Zika (2016) e Ebola na República Democrática do Congo (2019) (DONG, et al. 2020).

O Brasil foi o primeiro país da América Latina a confirmar o primeiro caso de COVID-19, no dia 26 de fevereiro de 2020 no estado de São Paulo. A partir de então foram sendo confirmados outros novos casos de COVID-19 nas demais capitais brasileiras, e gradualmente, foram ocorrendo novas notificações em regiões mais afastadas em decorrência da transmissão comunitária (PEDROSA e ALBUQUERQUE, 2020; CRODA e GARCIA, 2020).

De acordo com informações oficiais do Ministério da Saúde, no Painel do Coronavírus Brasil, em 16 de maio de 2020 o Brasil possuía 233.142 casos acumulados de COVID-19, destes 127.837 casos estavam em acompanhamento, 89.672 foram recuperados e 15.633 pacientes evoluíram a óbito.

No tocante à ocorrência do novo coronavírus na população infantil, poucos estudos abordam aspectos epidemiológicos. O que dificulta um comparativo entre diferentes países. De um modo geral, os sintomas mais comuns apresentados entre crianças são: febre, tosse seca, podendo apresentar outros sintomas respiratórios, gastrointestinais, neurológicos, musculares e fadiga. Vale ressaltar que muitas crianças são completamente assintomáticas, o que dificulta o diagnóstico (JENG, 2020).

A COVID-19 em crianças deve ser vista como um indicador da eficácia do sistema de saúde, nas suas ações preventivas, bem como, na não identificação precoce do vírus na população adulta, favorecendo o alastramento da afecção. Frente à gravidade do novo coronavírus, o mapeamento destes casos na população infantil pode favorecer um melhor planejamento das ações de vigilância em saúde, respeitando as peculiaridades de cada território. Desta forma, o objetivo do presente estudo foi de distribuir espacialmente os casos da COVID-19, em crianças no território brasileiro e também do número de hospitais pediátricos conveniados ao Sistema Único de Saúde para entender a acessibilidade de atendimento em casos mais graves.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico, ecológico, de base territorial com a distribuição espacial dos casos confirmados e acumulados da COVID-19 entre crianças de 0 a 9 anos e dos hospitais pediátricos no território brasileiro.

O Brasil está localizado na América do Sul, com uma área territorial de 8.510.820,623 km², entre as latitudes 5°N até -33°S e a longitudes -35°W até -75°W. Divide-se em 26 estados, o Distrito Federal e 5.570 municípios, distribuídos nas regiões: Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul. Possui uma população estimada de 210.147.125 pessoas (IBGE, 2020).

As informações foram coletadas no Boletim Epidemiológico de cada Estado e do Distrito Federal, mediante a consulta: https://brasil.io/dataset/covid19/caso_full/, em 08 de maio, considerando os casos acumulados da COVID-19 entre crianças de 0 a 9 anos. Nos Estados em que não constavam em seu informe epidemiológico, o número ou percentual dos casos para essa faixa etária, foi necessário entrar em contato via e-mail com a secretaria estadual de saúde para se obter essa informação. Embora o Estatuto da Criança e do Adolescente considere a criança a pessoa até 12 anos de idade incompletos, foi excluída a faixa etária de 10 a 12 anos, pois nos boletins epidemiológicos não faziam essa separação e constavam o total de casos ou o percentual de 0 a 9 e de 10 a 19 anos.

O número de hospitais foi obtido na plataforma do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES, por meio do link: <http://cnes2.datasus.gov.br/> no dia 20 de maio de 2020.

Os dados referentes aos casos de COVID-19 foram tabulados no Microsoft Excel e em seguida calculada a frequência relativa das ocorrências dos estados que disponibilizaram apenas o número de casos. Após essa etapa, todos os dados foram armazenados em ambiente de Sistema de Informação Geográfica, por meio do Software Qgis versão 2.18. Foi realizado à espacialização dos dados referentes aos casos de COVID-19 e gerado um mapa coroplético, usando o modo de classificação Quantil.

A distribuição do número de hospitais pediátricos deu-se por meio de uma camada vetorial de pontos, sobreposta, e em seguida, realizou-se a categorização por tamanho do ponto, em ordem crescente.

A base cartográfica do Brasil foi obtida no site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

O estudo respeitou as políticas que envolvem pesquisas em seres humanos. O trabalho não foi submetido a um comitê de ética em pesquisa, por se tratar de dados de domínio público, conforme o art. 1º da Resolução Conselho Nacional de Saúde nº 510/2016.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de 26 de março a 8 de maio de 2020, foram notificados 145.328 casos da Covid-19, em todo território brasileiro. Destes casos, 43,68 % eram referentes às crianças de 0 – 9 anos, não considerando os estados do Rio Grande do Norte e Paraíba, pois os dados não foram disponibilizados.

No início da pandemia pelo COVID-19 em todo mundo, ocasionalmente haviam crianças sendo diagnosticadas pela doença, pois existia a hipótese de que esta população poderia ser menos suscetível a contagiar-se pelo novo coronavírus (JENG, 2020).

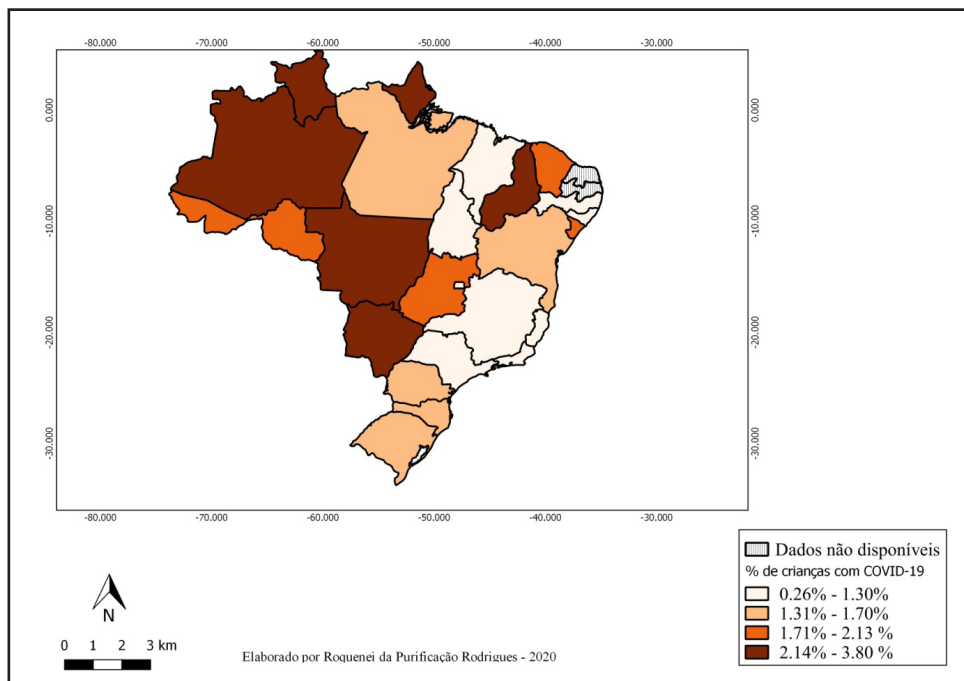
Dong *et al.* (2020) analisaram de 16 de janeiro de 2020 até 8 de fevereiro de 2020, 2.143 notificações de pacientes pediátricos com COVID-19 ao Centro Chinês de Controle e Prevenção de Doenças. Dos 2.143 pacientes, 34,1% (731) foram confirmados em laboratório e 65,9% (1.412) foram suspeitos. A idade média foi de 7 anos. Com relação a gravidade da doença, 94 (4,4%) eram assintomáticos, 1091 (51,0%) considerados leves e 831 (38,7%) moderados. Sendo que os casos mais graves, deu-se em crianças com faixa etária inferior a 1 ano de idade (10,6%), seguido daquelas com 1 a 5 anos (7,3%).

Algumas hipóteses são estudadas para justificar a distinção eminente na apresentação do COVID-19 entre a população pediátrica e adulta. Rawat *et al.* (2020) descrevem alguns fatores que podem explicar essa diferença: o estilo de vida dessas crianças que podem ser menos expostas a fumaça ou poluição, possuir uma melhor nutrição e realizar mais exercícios diários.

Wang e Brar (2020) ao realizarem um estudo retrospectivo verificaram que na China, as crianças parecem apresentar um fenótipo mais leve do COVID-19 do que nos adultos. A apresentação comum do COVID-19 nas crianças pode ser assintomática ou limitada a apresentar faringite ou tosse, ou ainda meramente sintomas gastrointestinais. Cerca de metade dos pacientes pediátricos apresentam febre, muito menos frequente do que quando comparado aos adultos.

Zimmermann e Curtis (2000) corroboram com as informações acima, onde abordam que as crianças frequentemente são menos sintomáticas, ou ainda quando apresentam algum sintoma são menos graves, desde modo são menos testadas que os adultos, o que leva a subestimar o real número de infectados na população pediátrica.

No que tange a distribuição espacial dos casos de COVID-19, entre crianças de 0 – 9 anos no território brasileiro (Figura 1), chamou atenção que os estados da região Norte do país apresentaram a maior ocorrência dos casos, seguido dos estados das regiões Centro-Oeste e do Nordeste.



Projeção Universal Transversa de Mercator / Origem da Quilometragem: Equador e Meridiano 39 W Gr / Sistema Geodésico SIRGAS 2000, Escala: 1: 100. 000.000. Elaborado por Roquenei da Purificação Rodrigues, 2020.

Figura 1 – Distribuição espacial dos casos da COVID-19 em crianças de 0 - 9 anos até 8 de maio de 2020

Apesar de desde o início da pandemia da COVID-19 no país, existisse uma concordância internacional de que o principal grupo de risco de adoecer fossem os senes e as pessoas com doenças crônicas, é sabido que o número de crianças infectadas no Brasil é superior à de outros países. Existe um vasto território brasileiro em situações abissais de contraste social e de urbanidade, variando de região para região, onde expõem indivíduos das distintas idades ao risco de serem infectadas pela COVID-19.

Sabe-se que o distanciamento social e ou isolamento de pessoas infectadas pela COVID-19 não é uma realidade para o cenário de vida de todas as crianças, onde muitas destas vivem em moradias com poucos cômodos, que possuem uma única saída de ar e abrigam mais de 05 pessoas e não conseguem manter a higiene básica, nem tão pouco executar as determinações para minimizar o risco de contaminação. Além disso, os seus pais ou responsáveis na maioria das vezes, têm que sair para trabalhar, a usar o transporte público com superlotação e precárias condições de higiene. Embora isso seja mais midiaticado nas grandes metrópoles do Sudeste, essa realidade é gritante no Norte e Nordeste do país, onde os espaços mais pobres são desprovidos de condições

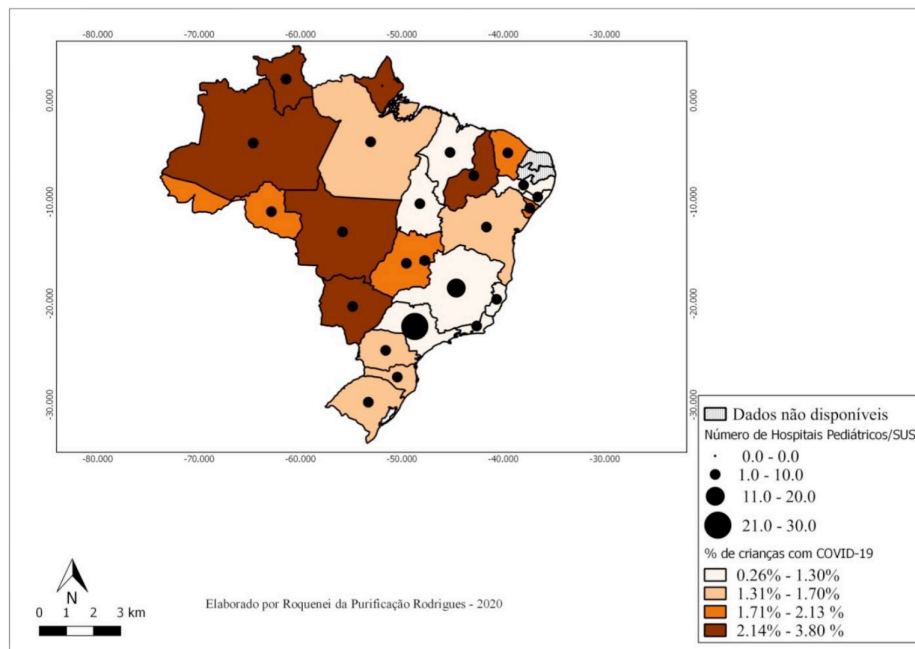
necessárias para a preservação da vida, como o saneamento básico, questões ambientais, renda e alimentar.

Para além dessas questões, sabe-se que muitas crianças estão nas ruas, nas diferentes regiões do Brasil, em virtude do trabalho infantil, para assegurar ou complementar a renda da família e outras já vivem cotidianamente em situação de rua, sem condições mínimas de cumprir o isolamento social e de manter um asseio adequado. Também há de se considerar, que muitas crianças têm acompanhado seus pais ou responsáveis nas longas filas para sacar o auxílio emergencial oferecido pelo Governo Federal. Sendo estes expostos ao frio, à aglomeração de pessoas e as débeis condições de higiene.

Com relação ao número de casos de crianças infectadas pela COVID-19 na região centro-oeste, há de se considerar que embora no período de março a maio tivesse um baixo número de casos da COVID-19 em tal região, na população em geral, comparada a outras regiões, gera a hipótese que devido às morosas ações preventivas de isolamento social e de limitar o fluxo interurbano, interestadual e internacional tenha favorecido a concentração de casos desta patologia em algumas cidades, com ocorrência em indivíduos das diferentes idades.

Sobrepondo o número de hospitais pediátricos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (figura 2) ao mapa coroplético (figura 1) é possível verificar que a disposição territorial das unidades hospitalares ocorre de forma homogênea na maioria das regiões e que existe uma centralidade no Sudeste, com o maior número de hospitais.

Em contrapartida, na região Norte, mais precisamente no Acre e Manaus, não se tem hospitais pediátricos conveniados ao SUS, em caso de crianças com quadro grave de COVID-19, terão que percorrer longas distâncias, geralmente por via de transporte fluvial. Desta forma, corre o risco de a criança agravar e vim a óbito, bem como de aumentar a chance de contaminação daqueles que estão à sua volta.



Projeção Universal Transversa de Mercator / Origem da Kilometragem: Equador e Meridiano 39 W Gr / Sistema Geodésico SIRGAS 2000, Escala: 1: 100. 000.000. Elaborado por Roquenei da Purificação Rodrigues, 2020.

Figura 2 – Distribuição espacial dos hospitais pediátricos conveniados pelo SUS no território brasileiro.

Algumas limitações e considerações são necessárias para a interpretação dos achados deste estudo. Primeiramente, a subnotificação dos casos na população em estudo, uma vez que existe uma baixa testagem na população pediátrica, a falta de padronização dos boletins epidemiológicos na divulgação dos dados, o que impossibilitou a identificar o percentual dos casos no Rio Grande do Norte e Paraíba. Além disso, até o momento não foi identificado outro estudo que visou descrever ou analisar a distribuição dos casos da COVID-19 no cenário brasileiro. O que dificulta uma comparação dos achados.

A disposição dos resultados por meio de mapas coropléticos nas diversas patologias, como a COVID-19, auxilia na compreensão da população como a doença se distribui espacialmente no território, bem como, subsídio para planejamento e avaliação das ações traçadas pelos gestores da saúde pública visando priorizar as áreas de maior ocorrência dos casos e também para o desenvolvimento de novas pesquisas correlacionando com variáveis sociais, climáticas, sanitárias e outras.

REFERÊNCIAS

BRASIL (a). Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES**. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/>. Acesso em: 20 maio 2020.

BRASIL (b). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 510, de 7 de Abril de 2016**. Diário Oficial da União: Seção 1, Brasília, DF, ed. 98, p. 44, 24 maio 2016. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22917581. Acesso em: 10 maio 2020.

BRASIL (c). Ministério da Saúde. **COVID-19 - Boletins informativos e casos do coronavírus por município por dia**. Disponível em: https://brasil.io/dataset/covid19/caso_full/. Acesso em: 08 maio 2020.

BRASIL (d). Ministério da Saúde. **Painel Coronavírus Brasil**. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em 16 maio 2020.

CRODA, Julio Henrique Rosa; GARCIA, Leila Posenato. **Resposta imediata da Vigilância em Saúde à epidemia da COVID-19**. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 29, n. 1, março 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000100100. Acesso em: 10 maio 2020.

DONG, Yuanyuan; *et al.* **Epidemiologia de COVID-19 entre crianças na China**. Pediatrics, v. 145, n. 6, jun. 2020. DOI: 10.1542/peds.2020-0702. Disponível em: <https://pediatrics.aappublications.org/content/145/6/e20200702>. Acesso em: 16 jun. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Brasil Em Síntese**. Disponível em: <https://brasilemsintese.ibge.gov.br/territorio/dados-geograficos.html>. Acesso em: 08 maio 2020.

JENG, Mei-jy. **Doença coronavírus 2019 em crianças: estado atual**. Journal of the Chinese Medical Association, v. 83, ed. 6, p. 527-533, junho 2020. DOI: 10.1097/JCMA.0000000000000323. Disponível em: https://journals.lww.com/jcma/Fulltext/2020/06000/Coronavirus_disease_2019_in_children_Current.7.aspx. Acesso em: 10 junho 2020.

PEDROSA, Natália Lima; ALBUQUERQUE, Nila Larisse Silva. **Análise Espacial dos Casos de COVID-19 e leitos de terapia intensiva no estado do Ceará, Brasil**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 25, p. 2461-2468, 2020. Supl. 1. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/analise-espacial-dos-casos-de-covid19-e-leitos-de-terapia-intensiva-no-estado-do-ceara-brasil/17556>. Acesso em: 10 maio 2020.

RAWAT, Munmun; *et al.* **COVID-19 em recém-nascidos e bebês - baixo risco de doença grave: fresta de esperança ou nuvem escura?** American Journal of Perinatology, Nova York, EUA, v. 37, n 8, p. 845-849, maio 2020. DOI: 10.1055/s-0040-1710512. Disponível em: <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0040-1710512.pdf>. Acesso em: 20 maio 2020.

SOHRABI, Catrin; *et al.* **Organização Mundial da Saúde declara emergência global: uma revisão do novo coronavírus de 2019 (COVID-19)**. International Journal of Surgery, v. 76, p. 71-76, abril 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2020.02.034>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1743919120301977?via%3Dihub>. Acesso em: 10 maio 2020.

WANG, Evelyn; BRAR, Kanwaljit. **COVID-19 em crianças: um estudo epidemiológico da China.** The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice, v. 8, ed. 6, p. 2118-2120, abril 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2020.04.024>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213219820303755?via%3Dihub>. Acesso em: 20 maio 2020.

XIE, Mingxuan; CHEN, Qiong. **Visão do novo coronavírus de 2019 - uma revisão provisória atualizada e lições do SARS-CoV e MERS-CoV.** International Journal of Infectious Diseases, v. 94, p. 119-124, abril 2020. DOI: 10.1016/j.ijid.2020.03.071. Disponível em: [https://www.ijidonline.com/article/S1201-9712\(20\)30204-6/fulltext](https://www.ijidonline.com/article/S1201-9712(20)30204-6/fulltext). Acesso em: 10 maio 2020.

ZIMMERMANN, Petra; CURTIS, Nigel. **Infecções por coronavírus em crianças, incluindo COVID-19: uma visão geral da epidemiologia, características clínicas, diagnóstico, tratamento e opções de prevenção em crianças.** The Pediatric Infectious Disease Journal, v. 39, ed. 5, p. 355-368, maio 2020. DOI: 10.1097/INF.0000000000002660. Disponível em: https://journals.lww.com/pidj/FullText/2020/05000/Coronavirus_Infections_in_Children_Including.1.aspx. Acesso em: 20 maio 2020.

CAPÍTULO 14

O SUÇATEAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E O FUTURO DA SAÚDE BRASILEIRA: CONSTRUINDO NARRATIVAS INTERPROFISSIONAIS

Data de aceite: 01/09/2020

Data de submissão: 01/06/2020

Fabiola da Silva Costa

Acadêmica de Terapia Ocupacional -
Universidade do Estado do Pará (UEPA)
Belém – Pará
<http://lattes.cnpq.br/6853099560253403>

Alane Marques Lima

Acadêmica de Terapia Ocupacional -
Universidade do Estado do Pará (UEPA)
Benevides – PA
<http://lattes.cnpq.br/5605310594118659>

Brenda de Sousa Praia

Acadêmica de Serviço Social - Universidade
Paulista (UNIP)
Belém – PA
<http://lattes.cnpq.br/4311190753639495>

Camilla Gomes Rodrigues

Acadêmica de Enfermagem - Universidade do
Estado do Pará (UEPA)
Belém- Pará
<http://lattes.cnpq.br/0536558375594704>

Helder Clay Fares dos Santos Júnior

Acadêmico de Terapia Ocupacional -
Universidade do Estado do Pará (UEPA)
Belém – Pará
<http://lattes.cnpq.br/1617692842431176>

Maria Paloma Miranda Pereira

Acadêmica de Medicina - Universidade do
Estado do Pará (UEPA)
Belém - PA
<http://lattes.cnpq.br/1124878141379349>

Miguel Paranhos Melo de Melo

Acadêmico de Terapia Ocupacional -
Universidade do Estado do Pará (UEPA)
Belém – Pará
<http://lattes.cnpq.br/05446357522783582>

Christiane de Carvalho Marinho

Terapeuta ocupacional - Secretária de Saúde
de Belém (SESMA); Mestranda em Ensino em
Saúde na Amazônia – Universidade do Estado
do Pará (UEPA)
Belém- PA
<http://lattes.cnpq.br/4865630368923535>

Dayanne de Nazaré dos Santos

Enfermeira - Secretária de Saúde de Belém
(SESMA)
Belém - Pará
<http://lattes.cnpq.br/6273905170132079>

Samantha Hanna Seabra Castilho Simões

Terapeuta ocupacional; Mestranda em
Psicologia - Universidade Federal do Pará
(UFPA); Docente - UFPA e Universidade do
Estado do Pará (UEPA).
Belém - Pará
<http://lattes.cnpq.br/0259484410679867>

RESUMO: O Sistema Único de Saúde (SUS) possui uma rede ampla que abrange ações estratégicas, programas e serviços de saúde em diferentes níveis, os quais são estruturados a partir dos princípios doutrinários e organizativos, cujo o intuito é gerar uma melhor assistência à saúde dos brasileiros. Contudo, atualmente observa-se um processo de desmonte e, conseqüentemente, sucateamento do SUS.

Diante disto, objetivou-se construir narrativas sob a perspectiva multiprofissional acerca dos processos e do futuro de fazer saúde no atual cenário do SUS. Para tanto, realizou-se uma revisão narrativa da literatura. A busca foi realizada nas bases de dados CAPES, LILACS e SciELO, utilizando os descritores “sistema único de saúde”, “profissionais da saúde”, “investimentos em saúde” e “saúde pública”, para artigos em português, publicados no período de 2009 a 2019. Foram obtidos 16 artigos que contemplavam os critérios elencados, corroborando em três categorias, as quais discutem sucateamento do SUS, desafios da assistência e direcionamentos dos setores público e privado. Atualmente, o Brasil vivencia duas crises: na saúde, em decorrência da pandemia, e política, a qual torna a população muito mais vulnerável para o cenário atual. Portanto, movimentar-se em prol do fortalecimento do SUS é algo fundamental para que a população brasileira consiga garantir o acesso amplo e gratuito de todos a um cuidado integral, de qualidade. Logo, implicar-se nesse cenário e ajudar no reerguimento do SUS é um dever de todos.

PALAVRAS-CHAVE: Sistema Único de Saúde, Saúde Pública, Atenção à Saúde, Equipe de Assistência ao Paciente.

THE SCRAPPING OF THE UNIQUE HEALTH SYSTEM (UHS) AND THE FUTURE OF BRAZILIAN HEALTH: BUILDING INTERPROFISSIONAL NARRATIVES

ABSTRACT: The Unified Health System (UHS) has a wide network that encompasses strategic actions, programs and health services at different levels, which are structured based on doctrinal and organizational principles, whose aim is to generate better health care for the Brazilians. However, currently there is a dismantling process and, consequently, the scrapping of UHS. Given this, the objective was to build narratives from the perspective of different health professions about the processes and the future of doing health in the current scenario of UHS. For this, a narrative literature review was carried out. The search was carried out in the CAPES, LILACS and SciELO databases, using the descriptors “unified health system”, “health personnel”, “investments” and “public health”, for articles in Portuguese, published in the period from 2009 to 2019. 16 articles were obtained that contemplated the listed criteria, corroborating in three categories, which discuss scrapping UHS, assistance challenges and guidance from the public and private sectors. Currently, Brazil experiences two crises: in health, due to the pandemic, and politics, which makes the population much more vulnerable to the current scenario. Therefore, moving in favor of strengthening the SUS is something fundamental for the Brazilian population to be able to guarantee broad and free access for all to comprehensive, quality care. Therefore, getting involved in this scenario and helping to rebuild the SUS is everyone’s duty.

KEYWORDS: Unified Health System, Public Health, Health Care, Patient Care Team.

1 | INTRODUÇÃO

De acordo com a Constituição Federal Brasileira de 1988, a saúde é um direito de todos e dever do Estado, o qual deve adotar medidas e desenvolver ações que assegurem melhor qualidade de vida para a população. Nesse sentido, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), um sistema pautado nos princípios doutrinários da universalidade, equidade

e integralidade, cujo intuito é gerar uma melhor assistência à saúde dos brasileiros (DUARTE; EBLE; GARCIA, 2018).

O SUS possui uma rede ampla com ações estratégicas e serviços de saúde em diferentes níveis: atenção primária, média e alta complexidade. As demandas variam entre baixa tecnicidade, como aferir pressão arterial, a alta tecnicidade e necessidade tecnológica, como transplantes de órgãos. Além disso, envolve urgência e emergência, atenção hospitalar, vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental, assistência farmacêutica, dentre outros (MENICUCCI, 2009).

Tal sistema faz uso de programas, como Estratégia Saúde da Família, Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Agente de Controle de Endemias, realizados mediante à educação e ação interprofissional. Através da união e organização de atividades profissionais de áreas do campo da saúde, como Enfermagem, Terapia Ocupacional, Medicina, Odontologia, dentre outros, é possível obter uma abordagem integral e colaborativa de uma equipe multiprofissional (PEDDUZZI, 2016).

Ademais, o SUS possui a descentralização, regionalização e hierarquização e a participação popular como princípios organizativos, consagrados na VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986, os quais auxiliam no suporte à qualidade de vida, visando a prevenção de agravos e promoção da saúde que o sistema promove (CARVALHO, 2013). Nesse sentido, o mesmo acarretou positivas melhorias para os brasileiros, pois permitiu o acesso a um serviço de saúde a todos.

Entretanto, apesar dos benefícios que o SUS trouxe para os indivíduos, nos últimos anos está sendo atacado a fim de ter o seu desmonte, envolvendo desafios de gestão do trabalho, a educação de profissionais fidedignos às diretrizes do sistema de saúde brasileiro, os embates dos gestores do SUS (público e privado) que envolvem situações políticas, causando uma incapacitação dos responsáveis pela gestão geral e até mesmo local do serviço. (NETO; MACHADO, 2018).

Concomitante a isso, há a falta de investimentos nos âmbitos que a conjuntura abrange, o pouco amparo pelas três esferas do governo na efetivação e otimização do sistema, a errônea visão de profissionais que atuam no SUS como seres incansáveis, comprometendo a saúde do usuário do serviço e o próprio profissional, humanização e qualidade das práticas de saúde que são importantes para sustentabilidade e legitimidade do SUS, entre outros (MATTOS, 2009).

Portanto, todas essas obstáculos e contradições entre os princípios do SUS e a realidade vivida no país, inviabiliza a continuidade do desenvolvimento do Sistema Único de Saúde e a efetivação integral de suas premissas. Além de ocorrer seu sucateamento, recaindo diretamente no futuro da saúde brasileira dos indivíduos que dependem desse acesso promovido pelo SUS.

Tendo em vista o desmonte e conseqüentemente sucateamento do SUS, devido ao risco de privatizações e à ameaça DE SEUS pilares, esse estudo objetiva construir

narrativas, sob perspectivas multiprofissionais, acerca dos processos e do futuro de fazer saúde no atual cenário do SUS.

2 | MÉTODO

O presente estudo caracteriza-se como revisão narrativa da literatura. Boaventura (2004), refere a revisão de literatura como tarefa indispensável para responder questionamentos acerca do que já existe sobre determinado tema. Já Rother (2007) descreve a revisão narrativa como análise crítica pela perspectiva do pesquisador, a qual descreve e discute o assunto proposto.

Para seu desenvolvimento, Gil (2008) elenca nove etapas: 1) escolha do tema; 2) levantamento bibliográfico preliminar; 3) formulação do problema; 4) elaboração do plano provisório de assunto; 5) busca das fontes; 6) leitura do material; 7) fichamento; 8) organização lógica do assunto; e, por fim, 9) redação do texto. Logo, considerou-se essa a melhor abordagem para desenvolver este trabalho, haja vista que o mesmo propõe discutir a questão do fazer saúde no atual contexto do SUS sem, contudo, esgotar a completude de publicações relacionadas.

As bases de dados utilizadas foram: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Empregaram-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) “sistema único de saúde”, “profissionais da saúde”, “investimento em saúde” e “saúde pública”.

Adotou-se como critério de inclusão artigos publicados em língua portuguesa no período de 2009 a 2019. Excluíram-se estudos de revisão, artigos indisponíveis em *open access* ou cujo conteúdo não fosse pertinente ao objetivo do estudo. A busca inicial totalizou 28 artigos, contudo, ao atentar-se aos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos, a amostra final constituiu-se de 16 artigos.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A compilação dos dados obtidos pelo levantamento bibliográfico está representada através de um quadro descritivo (Quadro 1). Após sistematização, foram eleitas categorias de discussão, de modo a aprofundar o debate dos temas.

| TÍTULO | OBJETIVO E DESTAQUES | MÉTODO |
|---|--|---|
| SUS: breve conjuntura jurídica, social e contemporânea do maior sistema de saúde pública do mundo. | Ilustrar breves considerações sobre a conjuntura jurídica, social e contemporânea do SUS | Descritiva, com abordagem qualitativa, e método dedutivo |
| A educação interprofissional e a prática compartilhada em programas de residência multiprofissional em saúde | Analisar os princípios, concepções e práticas da educação interprofissional, com ênfase na prática compartilhada em Programas de Residência Multiprofissional em Saúde nas Instituições de Ensino Superior do estado de São Paulo, Brasil. | Pesquisa quanti-qualitativa de caráter exploratório descritivo |
| Atenção primária à saúde – a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do sistema único de saúde | Avaliar o serviço realizado pelo PSF, a partir das representações sociais dos entrevistados sobre as dimensões exclusivas da APS - atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. | Estudo transversal, descritivo, com abordagem quanti-qualitativa, conhecida como triangulação de métodos. |
| De quem é o sus? Sobre as representações sociais dos usuários do programa saúde da família. | Analisar as representações sociais do sus e do PSF pelos usuários efetivos deste sistema sanitário e perspectivas de sucateamento. | Pesquisa qualitativa e referencial teórico metodológico instrumental, com triangulação de métodos |
| Desafios da reforma sanitária na atual conjuntura histórica. | Apresentar e discutir os desafios estratégicos, teóricos, políticos e programáticos | Artigo de opinião |
| Sistema único de saúde: redução das funções públicas e ampliação ao mercado | Problematizar as tensões na relação entre público e privado do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. | Revisão bibliográfica e documental |
| Educação permanente em saúde a partir de profissionais de uma residência multidisciplinar: estudo de caso | Identificar a percepção dos profissionais integrantes de uma residência multiprofissional sobre a educação permanente em saúde. | Estudo de caso com abordagem qualitativa, triangulação de dados, análise documental, observação e entrevista. |
| Gestão de ensino na saúde: relevância na Formação do gestor no contexto da saúde Brasileira. | Discutir práticas pedagógicas e metodologias de ensino em saúde. Propõe a reestruturação da matriz curricular para capacitar profissionais de acordo com exigências e dificuldades. | Revisão analítica – exploratória com abordagem qualitativa. |
| Intersetorialidade – um desafio de gestão em saúde pública. | Avaliar a aplicação da intersetorialidade em saúde na cidade de Balneário Camboriú. | Pesquisa qualitativa com triangulação de métodos, análise documental e revisão bibliográfica. |
| Participação social na estratégia de saúde da família: análise da percepção de conselheiros de saúde. | Analisar as percepções de conselheiros de saúde com relação à participação na estratégia de saúde da família. | Pesquisa qualitativa, com realização de entrevistas. |
| A residência multiprofissional como política de formação e atuação: o que representa essa dualidade? | Analisar a estruturação e desenvolvimento da residência integrada multiprofissional em saúde, do hospital universitário da universidade federal de santa catarina, nos anos 2017-2019. | Pesquisa documental e descritiva, de natureza qualitativa, pautada no relato de experiência. |

| | | |
|--|--|---|
| Custos no Sistema Único de Saúde: uma análise sobre o ressarcimento nos gastos provenientes da saúde suplementar no Brasil | Analisar o ressarcimento dos procedimentos realizados pelos usuários de planos de saúde ao SUS a fim de verificar, do ponto de vista da gestão, como vem sendo a aplicação de recursos no setor saúde. | Estudo descritivo retrospectivo, com enfoque qualitativo. |
| O SUS e a política nacional de promoção da saúde: Perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise | Analisar avanços e desafios da implementação da política nacional de promoção da saúde e aponta aspectos críticos para sua sustentabilidade em tempos de crises. | Revisão narrativa, abrangendo estudos publicados e documentação institucional. |
| A emergência do SUS e as necessidades de reconfigurações no mundo do trabalho em saúde. | Debate sobre a implementação de mudanças do cuidado em saúde e dificuldades de organização do trabalho frente as dificuldades de gestão do SUS | Análise documental com enfoque qualitativo. |
| A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família | Investigar a interdisciplinaridade no trabalho de residentes em saúde da família. Aponta as dificuldades de organização do trabalho multidisciplinar frente da dinâmica política institucional. | Pesquisa qualitativo fundamentado no referencial teórico. Dados coletados através de entrevistas. |
| Estratégia Saúde da Família na coordenação do cuidado em região de saúde na Bahia. | O argumenta sobre as atribuições do médico generalista na atenção primária e sua possível ampliação. Destaca os percalços desse processo. | Estudo de caso, com abordagem qualitativa |

Quadro 1 – Quadro descritivo de características dos artigos

Fonte: Elaborado pelos autores (2020)

3.1 Sucateamento do sistema único de saúde: consequência ou plano?

O primeiro sistema que propôs a saúde pública no Brasil, foi o Sistema Único de Saúde (SUS). Antes da existência deste sistema, os serviços de saúde eram organizados pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), o qual propunha assistência médica somente aos contribuintes da previdência. Sendo assim, os demais segmentos da sociedade que não faziam parte deste público, não possuíam direitos a saúde pública (SANTOS *et al.*, 2016).

Criado e idealizado após um grande período de crise econômica, o chamado “milagre brasileiro”, um momento de abrupto crescimento econômico, no qual havia disponibilização de baixa remuneração aos operários e a supervalorização de trabalhadores especializados. Neste mesmo tempo o Estado, possuindo caráter centralizador, aliou-se a perspectiva curativa dando ênfase ao modelo biomédico e hospitalocêntrico (LUZ, 1991).

Neste contexto, as ações estatais voltadas a saúde dividiam-se em dois eixos: a saúde pública, voltada a prevenção, e assistência médica, com caráter curativo e realizada a partir de relações do trabalhador com a previdência social. Vale ressaltar que este segundo eixo cresce a medida que a vertente focada no atendimento individual, farmacêutico e tecnológico se fortalece, reduzindo o fazer saúde ao ambiente hospitalar (TEIXEIRA, 2012).

Assim, a partir da comoção da sociedade civil impulsionada pela Declaração da Alma-Ata, nas quais se pactuava o cuidado em saúde descentralizado e universal, ou seja, que pudesse abarcar as necessidades populacionais para além das barreiras arquitetônicas de hospitais e, ainda, atender de forma integral todos os brasileiros, criou-se a proposta de implementação do SUS (TEIXEIRA, 2012).

Para a organização de um sistema de saúde deste porte, que prevê a saúde como um direito de todos, é necessário a construção de um planejamento que abarque as esferas política, financeira e estrutural. No entanto, devido o período que o país enfrentava, o SUS acabou recebendo um subfinanciamento, o que colaborou com a iniciação de um sistema de baixa qualidade voltada a assistir pessoas com menor poder aquisitivo (REIS-OCKÉ, 2017).

Por esse motivo, o SUS torna-se um subsistema que pode ser controlado pela iniciativa privada, uma vez que a supervalorização hospitalar perpetua-se na sociedade. Isto pode ser evidenciado a exemplo da legislação, que realiza o desmembramento do sistema de saúde em níveis: baixa, média e alta complexidade, onde ao denominar, erroneamente, a atenção primária como baixa complexidade, favorece o modelo hospitalocêntrico (SILVA; SOUZA, 2019).

Nesse sentido, a atenção primária caracteriza-se como uma filosofia que abarca os setores sociais e de saúde, e objetiva a busca por intersectorialidade como maneira para alcançar o aumento da resolutividade. Ressalta-se que o acesso aos serviços de saúde difere-se da assistência a saúde, visto que é impossível assistir a complexidade da saúde dos sujeitos apenas com a prestação de serviços. Sendo assim, a possibilidade de resultados positivos na saúde depende de outras funções do sistema e os demais processos sociais (PASINI; GUARESCHI, 2010).

Santos e Giovanella (2016) afirmam que, na atenção primária, ocorrem problemas de cunho organizacional, como a disposição de vagas para consultas e exames, falta de familiarização dos profissionais para utilização de sistemas de indicadores de saúde, como o Sistema Nacional do Câncer (SISCAN), e também dos que encaminham para outros níveis da rede. Por vezes, algumas capacitações, necessárias para a manipulação destes, são disponibilizadas exclusivamente para uma categoria, em detrimento de outros profissionais do serviço.

O SUS apresenta diversos desafios a curto, médio e longo prazo, principalmente por necessitar de melhor distribuição de recursos e otimização do dinheiro público. O maior montante de investimentos, recursos humanos e financeiros, tem sido direcionado para o tratamento de enfermidades (internações e procedimentos cirúrgicos). E, às ações da atenção primária (vacinas e consultas), as quais previnem a ocorrência de doenças e promovem saúde, destinam-se investimentos ínfimos (GOMES *et al*, 2011; SANTOS; GIOVANELLA, 2016)

Segundo Silva *et al.* (2013), a saúde pública no país vem sofrendo uma série de ataques, objetivando o desmonte do sistema único de saúde. Nesse sentido, o governos cria problemas e, em seguida, sugere alternativas de resoluções que o convém, a exemplo da criação de empresas de prestação de serviços hospitalares.

A finalidade das empresas brasileiras de serviços hospitalares (EBSERH) é reestruturar hospitais universitários federais e, assim, solucionar os problemas de recursos humanos. As universidades federais podem aderir esta proposta mediante a um pedido, formalizado em ofício, direcionado ao presidente da empresa. Esta adesão pode representar risco aos estudantes, trabalhadores e, principalmente, usuários do serviço, uma vez que a autonomia universitária e a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão são comprometidos (SILVA *et al.*, 2013).

Por fim, ilustra-se o percurso da saúde pública a partir do período de redemocratização nacional, é importante destacar processos que colaboraram para o advento da saúde brasileira e, também, sua decadência.

Após a vitória eleitoral do governo, no ano de 2002, desvelaram-se grandes conquistas do SUS, como: a convocação regular de conferências nacionais de saúde, aprovação da política nacional de atenção básica e do pacto pela saúde. No entanto, também mostrou diversas fragilidades no sistema, como: a visão de seguridade social desvinculada da previdência e assistência social, a não aprovação do plano único de cargos, carreiras e salários (PCCS), além dos diversos episódios de silenciamento do Ministério da Saúde frente a quantidade significativa de serviços entregues as organizações sociais (BRAVO, 2013).

No ano de 2016, com a assunção de um novo governo, foram promulgadas algumas medidas que podem evidenciar a proposta de desmonte do SUS, as quais cabe citar: o congelamento dos investimentos em saúde (PEC 95), revisão das diretrizes que embasam a atenção primária que vão no sentido contrário a proposta integradora, redução do programa farmácia popular e redução dos blocos de financiamento do SUS (MARTINS, 2018).

No ano de 2018, com a eleição do atual presidente que, segundo Martins (2018), inicia uma nova aliança com a classe burguesa e centrada no empresariado neopentecostal, houve mais um processo de desmonte. Quando o então ministro da saúde, Luiz Henrique Mandetta, propôs uma política de saúde com ênfase na fé e no amor a pátria, revelando sua trajetória no setor filantrópico e privado.

Ressalta-que, antes mesmo do atual governo assumir, o SUS sofreu como perdas a retirada do programa “mais médicos”, que disponibilizava os médicos cubanos para atender as necessidades da população brasileira, após as declarações “ameaçadoras” e “depreciativas” do atual presidente para com o governo cubano (MATOSO, 2018).

Desta feita, ao longo dos seus anos de fundação o SUS vivenciou momentos de valorização e desvalorização. No primeiro, o sistema ganhou sustentabilidade institucional,

controle social e materialidade o que apresentou impactos positivos na saúde da população brasileira, sobretudo para os indivíduos de renda per capita inferior a R\$ 420,00 mensalmente (SOBRINHO-SILVA; ZILLY, 2014).

Na perspectiva da desvalorização, temos as ações políticas regressivas e obrigações legais não cumpridas. Uma vez que, nenhum dos governos que assumiram o poder após a institucionalização do SUS adotaram a implementação e efetivação do sistema como projeto prioritário. Assim, é necessário que o projeto brasileiro de reforma sanitária crie alternativas democráticas, a fim de dar segmento a implementação dos fundamentos do SUS. Visto que, os opositores do sistema existem e sobrevivem, assim como sobreviveram aos processos de redemocratização nacional (SOBRINHO-SILVA; ZILLY, 2014).

3.2 Profissionais da saúde pública: desafios na assistência

A prática profissional dos colaboradores do Sistema Único de Saúde é permeada por conceitos que regem a atuação desses e que regulamentam os processos de fazer saúde. Esses preceitos são, essencialmente, a multidisciplinaridade e interdisciplinaridade, fatores que, dada a natureza complexa do ser humano que exige uma atenção multidimensional, contribuem para a universalidade, integralidade e equidade pregada pelo sistema.

No entanto, apesar de previsto em lei a interdisciplinaridade ainda tem diversos empecilhos para sua implementação satisfatória, assim como confirmado pelo estudo de Scherer, Pires e Jean (2013). Eles colocam que o estabelecimento desse princípio é dificultado pela imperícia dos profissionais em mover-se entre os limites imprecisos do que se é estabelecido para o desenvolvimento de suas ações de saúde. Ainda segundo os autores, esse retraimento é ainda mais visto na Estratégia Saúde da Família (ESF), onde, no enfrentamento e gerenciamento de inúmeras interfaces de cuidado, fazem com que a terapêutica conjunta gere desconforto e insegurança.

Postula-se que a apresentação dessas situações esta vinculada ao precário obediência da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), muitas vezes por falta de planejamento e/ou desinteresse de gestão. Ela caracteriza-se por contribuir com o aprendizado dos profissionais, buscando seu melhor desempenho aliando ensino, serviço e comunidade. Essa política, se em associação com a educação interprofissional (EIP), permite a concretização de trocas e a obtenção de maiores conhecimento entre disciplinas que compõem a equipe multiprofissional (BRASIL, 2009).

Isso pode ser provado pela pesquisa de Casanova, Batista e Moreno (2018), realizada para desvelar a opinião dos residentes de um programa multiprofissional acerca do EIP. A partir de suas respostas, observou-se que, quando trabalham em colaboração, a atenção ao paciente torna-se mais facilitada, bem como possibilita-se uma análise mais aprofundada e multifacetada das condições de saúde e demandas.

Além disso, apesar de suas dificuldades estruturais e falta de financiamento, o SUS ainda é uma plataforma anti-hegemônica que trata da desconstrução de um processo

de trabalho vertical, atentando para uma prática horizontalizada dos profissionais. Como reforçado por Silva *et al.* (2014) que afirma que o desempenho terapêutico interprofissional, como instaurado nas residências, possibilita discussões de caso, construção do plano terapêutico singular e maior entendimento de para onde e para quem irá ser feito o encaminhamento.

Por fim, acredita-se que o desenvolvimento do trabalho de equipe objetiva o maior interesse e proximidade entre as disciplinas, promovendo uma articulação mais eficiente entre os constituintes (AGUILAR DA SILVA; SCARPIN; BATISTA, 2011).

3.3 Política da saúde pública e da saúde privada no Brasil: por qual caminho percorrer?

O Sistema Único de Saúde é o sistema de saúde nacional, de característica estatal que foi forjado a partir dos levantamentos e apontamentos apresentados pela Reforma Sanitária, sendo institucionalizado pela Constituição Federal de 1988. Apresenta como principais preceitos ser universal e gratuito, sendo igualitário para toda a população. Ele é formado por uma extensa malha assistencial que busca cobrir unanimemente as demandas e cuidados em saúde, tendo como representantes estruturais as Unidades Básicas de Saúde (UBS's), Centros Especializados em Reabilitação (CER), hospitais, entre outros.

Apesar de uma estrutura que trás base para um funcionamento coerente e eficaz, o SUS passa há tempos por um processo de desmonte e desconstitucionalização, que perpassa por corte de verbas e precarização dos pilares de atendimento. A promulgação de emendas constitucionais, medidas parlamentares irresponsáveis e cultuação a políticas neoliberais são centros impulsionadores para o aceleramento deste ocorrido (KRÜGER, 2019).

Como explicado por Silva e Souza (2019), esta conjuntura de apoio ao neoliberalismo constrói-se a partir da premissa que o Estado é ineficiente e ineficaz, abrindo-se espaço para a consolidação dessa doutrina socioeconômica como agente suplementar do Sistema Único de Saúde. Essa ação faz com que poder público deixe de ser o agente econômico principal passando a ter financiadores particulares para manter instituição da saúde, permitindo a ocorrência de privatizações.

Seguindo está lógica, as empresas de caráter privado abrem espaço para a aquisição de um serviço com grande preparo técnico e tecnológico. No entanto, colaboram com o encerramento da contratação de profissionais publicamente, por meio dos concursos públicos, e a disponibilização de assistência a saúde, sobretudo para os mais pobres. Este fator pode provocar dificuldades na vigilância das condições de trabalho para recursos humanos e, ainda, na disposição dos recursos para a atenção primária de saúde (MARTINS *et al.*, 2011).

Ainda, a abertura destes serviços para a iniciativa privada contribui para que as vertentes de ensino, pesquisa e extensão, que se constituem como tripé das universidades

públicas, se tornem bem menos disseminadas e autorizadas. Visto que, existem maiores empecilhos burocráticos para o acesso dos corpos discente e docente, dificultando a execução de práticas de educação permanente e de pesquisa (JESUS; ASSIS, 2010; RESTINI *et al.*, 2014).

Outrossim, como os serviços de saúde privados aliam-se a uma perspectiva de lucratividade, há maiores chances de que a visão do profissional de saúde como máquina de produção seja implementada e difundida. Este cenário pode ocasionar a diminuição na qualidade e no tempo de atendimento dos usuários do serviço, fazendo com que, ao longo do tempo, os serviços de saúde se tornem grandes produtores de lucro e diminuidores do processo de fazer e efetivar a saúde no Brasil (REIS-OCKÉ, 2017; RESTINI *et al.*, 2014).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante disso, é importante refletir sobre quem teria interesse com a precarização dos serviços públicos? De que modo isso reverbera na vida da sociedade em geral? É justo modificar o sistema de saúde ao ponto que apenas quem tem recursos financeiros consiga o acesso à saúde? Retomar esta lógica claramente seria retroceder, visto que, guardadas as devidas proporções, assim se estruturava o INAMPS, instinto em 1993.

É preciso introyetar que o direito à vida, à saúde, à condições básicas de sobrevivência em geral não cabe apenas a uma classe social. Quem sustenta os cofres públicos? Não são apenas os detentores de grandes riquezas. O Estado é sustentado a partir dos tributos oriundos das movimentações realizadas por qualquer cidadão. Não são exclusividade de apenas uma parcela social. Se os deveres não são exclusivos, por que os direitos o seriam?

A saúde privada preocupa-se em equilibrar os gastos e lucros, de modo que a empresa possa ser rentável. A saúde torna-se uma mercadoria. Quanto menos se gastar e mais se tiver lucro, melhor. É a lógica capitalista. Já para a saúde pública, o foco é salvar vidas, oferecer, do modo mais otimizado possível, o cuidado necessário.

Atualmente, o Brasil vivencia uma crise na saúde, ocasionada a nível mundial em decorrência do novo coronavírus. Diante de uma pandemia, seria fundamental ter coerência e serenidade para decisões referentes aos rumos do país. Entretanto, concomitantemente a isso, há uma crise política, diante da qual a população encontra-se muito mais vulnerável, visto que o cenário atual se apresenta com diversas trocas no cargo de ministro da saúde, resultando em desorganização na gestão e agravando as fragilidades no sistema, já que cada mudança é acompanhada de um raciocínio diferente em relação às ações e direcionamentos para o país.

Portanto, movimentar-se em prol do fortalecimento do SUS é algo fundamental para que a população brasileira consiga garantir o acesso amplo e gratuito de todos a um cuidado integral, de qualidade. Não restam dúvidas de que ainda há muito a melhorar. Mas não é através da precarização do trabalho, da falta de investimentos ou do desmonte

de programas que conseguiremos avançar nos pontos que se encontram fragilizados. O retrocesso tem avançado em múltiplas direções. Logo, o ato de implicar-se nesse cenário e ajudar no reerguimento do SUS é um dever de todos e é urgente.

REFERÊNCIAS

- AGUILAR-DA-SILVA, R. H.; SCAPIN, L. T.; BATISTA, N. A. Avaliação da Formação Interprofissional no Ensino Superior em Saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. **Avaliação**, v. 16, n. 1, p. 167-184, 2011.
- ALMEIDA, N.D. A saúde no Brasil, impasses e desafios enfrentados pelo sistema único de saúde- SUS. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 5, n. 1, p. 01-09, 2013.
- BOAVENTURA, E. M. **Metodologia da pesquisa**: monografia, dissertação e tese. São Paulo: Atlas, 2004. 160p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p.
- BRAVO, M.I.S. **Saúde e Serviço Social no capitalismo: fundamentos sócio-históricos**. São Paulo: Cortez, 2013.
- CASANOVA, I. A.; BATISTA, N. A.; MORENO, L. A. A Educação Interprofissional e a Prática Compartilhada em Programas de Residência Multiprofissional em Saúde. **Interface comunicação, saúde e educação**, v. 22, n. 1, p. 1325-1337, 2018.
- CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos avançados**, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013.
- DUARTE, E.B.L.E.; LAETICIA, J.; GARCIA, L.P. **30 anos do Sistema Único de Saúde**. 2018.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas; 2008.
- GODOY, A.M. *et al.* Desmonte e sucateamento do SUS e desumanização dos espaços de saúde: um relato de experiência. **RESU–Revista Educação em Saúde**, v.7, p. 155-159, 2019.
- GOMES, Karine de Oliveira *et al.* Atenção Primária à Saúde - a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, supl. 1, p. 881-892, 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700020&lng=en&nrm=iso>. access on 31 May 2020.
- KRÜGER, T. R. Sistema Único de Saúde: redução das funções públicas e ampliação ao mercado. **e-cadernos CES**, v. 31, p. 195-211, 2019.
- LUZ, M.T. Notas sobre as políticas de saúde no brasil da “transição democrática” – anos 80. **PHYSIS**, v. 1, n. 1, p. 77-96, 1991.
- MACHADO, M.H.; XIMENES NETO, F.R.G. Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1971-1979, 2018.

MATTOS, R.A. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v.13, p. 771-780, 2009.

MARTINS, C.E. "9 notas sobre a conjuntura pós-eleitoral brasileira. **Boi tempo**, 2018. Acesso em: 27 de maio de 2020. Disponível em: <https://blogdaboitempo.com.br/2018/10/30/9-notas-sobre-a-conjuntura-pos-eleitoral-brasileira/>

MARTINS, P.C. *et al.* De quem é o SUS? Sobre as representações sociais dos usuários do programa saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1933-1942, 2011.

MATOSO, F. "**Saída de cuba dos mais médicos afeta 28 milhões de pessoas, diz confederação os municípios**". G1. 2018. Acesso em: 20 de maio de 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2018/11/15/saida-de-cuba-do-mais-medicos-afeta-28-milhoes-de-pessoas-diz-confederacao-dos-municipios.ghtml>

MENICUCCI, T.M.G. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. **Cadernos de saúde pública**, v. 25, n. 7, p. 1620-1625, 2009.

PEDUZZI, M. O SUS é interprofissional. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, p. 199-201, 2016.

REIS-OCKÉ, C.O. Desafios da reforma sanitária na atual conjuntura histórica. **Saúde Debate**, v. 41, n. 113, p. 365-371, 2017.

RESTINI, C.B.A. *et al.* Gestão de ensino na saúde: relevância na formação do gestor no contexto da saúde brasileira. **Revista de Teorias e Práticas educacionais**, v. 5, n. 1, p. 5-11, 2014.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática x revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S.l.], v. 20, n. 2, p. 5-6, 2007.

SANTOS, A.M.; GIOVANELLA, L. Estratégia Saúde da Família na coordenação do cuidado em região de saúde na Bahia. **Saúde Debate**, v. 40, n. 108, p. 48-63, 2016.

SANTOS, S.C. *et al.* O Assistente social e a saúde no Brasil: a importância do trabalho em rede. **Revista Maiêutica**, v. 3, n. 1, p. 83-94, 2016.

SILVA, D.L.; SOUZA, L.T. Os desafios da política pública de saúde com o avanço do projeto privatista. **IX Jornada Internacional de Políticas Públicas**, p. 1-11, 2019.

SILVA, E.S. *et al.* Novos modelos de gestão da saúde pública no Brasil: a empresa brasileira de serviços hospitalares em debate. **VI Jornada Internacional de Políticas Públicas**. 2013.

SILVA, C. T. *et al.* Educação permanente em saúde a partir de profissionais de uma residência multidisciplinar: estudo de caso. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 35, n. 3, p. 49-54, 2014.

SOBRINHO-SILVA, R.A.; ZILLY, A. Apontamentos e pensamentos frente ao sistema único de saúde. **Revista do Centro de Educação e Letras**, n.16, v.1, p.45-61,2014.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D. E. P.; JEAN, R. A construção da Interdisciplinaridade no Trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 11, p. 3203-3212, 2013.

TEIXEIRA, M.J.O. **A fundação estatal de direito privado na saúde: um modelo de gestão democrático?**. In: BRAVO, M.I.S.; MENEZES, J.S.B. Saúde, Serviço Social e conselhos. São Paulo: Cortez, 2012.

SOBRE A ORGANIZADORA

ISABELLE CERQUEIRA SOUSA - Possui graduação em Terapia Ocupacional pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR) Ceará, com Especializações em: Psicopedagogia na Universidade Federal do Ceará (UFC), Desenvolvimento Neuropsicomotor no Instituto Brasileiro de Reeducação Motora (IBRM) no Rio de Janeiro, Pós-graduação Lato sensu em NeuroAprendizagem no Centro Universitário (UNICHRISTUS). Obteve seu Mestrado em Educação Especial na Universidade Estadual do Ceará (UECE). É Doutoranda em Saúde Coletiva na Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Como Terapeuta Ocupacional trabalhou durante 12 anos na área do desenvolvimento de crianças e jovens com déficit intelectual na Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais APAE de Fortaleza, e atuou também com atendimentos clínicos e Terapia Ocupacional domiciliar. Como docente ministrou disciplinas na área da Educação Especial/inclusiva em Cursos de Especialização na Universidade Vale do Acaraú (UVA Ceará), foi também professora convidada na Universidade Estadual do Ceará e na Universidade de Fortaleza. No Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS) trabalhou com gestão educacional como Supervisora Acadêmica e Operacional durante 12 anos nos cursos da saúde. No referido Centro Universitário atuou também como: parecerista do Comitê e Ética e Pesquisa (CEP), e foi membro da Comissão Própria de Avaliação institucional (CPA). É orientadora de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) nas áreas da educação e saúde no Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS) e Consultora na coordenadora da Pós-graduação em Psicopedagogia Clínica e Escolar do Centro Universitário 7 de Setembro (UNI 7) em Fortaleza-CE. Atualmente por ocasião do Doutorado em Saúde Coletiva (UNIFOR) participa do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde nos Espaços Educacionais (NEPSEE), cadastrado na Plataforma de Pesquisa do CNPq. É Revisora ad hoc da Revista Brasileira em Promoção da Saúde (RBPS) da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). É avaliadora de periódicos no segmento de educação e saúde, membro do Conselho Técnico Científico e revisora de E-books da Editora Atena. Currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/9927536298829197>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5131-3395>. E-mail: isabellecerq@yahoo.com.br.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acidentes de Trabalho 18, 19, 20, 21, 22, 28, 29, 30, 31, 46

Adoecimento 1, 2, 3, 4, 9, 11, 12, 45, 46, 47, 48, 76, 77

Atenção à Saúde 12, 13, 40, 135

Atenção Primária 45, 48, 58, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 67, 68, 122, 136, 138, 140, 141, 143, 145

Atenção Terciária 58, 61, 62, 63, 64, 65, 66

C

Condições de Trabalho 12, 15, 17, 20, 47, 48, 67, 75, 79, 84, 85, 86, 88, 89, 90, 91, 94, 96, 143

Contenção de Riscos Biológicos 18

COVID-19 115, 117

D

Desgaste Mental 1, 3

E

Enfermagem 1, 6, 7, 15, 17, 18, 22, 29, 42, 48, 49, 58, 71, 73, 77, 78, 83, 94, 95, 96, 98, 112, 134, 136, 146

Enfermagem Psiquiátrica 42, 45, 48

Epidemiologia 21, 30, 83, 124, 132, 133

Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) 18, 20, 27, 29, 101, 103, 105, 106, 107, 116, 122

Equipe de Assistência ao Paciente 135

Esgotamento Profissional 9, 12, 71, 73, 78, 79, 80, 86, 88, 94, 96

Exposição Ocupacional 18, 19, 23

F

Fatores Psicossociais 84, 86, 91, 94, 96

G

Gestão em Saúde 41, 42, 138

I

Inconsistências 51, 53, 54, 56

Inquéritos 33

M

Máscaras Faciais 115, 122

Medicamentos 3, 7, 8, 9, 11, 18, 20, 26, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 65, 103, 106, 108

Médicos 3, 7, 8, 9, 10, 13, 22, 26, 32, 33, 34, 38, 39, 40, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 74, 76, 77, 98, 107, 117, 121, 141, 146

P

Pandemia 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 112, 115, 116, 117, 118, 119, 121, 122, 123, 128, 129, 135, 144

Perfil de Saúde 124

Plantão Noturno 15, 17

Prescrições 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57

Q

Qualidade de Vida 4, 13, 45, 70, 71, 72, 74, 75, 76, 77, 82, 83, 84, 85, 86, 89, 90, 91, 93, 94, 96, 97, 98, 109, 110, 135, 136

Questionários 33, 38, 39

S

Sars-Cov-2 99, 100, 105, 108, 110, 126

Saúde 2, 1, 2, 7, 11, 13, 14, 17, 18, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 49, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 67, 68, 69, 70, 73, 77, 78, 80, 83, 84, 86, 87, 88, 94, 95, 97, 100, 105, 111, 112, 113, 115, 117, 118, 121, 122, 124, 125, 126, 127, 130, 132, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 141, 142, 143, 145, 146, 147, 148

Saúde Coletiva 1, 13, 30, 41, 49, 68, 94, 132, 145, 146, 147, 148

Saúde dos Trabalhadores 11, 99, 115, 116, 117, 122

Saúde Mental 1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 67, 71, 74, 76, 84, 86, 87, 97, 102, 106, 110

Saúde Ocupacional 2, 68

Saúde Pública 1, 3, 6, 9, 20, 29, 35, 36, 38, 41, 68, 79, 95, 109, 112, 121, 124, 126, 131, 135, 137, 138, 139, 141, 142, 143, 144, 145, 146

Saúde Suplementar 32, 33, 34, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 139

Síndrome de Burnout 9, 13, 58, 59, 60, 61, 62, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 78, 79, 80, 83, 84, 86, 87, 88, 90, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98

Sistema Único de Saúde (SUS) 13, 34, 38, 39, 40, 41, 43, 60, 68, 105, 124, 125, 126, 130, 131, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146

T

Trabalhadores da Saúde 18, 20, 28, 103, 104, 106, 110, 115, 122

Turno Noturno 15, 16, 17

U

Unidade de Tratamento Intensivo 70, 71, 75

V

Vida Laboral 95, 99

Vigilância em Saúde 1, 2, 29, 126, 132

Ciências da Saúde no Brasil: Impasses e Desafios

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 



Ciências da Saúde no Brasil: Impasses e Desafios

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 

