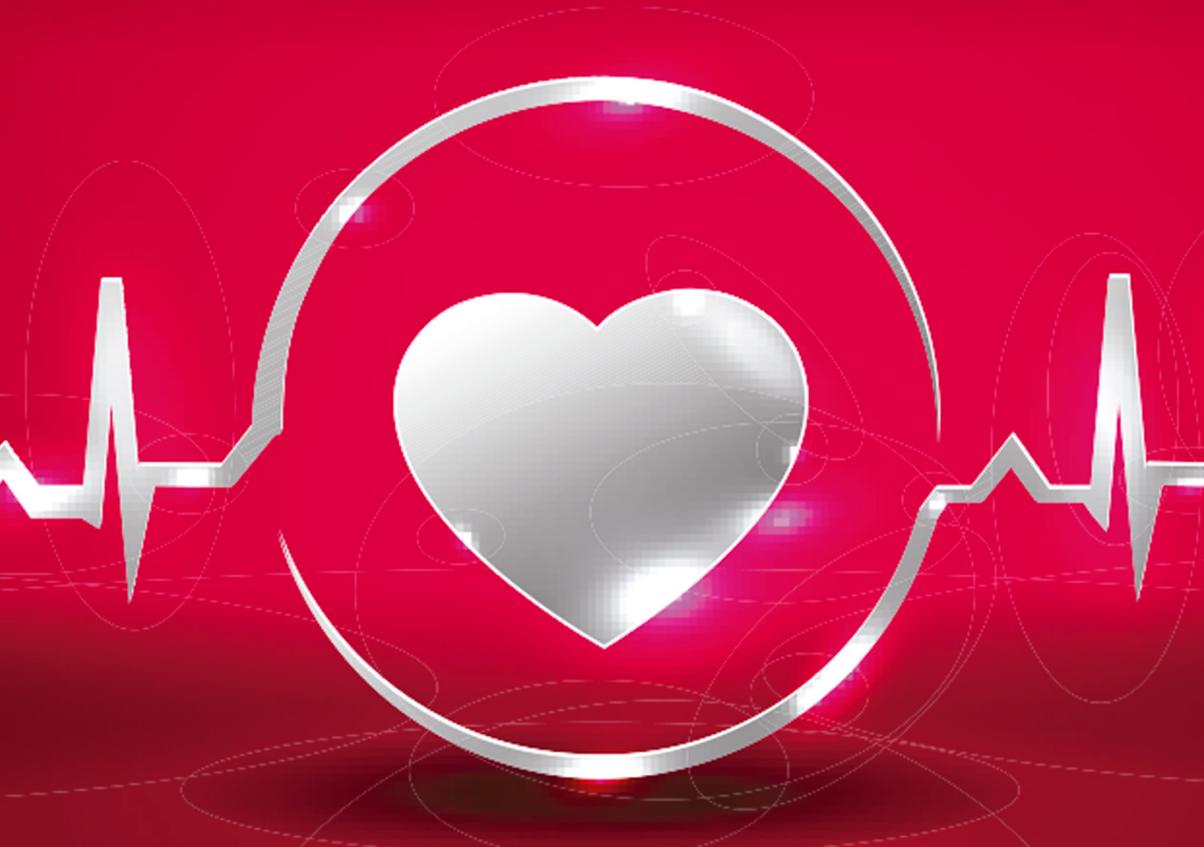


Condições Teórico-Práticas das Ciências da Saúde no Brasil 2

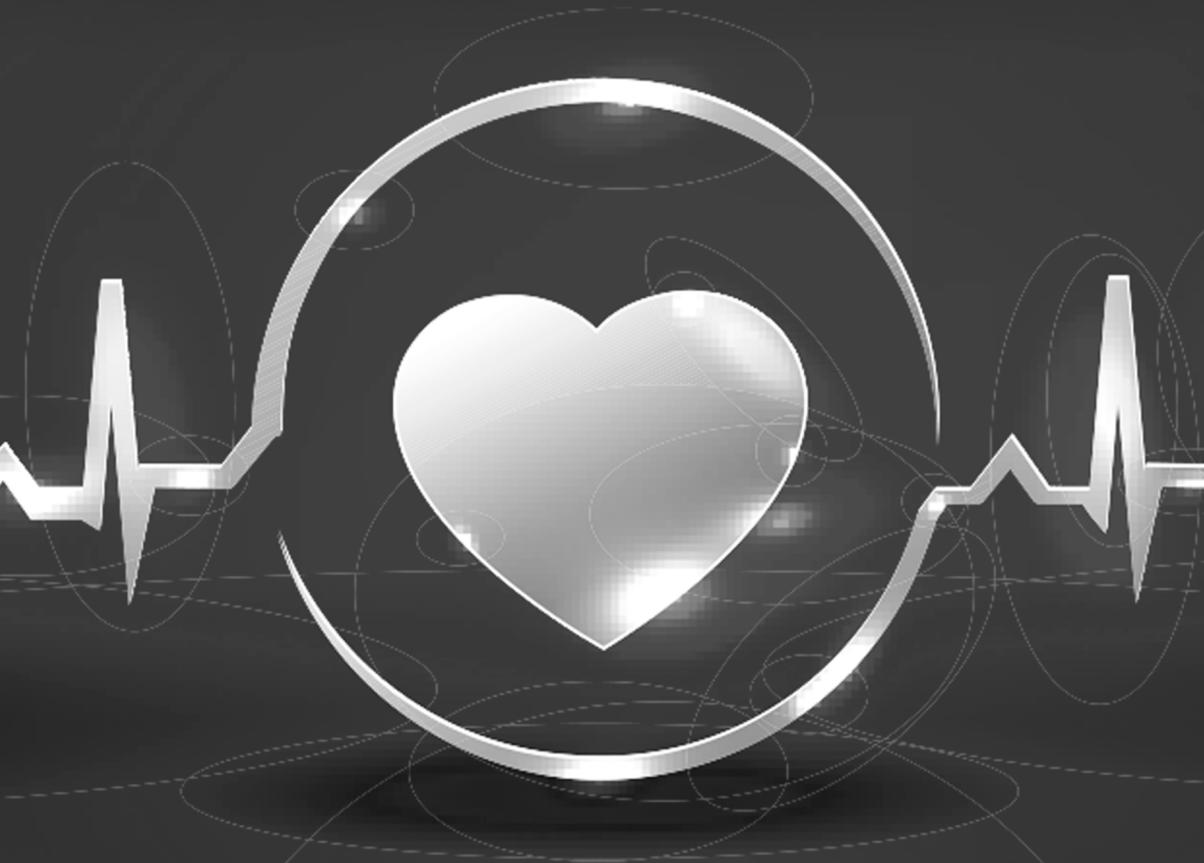


Luis Henrique Almeida Castro
(Organizador)

 **Atena**
Editora

Ano 2020

Condições Teórico-Práticas das Ciências da Saúde no Brasil 2



Luis Henrique Almeida Castro
(Organizador)

**Atena**
Editora
Ano 2020

Editora Chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Assistentes Editoriais

Natalia Oliveira

Bruno Oliveira

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto Gráfico e Diagramação

Natália Sandrini de Azevedo

Camila Alves de Cremo

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.

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

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

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 Internazionele 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. 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 Dr. 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. Dr. Adailson 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 Cagliariari – 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. 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 Alborno – 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

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Bibliotecária: Janaina Ramos
Diagramação: Luiza Alves Batista
Correção: Flávia Roberta Barão
Edição de Arte: Luiza Alves Batista
Revisão: Os Autores
Organizador: Luis Henrique Almeida Castro

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C745 Condições teórico-práticas das ciências da saúde no Brasil 2
/ Organizador Luis Henrique Almeida Castro. – Ponta
Grossa - PR: Atena, 2020.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5706-638-6

DOI 10.22533/at.ed.386203011

1. Saúde. 2. Ciências. I. Castro, Luis Henrique Almeida
(Organizador). II. Título.

CDD 613

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos.

APRESENTAÇÃO

A Atena Editora traz ao leitor na obra “Condições Teórico-Práticas das Ciências da Saúde no Brasil” 69 estudos científicos que investigaram, com uma abordagem plural, o panorama nacional acerca dos desafios que a ciência e a academia científica enfrentam ante a saúde pública.

Os textos foram compilados em três volumes, cada qual com seu eixo temático, respectivamente: “População Brasileira & Saúde Pública”, que traz ao leitor estudos que investigaram algumas das principais patologias que compõe o quadro epidemiológico no Brasil atual; “Atuação Profissional em Saúde” que, por sua vez, é composto por artigos que revisam o papel do profissional de saúde seja em sua formação acadêmica, seja em sua atuação clínica; e, “Cuidado Integrado e Terapêutico”, volume que apresenta, discute e/ou propõe opções de terapia em saúde coletiva e individual com foco nos aspectos biopsicossociais que permeiam o cotidiano da saúde no país.

Almeja-se que a leitura deste e-book possa incentivar o desenvolvimento de estratégias de atuação coletiva, educacional e de inclusão social de modo a subsidiar, na esfera do condicionamento teórico e prático, a continuidade da produção científica brasileira.

Boa leitura!

Luis Henrique Almeida Castro

SUMÁRIO

II . ATUAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

CAPÍTULO 1..... 1

A SEGURANÇA DO PACIENTE EM RISCO PELA COMUNICAÇÃO INEFICAZ ENTRE A EQUIPE DE SAÚDE

Maria Benta da Silva Neta

DOI 10.22533/at.ed.3862030111

CAPÍTULO 2..... 10

A VIVÊNCIA DO ALUNO DE MEDICINA SOB A PERSPECTIVA DO PACIENTE INTERNADO NO HOSPITAL ESCOLA – UFPEL

Ednaldo Martins dos Santos

Nathalia Helbig Dias

Rogério da Silva Linhares

DOI 10.22533/at.ed.3862030112

CAPÍTULO 3..... 22

AMBIENTE ESCOLAR COMO ÁREA DE ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO E ESTÁGIO PARA O GRADUANDO DE ENFERMAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Daniela Silva Rodrigues

Júlia Peres Pinto

Roberta Boschetti

DOI 10.22533/at.ed.3862030113

CAPÍTULO 4..... 28

ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO DA ATENÇÃO BÁSICA NA VIDA SOCIAL DO IDOSO: REVISÃO DE LITERATURA

Érica Priscila Costa Ramos

Assunção Gomes Adeodato

Francisca Janiele Martins da Costa

Nicolau da Costa

Francisco Mateus Rodrigues Furtuoso

Diego Jorge Maia Lima

Jéssica Luzia Delfino Pereira

Francisco Walter de Oliveira Silva

DOI 10.22533/at.ed.3862030114

CAPÍTULO 5..... 42

ATENÇÃO MÉDICO DOMICILIAR: DA TEORIA A PRÁTICA

Débora Cristina Modesto Barbosa

Leonardo Salamaia

Ana Gabriela Machado Nascimento

Beatriz Góes de Oliveira

Arieny Reche Silva

Alessandra Cristina Camargo Tarraf

Maria Clara Ferreira de Sousa Nóbrega

Camila da Fonseca e Souza Santos
Camila Arruda Dantas Soares
Ana Luiza Camilo Lopes
Paola Yoshimatsu Izelli
Márcia Isabelle dos Santos

DOI 10.22533/at.ed.3862030115

CAPÍTULO 6..... 54

AVALIAÇÃO MICROBIOLÓGICA DAS MÃOS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Larissa Marques Landim
Jessica Peixoto Temponi Ferreira
Gabriela Cunha Silva
Rizia Alves Lopes
Eliane Costa Silva
Beatriz Martins Borelli

DOI 10.22533/at.ed.3862030116

CAPÍTULO 7..... 59

CONHECIMENTO DE ACADÊMICOS E PROFISSIONAIS DA SAÚDE ACERCA DAS NORMAS DE BIOSSEGURANÇA EM ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E/OU EMERGÊNCIA

Camila Segal Cruz
Emília Pires de Oliveira
Lorena Reis Augusto
Ana Cecília Lima Gonçalves
Beatriz Martins Borelli

DOI 10.22533/at.ed.3862030117

CAPÍTULO 8..... 63

CORPO: CONCEPÇÕES DE ACADÊMICOS DE EDUCAÇÃO FÍSICA

Carla dos Reis Rezer

DOI 10.22533/at.ed.3862030118

CAPÍTULO 9..... 73

ESTUDANTES DE ENFERMAGEM COM SINTOMAS DEPRESSIVOS: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Luiza Vieira Ferreira
Mariana Ramalho Ferreira
Aline Aparecida de Souza Oliveira
Gabriella Biagge Cunha
Lucas Junio Turatti Madureira
Érika Andrade e Silva

DOI 10.22533/at.ed.3862030119

CAPÍTULO 10..... 88

GESTÃO DE ANTINEOPLÁSICOS ORIUNDOS DE DEMANDAS JUDICIAIS EM UM

HOSPITAL TERCIÁRIO

Juliane Carlotto

Nádia Salomão Cury Riechi

Inajara Rotta

DOI 10.22533/at.ed.38620301110

CAPÍTULO 11..... 96

HOSPITALIZAÇÃO E ÓBITOS POR DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS: UM DESAFIO PARA A SAÚDE PÚBLICA

Fernanda Fraga Campos

Victória Veloso Vieira

Magnania Cristiane Pereira da Costa

Maria Letícia Costa Reis

Vladimir Diniz Vieira Ramos

Thabata Coaglio Lucas

DOI 10.22533/at.ed.38620301111

CAPÍTULO 12..... 111

HOTELARIA HOSPITALAR E SUAS TECNOLOGIAS LEVES

Clarissa Vasconcelos Silva de Souza

DOI 10.22533/at.ed.38620301112

CAPÍTULO 13..... 119

MORTE: PERCEPÇÕES DOS ESTUDANTES DE MEDICINA

Fernanda de Carvalho Braga

Mariana Carvalho Gomes

Nayra Costa Moreira

Andrea Lopes Ramires Kairala

Luzitano Ferreira Brandão

DOI 10.22533/at.ed.38620301113

CAPÍTULO 14..... 132

O VIÉS METODOLÓGICO DE ENSAIOS CLÍNICOS RANDOMIZADOS EM PRATICANTES DE TREINAMENTO DE FORÇA SOB SUPLEMENTAÇÃO PROTEICA

Luis Henrique Almeida Castro

Raquel Borges de Barros Primo

Mariella Rodrigues da Silva

Bruno César Fernandes

Flávio Henrique Souza de Araújo

Thiago Teixeira Pereira

Diego Bezerra de Souza

Fernanda Viana de Carvalho Moreto

DOI 10.22533/at.ed.38620301114

CAPÍTULO 15..... 137

PERCEPÇÕES E CAPACITAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM SUPORTE BÁSICO DE VIDA PARA ATUAÇÃO NA COMUNIDADE

Domingas Machado da Silva

Antenor Matos de Carvalho Junior
Sâmella Silva de Oliveira
Vanessa dos Santos Maia
Eloane Hadassa de Sousa Nascimento
Luana Almeida dos Santos
Lília Maria Nobre Mendonça de Aguiar

DOI 10.22533/at.ed.38620301115

CAPÍTULO 16..... 149

TRAJETÓRIA DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL: CONFLITO HISTÓRICO, NEOLIBERALISMO, LUTAS DE CLASSE E RETROCESSOS

Eli Fernanda Brandão Lopes
Juliana Galete
Carolina de Sousa Rotta
Izabela Rodrigues de Menezes
Leticia Nakamura
Joelson Henrique Martins de Oliveira
Giovana Ayumi Aoyagi
Clesmânia Silva Pereira
Alex Sander Cardoso de Souza Vieira
Lena Lansttai Bevilaqua Menezes
Sirley Souza Alberto Chagas
Michael Wilian da Costa Cabanha
Maria de Fátima Bregolato Rubira de Assis

DOI 10.22533/at.ed.38620301116

CAPÍTULO 17..... 167

USO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL POR PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NA PANDEMIA COVID-2019

Cláudia Emiliana de Sousa Oliveira
Antônia Danúzia Batista Gomes
Pâmela Campêlo Paiva
Nicolau da Costa
Felipe da Silva Nascimento
Mailza da Conceição Santos
Ana Beatriz Diógenes Cavalcante
Luis Adriano Freitas Oliveira
Bruna Caroline Rodrigues Tamboril
Edislane Silva Souza

DOI 10.22533/at.ed.38620301117

SOBRE O ORGANIZADOR..... 185

ÍNDICE REMISSIVO..... 186

CAPÍTULO 1

A SEGURANÇA DO PACIENTE EM RISCO PELA COMUNICAÇÃO INEFICAZ ENTRE A EQUIPE DE SAÚDE

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 29/09/2020

Maria Benta da Silva Neta

Universidade Estácio de Sá, Graduação de
Enfermagem
Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil

RESUMO: **Introdução:** Estudos têm demonstrado a dificuldade que os profissionais de saúde possuem em manter a comunicação que favoreça o trabalho em equipe e consequentemente a segurança do paciente. Objetivamos com o presente trabalho analisar a relação do processo de comunicação da equipe e o risco para segurança do paciente. **Método:** Realizado uma revisão bibliográfica, com artigos publicados entre 2015 a 2019. **Resultados:** Encontrados dez artigos os quais discutem sobre a interferência da comunicação para a segurança do paciente. Observou-se que estratégias de comunicação de forma padronizada, treinamentos sobre as rotinas e a percepção pela equipe da importância da comunicação adequada beneficia a qualidade da mesma. Destacou-se como processo facilitador para a efetividade da comunicação e garantia de segurança na continuidade do cuidado, a clareza das palavras utilizadas e a associação da documentação das informações transmitidas verbalmente, para que não haja perda de dado importante na tomada de decisões para o melhor tratamento ao paciente,

porém, existe ainda uma lacuna de como ela deve ser feita e os fatores a qual podem ser identificados como um processo dificultador para a prática segura. **Conclusão:** há necessidade de novos estudos nesta temática a qual facilitará a comunicação efetiva e consequentemente a segurança do paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Comunicação; Eventos adversos; Segurança do Paciente.

PATIENT SAFETY AT RISK BY INEFFECTIVE COMMUNICATION BETWEEN THE HEALTH TEAM

ABSTRACT: **Introduction:** Studies have shown the difficulty that health professionals have in maintaining communication that makes teamwork worse and consequently patient safety. The objective of this paper is to analyze the relationship of the team communication process and the risk to patient safety. **Method:** A literature review was performed, with articles published between 2015 and 2019. **Results:** We found ten articles that discuss the interference of communication for patient safety. It was observed that standardized communication strategies and routines training, the perception by the team of the importance of proper communication benefits its quality. Stood out as a facilitating process for effective communication and ensuring safety in continuity of care, the clarity of the words used and the association of documentation of verbally transmitted information, so that there is no loss of important data in decision making for the best treatment, however, there is still a gap in how it should be done and the factors to which it can be identified as a hindering process for safe practice.

Conclusion: There is a need for further studies on this theme which will facilitate effective communication and consequently the safety of the patient.

KEYWORDS: Communication, Adverse events, Patientsafety.

1 | INTRODUÇÃO

Para Silva *et al* (2011), a qualidade em saúde tem como importante fator a segurança do paciente, com necessidade de envolvimento de gestores e todos os envolvidos no processo de trabalho, afirmando ainda que, para uma assistência segura é preciso que a comunicação seja efetiva entre todos os envolvidos no processo de cuidado do paciente.

A Portaria N° 529 de 2013 institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente trazendo como um de seus objetivos a implementação de ações voltadas a segurança do paciente. As metas internacionais de segurança do paciente são difundidas através de vários meios após a implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente, dentre essas metas aparece a busca pela melhoria da comunicação entre os profissionais de saúde, enfatizando sobre o registro no prontuário do paciente de todas as informações relacionadas a sua assistência e necessidade de compreensão da informação transmitida (BRASIL, 2015).

A comunicação tem uma importância significativa no processo interativo que visa alcançar o objetivo da equipe, que é o cuidado. Um relacionamento interpessoal frágil pode desencadear em falhas no processo de comunicação, acarretando em atritos entre os profissionais e conseqüentemente prejudicando a assistência ofertada (COWIN, 2013).

A falta de integração entre a equipe de saúde pode causar um incidente ou até mesmo um evento adverso, prejudicando desta forma a segurança do paciente. Uma comunicação inefetiva pode interferir de forma negativa no cuidado ao paciente, com perda de informações importantes sobre o processo saúde-doença do cliente, prejudicando assim seu tratamento e recuperação (BROCA; FERREIRA, 2015).

O levantamento de artigos a respeito do tema despertou ainda mais o interesse no assunto, evidenciando a importância da busca de estratégias de melhoria em todas as áreas da prática diária.

Segundo Nogueira e Rodrigues (2015) o aumento dos erros e eventos adversos levou a criação de uma comissão centrada na identificação de situações de risco e elaboração de soluções que possam obter resultados, um dos principais fatores de erros e eventos adversos, é a falha na comunicação da equipe, a estratégia para melhoria da comunicação nas organizações de saúde tem desmostrado que o trabalho em equipe resulta em maior produtividade e conseqüentemente na melhora da comunicação e tomada de decisões.

Mediante ao exposto, a presente pesquisa busca analisar a relação da comunicação com a segurança do paciente por meio da identificação dos processos de trabalho facilitadores e dificultadores de uma boa comunicação entre a equipe para a segurança do paciente

2 | MÉTODO

A partir da revisão bibliográfica, com abordagem qualitativa, buscou a seleção dos artigos através da leitura, as informações foram extraídas dos artigos ao qual abordavam o assunto sobre a comunicação da equipe e a segurança do paciente e seus prejuízos e benefícios.

O estudo bibliográfico consiste na leitura e na análise de pesquisas já realizadas, através de livros e artigos científicos aos quais já foram elaborados, esse tipo de estudo recomenda a análise de diversas preposições a cerca de um problema (GIL, 2002).

Realizou-se uma busca por trabalhos científicos, utilizando a internet, como sites do Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino- Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados a Enfermagem (BDEnf), além de livros. A pesquisa bibliográfica, foi iniciada no período de fevereiro de 2019 e finalizada em setembro desse mesmo ano.

Para os critérios de inclusão foi dado preferência aos temas de interesse para a conclusão deste trabalho, com seguintes palavras chaves: comunicação, segurança do paciente e eventos adversos. Utilizados apenas publicações de 2015 a 2019. Foram excluídos todo material que não se encaixe no tema ao que refere esse trabalho.

Essa revisão não teve contato diretamente com seres humanos, o presente trabalho foi feito apenas através de estudos já publicados o que descarta a necessidade de autorização pelo comitê de ética.

Realizado uma pesquisa buscando a relação da comunicação com a segurança do paciente a qual foi definida uma pergunta norteadora que levou aos resultados e discussão desse trabalho.

Por se tratar de uma pesquisa que não envolve seres humanos, não foi necessária a aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) por não se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos.

3 | RESULTADOS

Neste estudo foram incluídos dez artigos que atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos e assim distribuídos na base de dados:

- No LILACS, foram encontrados trinta e sete artigos ao qual foram incluídos oito;
- Na BDEnf encontrados nove artigos ao qual foram incluídos dois;
- No SCIELO os mesmos artigos já selecionados.

Dos dez artigos escolhidos quatro (0,4%) do ano de 2015, dois (0,2%) do ano de 2016, um (0,1%) do ano de 2018 e três (0,3%) do ano de 2019.

Com relação ao tipo de metodologia aplicada aos artigos estudados neste trabalho, seis (0,6%) são descritivo exploratório, dois (0,2%) estudos teóricos reflexivos, uma (0,1%)

revisão integrativa, e por fim um (0,1%) relato de experiência. Quanto aos temas abordados todos os artigos tratam da comunicação e como isso pode afetar ou beneficiar a segurança do paciente.

No quadro apresentado verificamos os artigos selecionados para este estudo apresentando o número de artigos utilizados, os títulos, ano de publicação, autores, abordagem que foi utilizada e objetivo.

No Quadro 1, foram sintetizadas as informações de cada estudo de acordo com a título do estudo, ano de publicação, identificação dos autores, abordagem metodológica e objetivo do estudo.

Nº	Título	Ano	Autores	Abordagem	Objetivo
1	Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde desafio para a segurança do paciente.	2015	Nogueira, Rodrigues.	Análise reflexiva quantitativa.	Apresentar um ensaio reflexivo que versa sobre comunicação efetiva na perspectiva do trabalho da equipe interdisciplinar, para a qualidade dos cuidados em saúde e a segurança do paciente.
2	Comunicação e segurança do paciente percepção dos profissionais de enfermagem de um hospital de ensino.	2015	Massoco, Melleiro.	Exploratório descritivo quantitativa.	Conhecer a percepção dos trabalhadores de enfermagem atuantes em um hospital de ensino acerca da dimensão aberta para a comunicação e respostas não punitivas aos erros e evidenciar a comunicação como fator relevante na segurança do paciente.
3	Comunicação terapêutica relacionada ao cuidado humanizado e a segurança do paciente em unidade hospitalar.	2015	Silva, Barros.	Análise integrativa descritiva exploratória qualitativa.	Proporcionar uma reflexão a respeito da comunicação no labor da enfermagem.
4	Eventos adversos e segurança do paciente na assistência de enfermagem	2015	Duarte <i>et al.</i>	Integrativa Qualitativa.	Identificar as publicações científicas sobre os eventos adversos na assistência de enfermagem em pacientes adultos hospitalizados e discutir os principais eventos adversos na assistência de enfermagem.
5	Comunicação e segurança do paciente na passagem de plantão em unidades de cuidados intensivos neonatais.	2016	Gonçalves <i>et al.</i>	Estudo descritivo exploratório quantitativo.	Identificar fatores relacionados à segurança do paciente quanto à comunicação no processo de passagem de plantão das equipes de enfermagem.

Nº	Título	Ano	Autores	Abordagem	Objetivo
6.	Comunicação e cultura de segurança do paciente no ambiente hospitalar visão da equipe multiprofissional.	2016	Borhreret <i>al.</i>	Descritiva transversal quantitativa.	Analisar a cultura de segurança do paciente em relação à comunicação na visão da equipe multiprofissional hospitalar.
7	Comunicação, comportamentos destrutivos e segurança do paciente.	2018	Tartaligliaet <i>al.</i>	Descritiva transversal quantitativa.	Refletir sobre o processo de comunicação e interação da equipe de saúde perioperatória no contexto da segurança do paciente.
8	Comunicação eficaz nas transferências temporárias do cuidado de pacientes hospitalizados.	2019	Hemesathet <i>al.</i>	Relato de experiência.	Descrever a implantação de um processo padronizado de comunicação eficaz para transferência temporária do cuidado de pacientes hospitalizados.
9	Ruídos na comunicação durante o <i>handover</i> da equipe de enfermagem da unidade de terapia intensiva.	2019	Santos <i>et al.</i>	Exploratório Qualitativo.	Descrever o processo de comunicação entre os profissionais da equipe de enfermagem da terapia intensiva durante o <i>handover</i> , analisando-o quanto à existência de ruídos e suas repercussões na segurança do paciente.
10	Comunicação efetiva para a segurança do paciente nota de transferência e <i>modifiedearlywarning score</i> .	2019	Olino <i>et al.</i>	Estudo transversal e retrospectivo, pesquisa oriunda de monografia quantitativa	Analisar a nota de transferência (NT) e a emissão do <i>ModifiedEarlyWarning Score</i> (MEWS) realizados pelo enfermeiro em pacientes adultos transferido do Serviço de Emergência como estratégia de comunicação para segurança do paciente

Quadro 1- Artigos selecionados segundo as associações de descritores controlados utilizados segundo título, ano de publicação, autores, abordagem e objetivos do estudo

Fonte: próprio autor

4 | DISCUSSÃO

Segundo os resultados da categorização dos artigos analisados, alguns citam a Organização Mundial da Saúde, a portaria nº 529 de 1º de abril de 2013 a qual instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente, com enfoque na segurança do paciente que possibilitem a promoção da mitigação da ocorrência de eventos adversos na atenção à saúde, que tem como objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional.

Olino *et al.* (2019) vê que a comunicação tem sido um dos principais fatores da ocorrência de eventos adversos, refere que para a transferência de informações do paciente possa ser efetiva, a comunicação deve ser transmitida com clareza e de forma precisa e completa, para que seu receptor receba de forma adequada e assim possa estar seguro em seus cuidados.

Para ter um ambiente seguro ao paciente é imprescindível melhorar a relação entre os profissionais de saúde, contudo, comportamentos desrespeitosos e intimidador entre a equipe frente a práticas de assistência inseguras, levam os profissionais a ter receio de falar sobre as inconformidades observadas em procedimentos realizados, levando a erros e medidas em que a qualidade e segurança do paciente possam ser comprometidas (TARGILA *et al.*, 2018).

Duarte *et al.* (2015) observou que a comunicação dos eventos adversos ocorridos era escassa, mas com o tempo isso foi mudando ao visualizar a importância de comunicar o ocorrido, para a busca de estratégias na diminuição dos eventos, independente das medidas de punição de cada instituição.

Nogueira e Rodrigues (2015) e Santos *et al.* (2019) observaram que a falha da comunicação entre os profissionais de saúde é um dos principais fatores que contribuem para erros e eventos adversos, os ruídos observados durante *handovers* contribuintes para que a comunicação não seja efetiva, levando a distrações que interferem na transmissão de informações necessárias a serem passadas durante o mesmo, isso repercute na segurança do paciente levando a uma assistência de baixa qualidade.

Conforme Hemesath *et al.* (2019) a troca de informações na transferência de paciente para outros setores ou até mesmo para a realização de exames que necessitam sair do local ao qual o paciente está sendo tratado, é mais eficaz quando é transmitida verbalmente associada a uma documentação por escrito, a junção dessas duas formas de comunicação, leva à uma segurança na transmissão de informações de forma adequada, não perdendo detalhes que possam prejudicar as condutas a serem tomadas com o paciente em momentos de situações críticas que possam ocorrer nesses casos.

Segundo Bohrer *et al.* (2016) a segurança do paciente não garante um serviço qualificado mas é um dos passos para que haja a melhoria na qualidade da assistência por isso deve ser algo almejado pela organização de saúde, tendo em vista a importância da cultura organizacional ao qual surge o conceito cultura e segurança.

Silva e Barros (2015) expõem sobre os tipos de comunicação, verbal e não verbal, que são formas de transmissão de pensamento, valores e informações. Observou que quando há o interesse na comunicação de ambos os lados, as informações são transmitidas com clareza e facilita a compreensão da mesma. Para que haja uma comunicação terapêutica é necessário, portanto, empatia, escuta, atenção as emoções e respeito mútuo.

Estratégias nas organizações de saúde para a melhoria da comunicação têm sido implantadas e desenvolvidas, muitos gestores têm apoiado as técnicas de treinamentos multiprofissionais para minimizar os erros e as lacunas de informações entre os profissionais, enfatizando que o trabalho em equipe pode aumentar a produtividade e melhorar a comunicação (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

De acordo com Gonçalves *et al.* (2017) os atrasos e saídas antecipadas na passagem de plantão repercute na troca de informações, acarretando em problemas e informações deixadas para trás. Para uma troca de informação adequada deve-se buscar uma linguagem clara, sem abreviações, interrupções ou conversas paralelas, utilizando instrumentos padronizados para esclarecer dúvidas sobre o paciente. A verificação também dos prontuários por alguns profissionais, fazendo assim uma revisão antes e durante a passagem de plantão possibilita compreender claramente as informações transmitidas.

Analisando os artigos vemos que para uma melhoria na comunicação deve ser elaboradas estratégias de comunicação de forma padronizada e treinamentos sobre as rotinas, a percepção pela equipe da importância da comunicação adequada beneficia a qualidade da mesma, a qual reflete em uma boa assistência, gerando confiança e uma assistência segura.

5 | CONCLUSÃO

Com os resultados obtidos nesta revisão foi possível analisar a ligação da comunicação a segurança do paciente, evidenciou-se a necessidade de sensibilização da equipe de saúde sobre a importância de obter uma boa comunicação, e que a mesma é uma forma eficaz de assegurar a qualidade da assistência ao paciente, e que pode influenciar positivamente na redução de eventos adversos, melhorias na transição do cuidado e a garantia nas práticas de qualidade.

Destacou-se como processo facilitador para a efetividade da comunicação e garantia de segurança na continuidade do cuidado, a clareza das palavras utilizadas e a associação da documentação das informações transmitidas verbalmente, para que não haja perda de dado importante na tomada de decisões para o melhor tratamento ao paciente.

Entretanto observa que o número de publicações a qual busca estabelecer uma forma de conduta a ser tomada para a melhoria dessa comunicação é baixo, vemos que o assunto está em alta decorrente do número de eventos adversos que tem ocorrido, observamos que é bastante abordado a importância dessa comunicação, mas existe ainda

uma lacuna de como ela deve ser feita e os fatores ao qual podem ser identificados como um processo dificultador para a prática segura, há necessidade de novos estudos nesta temática a qual facilitará a comunicação efetiva e conseqüentemente a segurança do paciente.

Considerando as lacunas identificadas, e os resultados obtidos na análise dos artigos, conclui ser necessário estimular o desenvolvimento de pesquisas sobre o tema, e espera a compreensão da importância da comunicação adequada dentro do âmbito hospitalar, e que os resultados dessa revisão promovam maiores discussões sobre a eficácia de uma boa comunicação e cuidados cada vez mais seguros ao paciente.

REFERÊNCIAS

BOHRER, C.D. *et al.* Comunicação e cultura e segurança do paciente no ambiente hospitalar.

RevEnferm UFSM, Santa Maria, v. 6, n.1, p. 50-60, Jan./ Mar. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769219260>.

Disponível em: https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/19260/pdf_1. Acesso em: 04 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de Abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Legislativo, Brasília, DF, p. 1, 2011, 29 set. 2019. Não paginado.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Segurança do Paciente: estado da arte e perspectivas**. Brasília: Ministério Da Saúde, 2015.

BROCA, P.V., FERREIRA, M.A. Processo de comunicação na equipe de enfermagem fundamentado no diálogo entre Berlo e King. **Esc Anna Nery [online]**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 467-74, Jul./Set. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150062>.

COWIN, L.S., EAGAR, S.C. Collegial relationship breakdown: A qualitative exploration of nurses in acute care settings. **Collegian [online]**, Sidney, v.20, n.2, p.115-21, jun. 2013. DOI: <https://doi-org.ez51.periodicos.capes.gov.br/10.1016/j.colegn.2012.04.008>.

DUARTE, S.C.M.; STIPP, M.A.C.; SILVA, M.M.; OLIVEIRA, F.T. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **RevBrasEnferm.**, Brasília, v.68, n.1, p.144-54, Jan./ Fev. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680120p>.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

GONÇALVES, M.I. *et al.* Comunicação e segurança do paciente na passagem de plantão em unidades de cuidados intensivos neonatais. **Rev baiana enferm.**, Salvador, v.31, n.2, p.e17053, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v31i2.17053>.

HEMESATH, M.P. *et al.* Comunicação eficaz nas transferências temporárias do cuidado de pacientes hospitalizados. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.10, n. esp, p. e20180325, abr. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180325>.

MASSOCO, E. C. P.; MELLEIRO, M. M. **Comunicação e segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem de um hospital de ensino.** *Rev. Min. Enferm.*, v.19, n.2, p.187-91, abr./jun. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20150034>.

NOGUEIRA, J. S.; RODRIGUES, M. C. S. **Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: Desafio para a segurança do paciente.** *Cogitare Enferm.*, Curitiba, v.20, n. 3, p. 636-40 jul./set. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i3.40016>

OLINO, L. *et al.* **Comunicação efetiva para a segurança do paciente: nota de transferência e modifiedearlywarning score.** *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v.10, n. esp, p. e20180341, abr. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180341>.

SANTOS, G.R.S.; BARROS, F.M.; BROCA, V.P.; SILVA, R.C. **Ruídos na comunicação durante o handover da equipe de enfermagem da unidade de terapia intensiva.** *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v.28, abril 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0014>.

SILVA, R. C.; BARROS, C. V. L. **Comunicação terapêutica relacionada ao cuidado humanizado e a segurança do paciente.** *Rev. Saúde Cienc. ação*, Goiânia, v. 1, n. 01, p. p. 13-25, Jul./ Dez. 2015. Disponível em: <https://revistas.unifan.edu.br/index.php/RevistaICS/article/view/110/91>. Acesso em: 04 jun 2019.

SILVA, R.M. *et al.* **Comunicação efetiva como indicador de segurança do paciente.** *Anais do Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão*, v.3, n.2, 2011.

TARTAGLIA, A. *et al.* **Comunicação comportamentos destrutivos e segurança do paciente.** *Rev. SOBECC*, São Paulo, v.23, n.4, p. 226-230, dez. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.5327/Z1414-4425201800040007>.

CAPÍTULO 2

A VIVÊNCIA DO ALUNO DE MEDICINA SOB A PERSPECTIVA DO PACIENTE INTERNADO NO HOSPITAL ESCOLA – UFPEL

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 07/10/2020

Ednaldo Martins Dos Santos

Universidade Federal de Pelotas
Pelotas / RS

<http://lattes.cnpq.br/1914488347996568>

Nathalia Helbig Dias

Universidade Federal de Pelotas
Pelotas / RS

<http://lattes.cnpq.br/6579213977778262>

Rogério da Silva Linhares

Universidade Federal de Pelotas
Pelotas / RS

<http://lattes.cnpq.br/0693079097456100>

RESUMO: Introdução: o contato do estudante de medicina com o paciente permite que o conhecimento seja adquirido através da visão integral do indivíduo e de seu processo saúde-doença, evitando uma formação fragmentada do aluno. Objetivo: este estudo averigua a vivência dos alunos do curso de medicina da UFPEL sob a perspectiva do paciente internado no HE UFPEL. Metodologia: foram escolhidos 40 pacientes internados no HE-UFPEL, de forma aleatória, para responderem a questionário autoaplicados, com perguntas elaboradas com base em estudos encontrados na revisão da literatura. Os dados foram digitados em uma planilha no programa Microsoft Excel®. Resultados: a média de idade foi de 50 anos, 65% possuem apenas o nível fundamental e 62% ganham menos de 2.000,00

reais. Cerca de 90% afirmou que os estudantes sempre se apresentavam antes de examinarem, 95% afirmaram que os acadêmicos eram sempre educados e atenciosos e, para 85%, eles sempre pediam permissão para examinar. Entretanto, 2% responderam que já se sentiram desrespeitados durante o atendimento. Resultado semelhante foi encontrado em um estudo realizado em ambulatório médico universitário. Quase metade dos entrevistados afirmou que os alunos demonstravam insegurança às vezes no momento da anamnese e para 15% a fala e a explicação dos alunos apresentavam algum grau de dificuldade de compreensão. Cerca de 12% dos pacientes internados não acreditam que o sigilo médico-paciente seria respeitado, apesar da garantia de sigilo ser estabelecido pelo Código de Ética do Aluno de Medicina e pela Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Conclusão: este estudo aponta que os pacientes foram tratados com respeito aos princípios bioéticos. Entretanto, uma pequena parcela não acredita que o sigilo do paciente será respeitado pelo aluno, e quase metade dos entrevistados percebem que há uma evidente insegurança dos alunos ao lidar com os pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Aluno de medicina, paciente, bioética, princípios, vivência.

MEDICINE STUDENT EXPERIENCE FROM THE PERSPECTIVE OF THE PATIENT IN THE SCHOOL HOSPITAL - UFPEL

ABSTRACT: Introduction: the contact of the medical student with the patient allows knowledge

to be acquired through the integral view of the individual and his health-disease process, avoiding a fragmented formation of the student. Objective: to investigate the experience of medical students of UFPel from the perspective of the patient hospitalized at HE UFPel. Methodology: 40 patients hospitalized at HE-UFPEL were randomly to answer a self-administered questionnaire, with questions elaborated based on studies found in the literature review. The data was entered in a spreadsheet in the Microsoft Excel ®. Results: the mean age was 50 years, 65% have only the elementary level and 62% earn less than 2,000.00 reais monthly. About 90% said that students always presented themselves before examining, 95% said that academics were always educated and attentive and, for 85%, they always asked for permission to examine. However, 2% answered that they already felt disrespected during the service. A similar result was found in a study conducted in a university medical outpatient clinic. Almost half of the interviewees stated that the students showed insecurity sometimes at the time of anamnesis and for 15% the speech and explanation of the students presented some degree of difficulty of understanding. About 12% of hospitalized patients do not believe that medical-patient confidentiality would be respected, although the guarantee of confidentiality is established by the Code of Ethics of medical students and the Charter of the Rights of Health Users. Conclusion: this study indicates that patients were treated with respect to bioethical principles. However, a small portion does not believe that patient confidentiality will be respected by the student, and almost half of the interviewees realize that there is a clear insecurity of students when dealing with patients.

KEYWORDS: Medicine student, patient, bioethics, principles, experience.

11 INTRODUÇÃO

A faculdade de medicina é um curso teórico-prático, que possibilita que os estudantes entrem em contato com pacientes em diferentes contextos para a aquisição de conhecimento e habilidades clínicas. A interação do estudante com a comunidade propicia a formação de um profissional que pretende trabalhar num horizonte dialógico e, por isso, mais eticamente envolvido com a sociedade (Freire, 2004). Para nortear esta relação aluno-paciente, o artigo 39 Código de Ética do Estudante de Medicina afirma que “É dever do estudante de medicina agir de forma solidária e respeitosa com as pessoas, a instituição e as normas vigentes, valorizando atitudes e medidas que beneficiem o crescimento coletivo”, além de outros artigos que versam sobre princípios universais que estimulam uma conduta honesta, responsável, competente e ética do aluno (CFM, 2018).

Parte das atividades práticas do curso de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) ocorrem no Hospital Escola UFPel (HE UFPel), que atende unicamente a pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Os pacientes internados no HE são visitados por diversos alunos, de diferentes semestres, desde acadêmicos da disciplina de Semiologia Médica, que estão no terceiro semestre, até estudantes do último ano (UFPEL site, 2019).

A perspectiva do paciente em relação a esse contato com estudantes é de grande importância. É necessário avaliar se o ensino repassado está sendo empregado de maneira

satisfatória e se atende aos preceitos semiológicos, normativos e éticos esperados para um profissional da área da saúde (MEC, 2014).

Além disso, entender o ponto de vista dos pacientes auxilia na conciliação dos interesses acadêmicos com as necessidades do indivíduo internado, permite a melhoria do atendimento prestado e fortalece as diretrizes de ensino, que estabelece a formação humanista, crítica, reflexiva e ética dos estudantes (Mohammed, A. G. et al, 2016).

O objetivo deste estudo é realizar uma avaliação sobre a percepção dos pacientes sobre a interação entre o estudante de medicina e o paciente internado no Hospital Escola UFPel.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal observacional e descritivo realizado através de aplicação, por dois acadêmicos do curso de medicina, de questionários autoaplicados a pacientes internados no HE UFPel, realizado no período de 01/10/2018 a 01/11/2018. O instrumento de pesquisa foi um questionário elaborado com base nos problemas mais frequentes relacionados a percepção dos pacientes em relação aos alunos encontrados na revisão da literatura, e foram formuladas 21 perguntas de escolha simples que abordaram aspectos culturais, comportamentais, socioeconômicos. A amostra foi constituída de 40 pacientes acima de 18 anos e em condições clínicas de responder o questionário. Os pacientes foram selecionados de maneira aleatória no HE UFPel, independente do sexo, idade e motivo de internação.

O trabalho primeiramente foi aprovado pelo comitê de ética do HE UFPel através de uma carta de anuência. Depois de aprovado o trabalho foi submetido através da Plataforma Brasil ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da UFPel que também aprovou o projeto.

Com a provação das instâncias acima identificadas foi iniciado o trabalho de campo no HE UFPel, os participantes da pesquisa eram identificados por conveniência entre os pacientes internados, sendo explicados os objetivos do trabalho e realizado o convite a participar do estudo.

Somente após o aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido era aplicado o questionário. O questionário era respondido pelo próprio paciente, dobrado e depositado em uma urna lacrada que somente foi aberta no fim da coleta dos dados.

As variáveis relacionadas a identificação foram: idade (questão aberta, em anos); sexo (masculino ou feminino); estado civil (Solteiro, Casado/União estável, Divorciado/Separado, ou Viúvo; escolaridade (Nunca estudou, Fundamental, Ensino médio, Superior, Pós-graduação); renda familiar mensal (em R\$); de qual cidade você vem (questão aberta). Depois uma explicação que dizia que em um hospital-escola os pacientes são atendidos

por médicos e alunos e a perguntava se o paciente sabia que estava em um hospital escola (sim ou não).

As questões 8 a 19 estavam relacionadas a percepção do paciente sobre o estudante e usavam a escala de Likert em que o entrevistado especifica seu nível de concordância com uma afirmação. As opções de resposta eram: Nunca, Raramente, Às vezes, ou Geralmente. As perguntas eram: se os alunos solicitam permissão para conversar e examinar; Se os alunos se apresentam antes de conversar e examinar; Se os alunos são educados e atenciosos ao conversar; Se a fala e a explicação dos alunos são de fácil entendimento; Se os alunos demonstram insegurança no momento da conversa; Se o paciente se sentiu desrespeitado por algum aluno; Se teve medo que o aluno possa comentar a sua história com pessoas fora do hospital (sim ou não); Se se sente incomodado por ser examinado por mais de um aluno; Se tem medo de perder a sua vaga caso se recuse a conversar com algum aluno; Se se sente incomodado em responder a perguntas por ter outros pacientes no mesmo quarto; Se os alunos que já tiveram contato têm uma boa apresentação (jaleco limpo, cabelo e barba aparados, unhas limpas e aparadas); Se se sente incomodado ao responder as mesmas perguntas por diversas vezes a diferentes alunos. A questão seguinte perguntava: O quão satisfeito você está em contribuir para o aprendizado dos estudantes de medicina (Muito satisfeito, Um pouco satisfeito, Um pouco insatisfeito, ou Muito Insatisfeito); já a última pergunta indagava sobre quantos estudantes já conversaram com paciente por pelo menos uma hora (Entre 0-5, Entre 5-10, Mais que 10).

Os dados foram digitados em uma planilha no programa Microsoft Excel® e os resultados são apresentados em números absolutos e percentuais das respostas. A tabela 1 mostra a distribuição das características da amostra de pacientes internados no Hospital Escola. Pelotas, RS, 2018. A tabela 2 apresenta a distribuição da percepção dos pacientes sobre a interação entre o estudante de medicina e o paciente internado no Hospital Escola UFPel, Pelotas, RS, 2018.

3 | RESULTADOS

Foram entrevistados 40 pacientes internados, com média de idade de 50 anos (variação 21-74 anos). A quantidade de homens e mulheres foi equivalente (17 homens e 23 mulheres). A maior parte da amostra era constituída por casados ou em união estável.

A maioria dos pacientes é proveniente de Pelotas (57%), os demais têm como cidades de origem localidades próximas, como Canguçu, Capão do Leão, Arroio do Padre e outras. Nenhum paciente é proveniente de outro estado.

Apenas 8% tinham nível superior, 27% estudaram até o ensino médio e 65% tinham apenas o nível fundamental. Quanto à renda familiar mensal, 62% ganham menos que 2.000 mil reais e 25% não responderam a esta pergunta.

Com relação às respostas dos questionários, pode-se observar que a maioria (97%) dos pacientes sabia que estavam internados em um Hospital-Escola. Cerca de 80% responderam que a maioria dos alunos possui boa apresentação pessoal. Grande parte (90%) afirmou que os estudantes sempre se apresentam antes de examinarem e, para 85% dos entrevistados, eles sempre pedem permissão para examinar.

Para 48% dos entrevistados, às vezes os alunos demonstram insegurança no momento da anamnese. A fala e a explicação dos alunos apresentam algum grau de dificuldade de compreensão para 15% dos entrevistados. A maioria (95%) afirmou que os acadêmicos são sempre educados e atenciosos; entretanto, 2% responderam que já se sentiram desrespeitados e 3% não responderam a esta pergunta.

Dos entrevistados, 35% responderam já terem conversado com mais de 5 alunos por mais de uma hora. Um quarto já se sentiu em algum momento incomodado por ser examinado por mais de um aluno, 3% não responderam à pergunta. A metade se sente incomodada ao responder as mesmas perguntas por diversas vezes a diferentes pessoas. Além disso, cerca de 10% tem medo de perder a sua vaga caso se recuse a conversar.

Quanto a sua privacidade, 30% se sentem incomodados ao responder perguntas, tendo outros pacientes ao lado e 7% têm medo que o aluno possa comentar a sua história com pessoas fora do hospital.

Quando questionados o quão satisfeitos estão em contribuir para o aprendizado dos estudantes de medicina, 87% demonstram satisfação nessa contribuição, 8% têm algum grau de insatisfação e 5% não respondeu.

4 | DISCUSSÃO

Há duas formas de aprendizado na medicina, um baseado na ciência e na metodologia científica (parte teórica) e outro relacionado à prestação de cuidados médicos (parte prática). Esta dicotomia leva a uma formação fragmentada, em que os conhecimentos vêm despidos de seus processos e sentidos, não propiciando uma visão integral do indivíduo e de seu processo saúde-doença (Boudreau, 2007). O reflexo dessa dicotomia no processo de ensino-aprendizagem se tornou um desafio na formação do aluno de medicina da UFPel, uma vez que há a necessidade de romper velhas barreiras e facilitar a quebra de paradigmas que insistem em permanecer no meio hospitalar e que afetam diretamente essa vivência do aluno com o paciente.

A formação do estudante de medicina abrange aulas teóricas e atividades práticas, as quais necessitam do estabelecimento de um vínculo com o enfermo. É necessário que o paciente tenha conhecimento de estar internado em um hospital de ensino e que será examinado por indivíduos ainda em formação, a fim de facilitar o estabelecimento deste vínculo. A quase totalidade dos pacientes internados no HE-UFPEL (97%) sabiam que estavam em um hospital-escola, evidenciando que a população conhece o serviço ofertado

pela FAU. Dados diferentes foram encontrados em um estudo promovido pela Universidade de Fortaleza, em que a maioria dos pacientes (93,8%) não sabiam que estavam internados em um hospital-escola (Da Silva Júnior, G. B. et al, 2014).

Durante o contato com pacientes, o aluno deve começar a praticar os princípios bioéticos de autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, devendo aplicá-los em toda a sua prática médica (CFM, 2018). Pode-se verificar que a autonomia dos pacientes foi respeitada pelos alunos, para apenas 5% dos entrevistados o aluno não solicitou permissão para iniciar uma conserva e subsequente exame físico. Da mesma forma, a maioria observou que os alunos têm boa apresentação pessoal, são educados, atenciosos e claros na explicação dada ao paciente. Entretanto, mesmo com o preparo que antecede o contato do aluno de medicina com o enfermo, 2% dos entrevistados se sentiram desrespeitados durante o atendimento. Em estudo semelhante (Berwanger, 2015), 4% dos pacientes do Ambulatório Médico Universitário e 7% dos pacientes da Estratégia de Saúde da Família dos municípios de Jaçoba e Herval d'Oeste no estado de Santa Catarina, Brasil, também se sentiram desrespeitados. Fatores como ansiedade, nervosismo, falta de experiência e até mesmo a impaciência por parte dos pacientes podem prejudicar a interação e gerar situações desagradáveis para ambos os envolvidos.

Somente pode haver ensino médico de qualidade onde exista uma relação de respeito entre aluno e paciente. O curso médico é e será sempre um fator de estresse para o aluno, e resta a ele aprender a lidar com os diversos agentes estressores (Guimarães, 2006). O paciente deve ser entendido como um sujeito ativo no processo de aprendizagem, com autonomia e direitos, não somente como um meio de aprendizagem. Quando o indivíduo perde a sua saúde, fica frágil, dependente e mais sensível. Espera-se que nesta circunstância o estudante saiba ouvir com atenção e tenha paciência e prudência nas atitudes.

O sentimento de insegurança dos alunos de medicina pode ser notado e se tornar um entrave para o estabelecimento de um sentimento de confiança pelo paciente. Para 48% dos entrevistados essa insegurança é em algum momento evidente, podendo levar o paciente a não valorizar a conversa com o estudante ou mesmo a omitir fatos, uma vez que julgue que aquele aluno não teria condições de dar um retorno satisfatório diante daquele quadro. Um estudo realizado em Alkhobar, Arábia Saudita, identificou que 58,5% dos pacientes concordam ou concordam fortemente que fossem examinados por um estudante, prefeririam que este fosse do mesmo sexo que ele. Por outro lado, 32,4% dos pacientes preferiam que o exame físico seja realizado por um médico (Bukhari, 2008). Este dado contradiz os resultados encontrados num estudo feito em Fortaleza, Brasil, que identificou que 74,8% dos pacientes são indiferentes a serem examinados pelo professor ou pelo aluno (Da Silva Júnior, 2014).

Quando o educador respeita a dignidade do aluno e o trata com compreensão e ajuda construtiva, desenvolve a capacidade de o aluno procurar em si mesmo as respostas

para seus problemas, tornando-o responsável e, conseqüentemente, agente de seu próprio processo de aprendizagem. (Nuto et al, 2005). O aluno de medicina tem sua insegurança própria, é inerente ao seu status de aprendiz, mas um treinamento adequado pode ajudá-lo a superar tais dificuldades ou mesmo não as deixar transparecer, até mesmo a presença de uma supervisão mais eficiente durante suas primeiras abordagens em campo para dar suporte seria de grande valia para dirimir esse sentimento de fragilidade.

Nosso estudo averiguou que uma parcela dos pacientes internados não se sente plenamente confortável em estar sendo examinado por alunos, entretanto a maioria (72%) não se importa em ser examinada por mais de um aluno e 88% acreditam que o sigilo médico-paciente será respeitado. É necessário que sejam estabelecidos critérios para que o aluno possa avaliar quais pacientes possam ser examinados, se o momento é propício para realizar o exame e se a intervenção do aluno como examinador poderá causar algum constrangimento, dor ou piora do quadro de saúde do paciente naquele momento. Os principais fatores citados por pacientes para recusar atendimento de estudante de medicina incluem potenciais erros de tratamento, experiências negativas com estudantes de medicina, longa duração das visitas, baixa confiabilidade e insegurança quanto a privacidade das informações transmitidas (Mohammed, A. G. et al, 2016; Shan-Khan, 2007; Simons, 1995). O paciente possui direito a sigilo, conforme garantido pelo quarto princípio, nº II, da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde: “O sigilo e a confidencialidade de todas as informações pessoais, mesmo após a morte, salvo quando houver expressa autorização do usuário ou em caso de imposição legal, como em caso de risco expresso à saúde pública” (MS, 2007).

Foi constatado que 20% dos internados demonstram alguma preocupação em perderem suas vagas caso se recusem a conversar com algum aluno. A falta de confiança no sistema público de saúde e a grande espera para conseguir uma vaga de internação num leito público podem justificar este receio dos pacientes.

Cerca de um terço dos pacientes entrevistados demonstram alguma inibição e incômodo em responder às perguntas feitas pelos estudantes de medicina devido ao receio que outros pacientes ouçam. Este sentimento se justifica pela falta de privacidade nas enfermarias do Hospital Escola UFPel, onde leitos são dispostos lado a lado. O uso de biombo poderia oferecer alguma privacidade neste ambiente, entretanto necessitaria de um maior número de exemplares e de uma estrutura hospitalar mais ampla, de forma que o biombo não dificultasse o trânsito de profissionais entre os leitos.

Quando questionado aos pacientes o quão satisfeitos se sentem em contribuir para o aprendizado dos estudantes de medicina, a quase totalidade (87%) respondeu que está muito satisfeito; resultado semelhante foi encontrado em outros estudos (Berwanger, 2015; Da Silva Júnior, 2014; Monfredinho, 2006). Além da satisfação dos pacientes, o vínculo paciente-estudante possibilita a aquisição de novos conhecimentos e treinamento de habilidades comunicativas, as quais beneficiarão o estudante durante toda a sua carreira

médica, promovendo maior adesão ao tratamento, menor número de reclamações em relação ao médico e maior satisfação com o atendimento (Berwanger, 2015).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se que pacientes são tratados com respeito aos princípios bioéticos. A maioria compreende as explicações dadas pelos estudantes, os julgam atenciosos, educados e com uma boa apresentação, apesar de alguns casos isolados de desrespeito evidenciados.

É evidente a insegurança dos pacientes quanto à quebra do sigilo médico e a perda da vaga no hospital, mesmo já as estando ocupando. Esses sentimentos podem ser explicados por experiências negativas anteriores e pelo descaso com a saúde no atual panorama da saúde pública no Brasil.

Ficou evidenciado a pouca privacidade a que são submetidos os pacientes. A verba oferecida para a construção e organização de hospitais públicos, na maioria das vezes, não abarca a construção de leitos em quartos privados e a pequena estrutura física do HE UFPel não comporta a colocação de cortinas entre os leitos.

Pode-se concluir que a percepção dos pacientes em relação aos estudantes de medicina foi positiva, estando a maioria satisfeita em poder contribuir com o aprendizado de futuros médicos. Casos de desrespeito isolados sugerem a necessidade de se aprimorar as habilidades comunicativas de alguns estudantes e de enfatizar a obediência aos princípios éticos.

ANEXOS

Variável	Amostra	
	n	%
Idade		
Adulto(18-44 anos)	12	30%
Meia-idade (45-59 anos)	13	32%
Idoso (60 anos ou mais)	13	33%
Não respondidos	2	5%
Sexo		
Feminino	23	57%
Masculino	17	43%
Estado Civil		
Solteiro	13	32%
Casado/União estável	19	48%
Divorciado/separado	4	10%

Viúvo	4	10%
Escolaridade		
Fundamental	26	65%
Ensino Médio	11	27%
Superior	3	8%
Renda (R\$)		
1.999,99 ou menos	25	62%
2.000,00 ou mais	5	13%
Não respondeu	10	25%
Cidade		
Pelotas	23	57%
Demais cidades	15	38%
Não respondeu	2	5%
Total	40	100%

Tabela 1. Características da amostra

Pergunta	Amostra n (%)
Em um hospital-escola, os pacientes são atendidos por médicos e por alunos. Você sabia que este é um hospital-escola?	
Sim	39 (97)
Não	1 (3)
Os alunos solicitam permissão para conversar e te examinar?	
Raramente	2 (5)
Às vezes	4 (10)
Sempre	34 (85)
Os alunos se apresentam antes de conversar e te examinar?	
Às vezes	3 (7)
Geralmente	36 (90)
Não respondeu	1 (3)
Os alunos são educados e atenciosos ao conversar com você?	
Às vezes	2 (5)
Geralmente	38 (95)
A fala e a explicação dos alunos são de fácil entendimento para você?	
Nunca	1 (2)
Raramente	1 (3)
Às vezes	4 (10)
Geralmente	34 (85)

Os alunos demonstram insegurança no momento da conversa?	
Nunca	12 (5)
Raramente	7 (17)
Às vezes	14 (35)
Geralmente	5 (13)
Não respondeu	2 (5)
Você se sentiu desrespeitado por algum aluno?	
Nunca	38 (95)
Às vezes	1 (2)
Não respondeu	1 (3)
Você tem medo que o aluno possa comentar a sua história com pessoas fora do hospital?	
Sim	3 (7)
Não	35 (88)
Não respondeu	2 (5)
Você se sente incomodado por ser examinado por mais de um aluno?	
Nunca	29 (72)
Raramente	2 (5)
Às vezes	5 (12)
Geralmente	3 (8)
Não respondeu	1 (3)
Você tem medo de perder a sua vaga caso se recuse a conversar com algum aluno?	
Nunca	32 (80)
Raramente	1 (2)
Às vezes	4 (10)
Não respondeu	3 (8)
Você se sente incomodado em responder a perguntas por ter outros pacientes no mesmo quarto?	
Nunca	27 (67)
Raramente	1 (2)
Às vezes	9 (23)
Geralmente	2 (5)
Não respondeu	1 (3)
Os alunos que já tiveram contato com você têm uma boa apresentação (jaleco limpo, cabelo e barba aparados, unhas limpas e aparadas)?	
A maioria	34 (85)
Alguns	1 (2)
Poucos	2 (5)
Nenhum	1 (3)
Não respondeu	2 (5)

Você se sente incomodado ao responder as mesmas perguntas por diversas vezes a diferentes alunos?

Nunca	20 (50)
Raramente	5 (12)
Às vezes	9 (23)
Geralmente	6 (15)
O quão satisfeito você está em contribuir para o aprendizado dos estudantes de medicina?	
Muito satisfeito	35 (87)
Um pouco insatisfeito	1 (3)
Muito insatisfeito	2 (5)
Não respondeu	2 (5)
Quantos estudantes já conversaram com o senhor por pelo menos uma hora?	
0 a 5	24 (60)
5 a 10	10 (25)
Mais que 10	4 (10)
Não respondeu	2 (5)
Total	40 (100)

Tabela 2. Relação entre a pergunta do questionário e quantidade de indivíduos por opção, com seu percentual correspondente

REFERÊNCIAS

BERWANGER, J.; DE GERONI, G. D.; BONAMIGO, E. L. Estudantes de medicina na percepção dos pacientes. **Revista bioética**. V. 23, n.3, p. 552-62, 2015.

BOUDREAU JD, Cassell EJ, Fuks A. **A healing curriculum**. Med Educ. 2007, v. 41, n.12, p.1193-201.

BUKHARI, I. et al. Patients' attitude towards medical students rotating in the dermatology clinic. **Indian J Dermatol**. V. 53, p. 12-14, 2008

Conselho Federal de Medicina - CFM. **Código de ética do estudante de medicina / Conselho Federal de Medicina**. – Brasília, DF: CFM, 2018

DA SILVA JÚNIOR, G. B. et al. Percepção dos Pacientes sobre Aulas Práticas de Medicina: uma Outra Ausculta. **Revista Brasileira de Educação Médica**. V.38, n. 3, p. 381-387, 2014

FREIRE P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 3ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2004.

GUIMARÃES K. B. S. (2006). **Stress incidence and medical graduation**. Revista de Psicologia da UNESP, v. 5, n.1, p. 41-57.

Ministério da Educação - MEC. **Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014 - Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**, Brasília, 23 de junho de 2014 – Seção 1 – pp. 8-11. Acessado em 09 de setembro de 2019. Online. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192

MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS. **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde**. 2 ed. Brasília – DF, 2007, pg 8.

MONFREDINHO, A. R.; DA SILVA, R. M. Percepção dos pacientes sobre a sua participação com Instrumento de Aprendizado nas aulas práticas de Semiologia. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. V. 35, n. 3, p. 35-41, 2006

MOHAMMED, A. G. et al. Patients' Perceptions Towards the Participation of Medical Students in their Care. **Sultan Qaboos University Med J**. V. 16, n. 2, p. 224-229, 2016.

NUTO SAS, Noro LRA, Cavalsina PG, Costa ICC, Oliveira AGRC. **O processo ensino-aprendizagem e suas consequências na relação professor-aluno-paciente**. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005

SHAH-KHAN, M. et al. Patient attitudes toward medical students in an outpatient colorectal surgery clinic. **Dis Colon Rectum**. V. 50, p. 1255-8, 2007

SIMONS, R. J.; IMBODEN, E.; MARTEL, J. K. Patient attitudes toward medical student participation in a general internal medicine clinic. **J Gen Intern Med**. V. 10, p. 251-4, 1995

Universidade Federal de Pelotas [homepage na internet]. Ensino [acesso em 13 de julho de 2019]. Disponível em: <http://novo.heufpel.com.br/ensino/>

CAPÍTULO 3

AMBIENTE ESCOLAR COMO ÁREA DE ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO E ESTÁGIO PARA O GRADUANDO DE ENFERMAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 01/12/2020

Daniela Silva Rodrigues

Centro Universitário São Camilo. Especialista em Saúde da Criança e do Adolescente. Guarulhos – São Paulo.
<http://lattes.cnpq.br/2032036278627529>.

Júlia Peres Pinto

Universidade Federal de São Paulo. Universidade Federal de São Paulo. Mestre em Enfermagem pela Universidade de Guarulhos. São Paulo – São Paulo.
<http://lattes.cnpq.br/4516237662645858>.

Roberta Boschetti

Universidade Nove de Julho. Especialista em Enfermagem do Trabalho. Enfermeira em Ambulatório Escolar. São Paulo – São Paulo.

RESUMO: Objetivo: Descrever a experiência de uma estagiária de enfermagem em um ambulatório escolar. Materiais e Métodos: Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência. Este relato refere-se ao período de atuação de uma graduanda de enfermagem no estágio extracurricular, durante 24 meses, no ambulatório escolar de um colégio privado localizado no município de São Paulo, perante a supervisão e orientação de um enfermeiro com ampla experiência em enfermagem escolar. A escola conta com crianças e adolescentes na faixa etária dos 2 anos aos 18 anos de idade, com alunos matriculados nos ensinos

infantil, fundamental I, fundamental II e médio. Resultados: A escola como ambiente de trabalho do enfermeiro ainda é pouco divulgada e desconhecida pelos enfermeiros, profissionais da saúde e pela população. Entretanto, a vivência dessa experiência, possibilitou a percepção da importância da saúde escolar no crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor de crianças e adolescentes. O enfermeiro possui diversas oportunidades de ações na promoção a saúde, prevenção de doenças, atendimento pré-hospitalar, encaminhamentos para outros profissionais (médicos, psicólogos, nutricionistas, etc.), bem como a percepção sobre a saúde mental. Conclusão: A despeito da pouca atuação do enfermeiro na área escolar, o trabalho de estágio no ambulatório escolar, possibilita desenvolvimento de competência como comunicação, escuta qualificada, gestão do ambiente de trabalho, além do conhecimento em uma área com escassa ou com ausência de abordagem nos cursos de graduação em saúde. Mostra a relevância e possibilidade de atividades do profissional de enfermagem dentro das escolas, promovendo saúde e prevenindo doenças.

PALAVRAS-CHAVE: “Serviços de saúde escolar”, enfermeiro, “serviços de enfermagem escolar”.

SCHOOL ENVIRONMENT AS AN NURSING AREA AND INTERNSHIP FOR NURSING GRADUATES: EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: Objective: Describe the experience of a nursing intern in a school clinic. Materials and Methods: This is a descriptive study of the experience report type. This report refers to the period of activity of a nursing student in the extracurricular internship, for 24 months, in the school ambulatory of a private college located in the city of São Paulo, under the supervision and guidance of a nurse with extensive experience in school nursing. . The school has children and adolescents aged 2 to 18 years old, with students enrolled in kindergarten, elementary school I, elementary school II and high school. Results: School as a nurse's work environment is still little known and unknown to nurses health professionals and the population. However, the experience of this experience, enabled the perception of the importance of school health in the neuropsychomotor growth and development of children and adolescents. The nurse has several opportunities for actions in health promotion, disease prevention, pre-hospital care, referrals to other professionals (doctors, psychologists, nutritionists, etc.), as well as the perception of mental health. Conclusion: Despite the nurses' low performance in the school area, the internship work in the school clinic allows the development of competence such as communication, qualified listening, management of the work environment, in addition to knowledge in an area with little or no approach in the courses undergraduate in health. It shows the relevance and possibility of nursing professional activities within schools, promoting health and preventing diseases.

KEYWORDS: School health services, nurse, school nursing.

1 | INTRODUÇÃO

O surgimento histórico da saúde na escola ocorreu através da política de atenção à saúde escolar que foi remontada no final do século XVIII e o início do século XIX, quando o médico alemão Johann Peter Frank (1745-1821) desenvolveu o System einer Vollständigen Medicinischen que posteriormente ficou conhecido como Sistema Frank. O Sistema Frank foi um guia publicado na Alemanha, a partir de 1779, em nove volumes. Esse sistema contemplava não somente a saúde escolar, mas também múltiplos aspectos da saúde pública e individual, entre eles, o puerpério, medicina militar, casamento, ambiente vulnerável e prevenção de acidentes. (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010)

O Sistema Frank outorgou a Johann Peter Frank o reconhecimento como o pai da saúde escolar, visto que tratava detalhadamente sobre o atendimento escolar e a supervisão das instituições educacionais caracterizando desde a prevenção de acidentes até a saúde mental. (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010)

De acordo com Figueiredo, Machado e Abreu (2010), o responsável pelos primeiros estudos sobre saúde escolar no Brasil foi Moncorvo Filho em 1850. No entanto, a questão da higiene escolar somente ganhou impulso, no país, a partir do início do século XX. Naquele contexto histórico-social, marcado pela intensa imigração o país vivenciava uma crítica situação de saúde pública. A varíola, era um grande problema para a saúde pública

e epidemias de cólera e peste bubônica comprometiam as atividades de comércio exterior do país.

Durante o século XX, a saúde escolar no Brasil experimentou avanços em sintonia com a evolução técnico-científica, deslocando o discurso tradicional para a concepção da estratégia Iniciativa Regional Escolas Promotoras de Saúde (IREPS), um discurso de múltiplos olhares que surge no final da década de oitenta. (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010)

Alvarenga et al. (2012) citou que o Ministério da Saúde, em 1998, por meio da Secretaria de Políticas de Saúde, instituiu o projeto “Promoção da Saúde” com o objetivo de promover a qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidades, bem como reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes sociais.

A partir desse discurso ficou provado que a saúde abrange muitos contextos e não só a ausência de doenças, com isso o enfermeiro pode e deve atuar em atividades de educação para a saúde e atendimentos a comunidade escolar em diferentes espaços, principalmente nas escolas. Portanto, a presença de um ambulatório na escola não permite apenas atendimentos e identificação de problemas de saúde, mas também visa a promoção de saúde dos escolares. . (ALVARENGA et al., 2012)

A inserção do enfermeiro no ambiente escolar através das ações educativas e atendimentos realizados com as crianças e adolescentes proporcionam a manutenção e a obtenção da saúde embasado nas orientações e educação em saúde para alternativas saudáveis e de tratamento. (ALVARENGA et al., 2012)

O Decreto Presidencial Interministerial nº 6.286 de 05 de dezembro de 2007 instituiu o Programa Saúde na Escola (PSE), que surgiu como uma política intersetorial entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde. O programa tem a perspectiva de atenção integral à saúde de estudantes da educação básica, nos espaços escolares e/ou unidades básicas de saúde (UBS) com estratégia saúde da família (ESF). (BRASIL, 2009)

Segundo Rasche (2012) a saúde escolar é inserida no novo modelo de ações em saúde com a finalidade de abolir o modelo curativo baseado em práticas assistenciais pontuais, repensando os padrões de atendimento das necessidades em saúde direcionada para a comunidade escolar.

A escola não é um novo espaço para o enfermeiro, mas um local pouco explorado, apesar das Políticas Públicas de Saúde, em suas novas perspectivas, assimilarem e demonstrarem que a prevenção em saúde se baseia em promoção do bem-estar preenchendo a lacuna de discussão acerca do tema saúde escolar. (RASCHÉ, 2012)

Diversos autores destacam da mesma maneira o papel do enfermeiro escolar que é considerado atualmente, como parte integrante de qualquer organização educacional. O papel principal do enfermeiro escolar é assegurar o máximo de saúde e de cooperação inteligente por parte do escolar, neste contexto, a sua atividade irá colocá-lo em contato

com os pais, com os professores, com as associações de assistência, estendendo-se a família inteira e não somente ao escolar. Portanto, é fundamental que o enfermeiro escolar apoie a dignidade e o bem-estar individual e coletivo. (RASCHE; SANTOS, 2008; RASCHE, 2012; PIRES et al., 2012; FONTANELE et al., 2017).

De acordo com Medeiros, Boehs e Heidemann (2013) a resistência da visão que ainda existe do trabalho do enfermeiro relacionado ao procedimento técnico é uma grande dificuldade na atuação do enfermeiro na escola. Sendo assim, o enfermeiro age apenas no sentido de aliviar demandas médicas e do serviço em geral, o que impede o estabelecimento de vínculos, confiabilidade, sistematização da assistência, entre outras questões necessárias à educação e à promoção da saúde.

Segundo Balbino (2010), o enfermeiro é um profissional capacitado para implementar ações específicas em relação a avaliação, orientação e cuidado a comunidade escolar, com a finalidade de evitar prejuízos nas intervenções resultantes de falta de informação dos indivíduos.

O enfermeiro escolar desenvolve diversas atividades na assistência à comunidade escolar, são elas: preparo e treinamento de profissionais para prestação de atendimento na assistência à criança, identificação de problemas, orientação em saúde, conscientização da comunidade escolar com participação efetiva da equipe multiprofissional, desenvolver ações educativas, detecção sistemática de perturbações em escolares e registrar os atendimentos aos escolares. (BALBINO, 2010)

2 | METODOLOGIA

Este estudo trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, desenvolvimento no contexto do estágio extracurricular, enquanto graduanda do curso de enfermagem durante 24 meses, no ambulatório escolar de uma escola privada localizada no município de São Paulo, perante a supervisão e orientação de um enfermeiro com ampla experiência em enfermagem escolar. A escola conta com crianças e adolescentes na faixa etária dos 2 anos aos 18 anos de idade, com alunos matriculados nos ensinos infantil, fundamental I, fundamental II e médio.

A teoria de enfermagem escolhida como fundamento deste relato de vivência foi a Teoria Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau. Esta teoria aborda a enfermagem como um processo interpessoal, ou seja, nas relação entre enfermeiro e paciente/cliente, visa identificar pretende identificar os princípios que fornecem apoio às relações interpessoais que se desenvolvem na assistência de enfermagem, de forma que as circunstâncias sejam de experiências de aprendizagem e crescimento pessoal de cuidado possam ser transformadas em experiências de aprendizagem e crescimento pessoal. A base da escolha dessa teoria se deu a partir das práticas assistências do enfermeiro dentro do ambulatório escolar, afinal o atendimento às crianças e adolescentes necessitam de um estabelecimento de vínculo. (ALMEIDA; LOPES; DAMASCENO, 2005)

O relato da experiência apresenta a vivência de uma estagiária graduanda do curso de enfermagem que trabalhou atendendo crianças e adolescentes em ambiente escolar. O ambulatório escolar exige que o enfermeiro realize uma assistência individualizado, enfatizando a atenção integral à saúde e considerando as relações familiares, sociais e psicológicas de cada aluno. (BALBINO, 2010)

3 | RESULTADO E DISCUSSÃO

A experiência dentro do âmbito de saúde escolar possibilita o acompanhamento do desenvolvimento e crescimento de crianças e adolescentes, bem como a autonomia do enfermeiro que precisa ter uma postura resolutiva, além de estabelecer um vínculo de confiança e empatia.

O ambulatório de uma escola possibilita que o enfermeiro trabalhe com cada criança individualmente e integralmente, tratando de diversos assuntos respeitando a individualidade de cada estudante e valorizando seu contexto familiar. Através de consultas individuais, torna-se grande a capacidade de promover saúde, identificar alterações anormais e realizar educação em saúde. O enfermeiro tem um papel fundamental na prestação de atendimentos assistenciais aos alunos quando estes apresentam demandas de cuidado no período em que estão dentro da escola.

O enfermeiro dentro de uma unidade educacional, transmite segurança para os pais e responsáveis, além de prestar atendimento pré-hospitalar, promoção da saúde e auxiliar no tratamento do aluno. A importância de um especialista em saúde nas escolas é pouco divulgada, mas através desse profissional é possível realizar atividades de educação e/ou prevenção, bem como atendimentos emergenciais que outros profissionais não estariam habilitados para tratar.

Segundo Rigotti e Ferreira (2005) (10), é necessário que o enfermeiro aplique sua habilidade técnica, seu conhecimento, sua intuição e, sobretudo, muita sensibilidade para o indivíduo com dor. Esta relação com o sujeito deve ser mais intensa quando se trata de crianças e/ou adolescentes, ou seja, o profissional deve mostrar vínculo, interesse, compaixão, afetividade e apoio.

4 | CONCLUSÃO

O presente relato de experiência apresenta a necessidade de ações de saúde do enfermeiro dentro do ambiente escolar, pois possibilita o acompanhamento do desenvolvimento de crianças e adolescentes, vem como a promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamentos e encaminhamentos para diversos profissionais de saúde.

O enfermeiro na esfera escolar possui autonomia e participação resolutiva dentro da saúde de crianças e adolescentes. Concluindo, a descrição dessa vivência identificou

o papel do enfermeiro escolar, além de uma lacuna na literatura relacionado a este tema.

Portanto, se faz necessário estudos na área da enfermagem escolar, como também a abordagem dessa disciplina nas grades curriculares dos cursos de graduação de enfermagem, ocasionando engajamento de enfermeiros, valorização dessa especialização em saúde e promovendo atenção integral à saúde de crianças e adolescentes nas escolas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Vitória de Cássia Félix de; LOPES, Marcos Venícios de Oliveira; DAMASCENO, Marta Maria Coelho. **Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum**. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 202-210, June 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 Out 2020.

ALVARENGA, Willyane A et al. **Ações de educação em saúde realizadas por enfermeiros na escola: percepção dos pais**. Revista Min. Enf: São Paulo, v. 16, n. 4, p. 522-527, out./dez. 2012.

BALBINO, Carlos Marcelo. **A gerência do cuidado de enfermagem na implantação de um espaço de cuidar em saúde à comunidade escolar**. Niterói, p. 83. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na Escola**. Caderno de Atenção Básica de Saúde na Escola, Brasília: Ministério da Saúde, n. 24. 2009.

FIGUEIREDO, Túlio Alberto Martins de; MACHADO, Vera Lúcia Taqueti and ABREU, Margaret Mirian Scherrer de. **A saúde na escola: um breve resgate histórico**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 397-402. 2010.

FONTENELE, Raquel Malta et al. **Construção e validação participativa do modelo lógico do Programa Saúde na Escola**. Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 41, n. especial, p. 167-179. 2017.

MEDEIROS, Elaine Alano Guimarães; BOEHS, Astrid Eggert; HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schuler Buss. **O papel do enfermeiro e as recomendações para a promoção da saúde da criança nas publicações da enfermagem brasileira**. Rev Min Enferm, v.17, n.2, p. 462-467. 2013.

PIRES, Laurena Moreira et al. **A enfermagem no contexto da saúde do escolar: revisão integrativa da literatura**. Rio de Janeiro: Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro, p. 668-75, dez. 2012.

RASCHE, Alexandre Schmitt. **Apráxis do enfermeiro no planejamento e avaliação das ações na saúde escolar**. Centro de Ciências da Saúde. Rio de Janeiro, 2012.

RASCHE, Alexandra S.; SANTOS, Maria da Soledade S. dos S.; **A enfermeira escolar e o seu objetivo**. Esc Anna Nery Rev Enferm, 2008 set. 406 p.

RIGOTTI, Marcelo A.; FERREIRA, Adriano M. **Intervenções de enfermagem ao paciente com dor**. Arquivo das Ciências da Saúde, São Paulo, v.12, n.1, p. 50-54, jan./mar. 2005.

CAPÍTULO 4

ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO DA ATENÇÃO BÁSICA NA VIDA SOCIAL DO IDOSO: REVISÃO DE LITERATURA

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 29/10/2020

Érica Priscila Costa Ramos

Faculdade de Terra Nordeste-FATENE
<https://orcid.org/0000-0001-7684-0813>

Assunção Gomes Adeodato

Faculdade de terra Nordeste-FATENE
<https://orcid.org/0000-0002-5312-9815>

Francisca Janiele Martins da Costa

Faculdade de terra Nordeste-FATENE
<https://orcid.org/0000-0002-5467-4540>

Nicolau da Costa

Universidade Federal do Ceará, Departamento
de pós-graduação em enfermagem
<https://orcid.org/0000-0001-9845-7292>

Francisco Mateus Rodrigues Furtuoso

Faculdade de terra Nordeste-FATENE
<https://orcid.org/0000-0001-5747-3085>

Diego Jorge Maia Lima

Faculdade de Terra Nordeste-FATENE
<http://orcid.org/0000-0003-4708-3088>

Jéssica Luzia Delfino Pereira

Escola de Saúde Pública Ceará
<https://orcid.org/0000-0002-4940-6525>

Francisco Walter de Oliveira Silva

Faculdade de terra Nordeste-FATENE
<https://orcid.org/0000-0001-5349-8314>

RESUMO: A terceira idade é a última fase da vida humana, marcada por transformações físicas, sociais, econômicas e psicológicas. Objetivo descrever a assistência do enfermeiro da atenção básica na vida social do idoso. Trata-se de uma revisão literatura realizada nos meses de fevereiro a maio de 2020 nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde – BVS (Bireme), por meio das publicações da base de dados BDEF (Base de Dados em Enfermagem), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde e ScIELO (Scientific Electronic Library Online). A participação dos idosos em grupos de atividades físicas é o mais predominante como meio de socialização da terceira idade, principalmente também pelos benefícios à saúde e promoção do envelhecimento ativo. Os enfermeiros da básica organizam os grupos de atividades para os idosos e orientaram a participação em grupos sociais que ocorram no seu bairro. É de extrema importância o enfermeiro na vida social do idoso, principalmente nos grupos dentro da unidade básica de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Socialização, Saúde do Idoso, Idoso, Enfermagem, Atenção Primária à Saúde.

BASIC CARE NURSE ASSISTANCE IN THE SOCIAL LIFE OF THE ELDERLY: LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: The third age is the last phase of human life, marked by physical, social, economic and psychological changes. Objective To describe the assistance of nurses in primary care in the social life of the elderly. This is a literature review carried out from February to May 2020 in

the databases of the Virtual Health Library - VHL (Bireme), through the publications of the BDNF database (Nursing Database), Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences and ScIELO (Scientific Electronic Library Online). The participation of the elderly in physical activity groups is the most prevalent as a means of socializing the elderly, mainly also for the health benefits and promotion of active aging. Basic nurses organize activity groups for the elderly and guide participation in social groups that occur in their neighborhood. Nurses are extremely important in the social life of the elderly, especially in groups within the basic health unit.

KEYWORDS: Socialization, Health of the Elderly, Aged, Nursing, Primary Health Care.

1 | INTRODUÇÃO

A terceira idade é a última fase da vida humana, marcada por transformações físicas, sociais, econômicas e psicológicas. Dentre as muitas mudanças estar a vida social, esta, sofre grandes alterações, por se tratar de um momento de transformações em todas as áreas supracitadas, por muitas vezes, o idoso não tem uma vida social ativa e isso pode ocasionar problemas psicológicos, como; depressão, síndrome do pânico, ansiedade, entre outros.

Segundo as Nações Unidas, em 2015 viviam no mundo 901 milhões de indivíduos com idade iguais ou superiores a 60 anos. Esse número deve aumentar para 1,4 bilhão em 2030 e para 2,1 bilhões em 2050. E no Brasil, cuja população idosa em 2010 representava 11,7% da população geral, projeta-se aumento desse percentual para 18,8% em 2030 e para 29,3% em 2050 (ONU, 2015).

O envelhecimento é um processo natural e inerente da espécie humana. Assim, faz-se necessário, políticas públicas voltadas para essa esfera da população, no sentido de promover a qualidade de vida. Sabe-se que, o envelhecimento acontece no mundo, contudo se dá em realidades e culturas diferentes (CAVALLI *et al.*, 2014).

A pessoa idosa tem particularidades como doenças crônicas e fragilidades, mais custos, menos recursos sociais e financeiros. Porém, envelhecer, ainda que sem doenças crônicas, envolve alguma perda funcional. Com tantas situações adversas, o cuidado do idoso deve ser estruturado de forma diferente da que é realizada para o adulto mais jovem (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

Há também as mudanças psicológicas que resultam na dificuldade de desempenhar novos papéis, falta de motivação, dificuldade de planejar o futuro, dificuldade em se adaptar ao novo e baixa autoestima, o que levam ao isolamento social (SILVA; FERRET, 2019).

De acordo com o Estatuto do Idoso (Lei nº. 10.741 de 1º de outubro de 2003), decreta-se idoso no artigo 1º da Lei, toda pessoa com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos (VANZELLA, LIMA NETO E SILVA, 2011).

A experiência de envelhecer assume um novo lugar na contemporaneidade, fato que se deve principalmente à inserção do idoso em atividades esportivas, envolvimento com a

arte, continuidade nos estudos e trabalho, bem como participação ativa no funcionamento familiar, muitas vezes ocupando o lugar de provedor (TEIXEIRA *et al.*, 2016).

E assistência em saúde abrange um papel fundamental no processo de envelhecimento. A pessoa idosa sempre estará vinculada à atenção básica, independentemente de ser assistida em outro ponto de atenção, sendo a Atenção Básica responsável pelo acompanhamento do caso, de forma articulada e integrada aos outros pontos de atenção. Pois, a Atenção Básica tem papel importante na estruturação da atenção à saúde no Sistema Único de Saúde como ordenadora e coordenadora do cuidado, visando garantir a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado, além de contribuir para a organização dos pontos de atenção, com ampliação do acesso e qualificação do cuidado (BRASIL, 2014).

Dentro da assistência a pessoa idosa, tem-se a assistência de enfermagem que tem como objetivo a manutenção e valorização da autonomia do idoso, para tanto é necessário avaliar o grau de dependência e instituir medidas voltadas para o alcance do maior grau possível de independência funcional e autonomia (RINALDI *et al.*, 2013).

Dentre das ações no Sistema Único de Saúde (SUS) a pessoa idosa, encontra-se a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa criada em 2006 que integra um conjunto de iniciativas que tem por objetivo qualificar a atenção ofertada às pessoas idosas no Sistema Único de Saúde, instrumento proposto para auxiliar no bom manejo da saúde da pessoa idosa, sendo usada tanto pelas equipes de saúde quanto pelos idosos, por seus familiares e cuidadores (BRASIL, 2017).

Diante do contexto atual, do processo envelhecimento humano, surgiu a seguinte pergunta norteadora: Como é realizada assistência do enfermeiro da atenção básica na vida social do idoso?

O estudo justifica-se pelo interesse diante de desenvolver uma melhor qualidade na assistência de enfermagem na vida social do idoso e contribuir para que as políticas públicas sejam eficazes na prática clínica. Torna-se relevante a pesquisa proposta quando se traz uma síntese do conhecimento científico sobre a vida social do idoso, de forma que através da literatura se busque melhores práticas assistências.

Objetiva-se a descrever a assistência do enfermeiro da atenção básica na vida social do idoso.

2 | REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Políticas Públicas voltadas ao idoso

A Política Nacional do Idoso (PNI) foi aprovada pela lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994 com o de assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, toda pessoa maior de sessenta anos de idade (IPEA, 2016).

Fernandes e Brandão (2018) abordam que:

A Constituição Federal de 1988 também prevê, como um dos objetivos fundamentais da República, a promoção do bem-estar de todos os indivíduos, sem que haja qualquer forma de discriminação, o que a diferencia das demais no tocante ao aspecto social apreciado. A inserção dos idosos não se deu apenas de forma ampla e geral, havendo disposição específica de que os filhos maiores devem amparar e ajudar os pais na velhice, carência ou enfermidade. O texto constitucional acrescenta que o Estado e a sociedade têm o dever de amparar os anciãos, demonstrando o efetivo avanço legislativo em relação à inserção participativa dos idosos, bem como seu bem-estar, dignidade e, sobretudo, real cidadania, sugerindo que os programas de amparo aos idosos terão execução preferencialmente em seus lares.

O Estatuto do Idoso estabelecido pela Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, dispõe sobre os direitos da pessoa com ou mais de sessenta anos. Os direitos da assistência social, habitação, amparo à saúde, cultura, esporte, previdência social, trabalho, lazer, acessibilidade e transporte são todos elencados no Estatuto do Idoso, de forma a consolidar o estabelecido pelo legislador de maneira mais incisiva (FERNANDES; BRANDÃO, 2018).

A Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) criada através da Portaria nº 1395/1999, do Ministério da Saúde (MS), que visou à promoção do envelhecimento saudável, à prevenção de doenças, à recuperação da saúde, à preservação/melhoria/reabilitação da capacidade funcional dos idosos com a finalidade de assegurar-lhes sua permanência no meio e sociedade em que vivem, desempenhando suas atividades de maneira independente (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003 *Apud* VERAS; OLIVEIRA, 2018).

A portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006 aprovou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) que tem por finalidade recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2006; VERAS; OLIVEIRA, 2018).

A PNSPI, em concordância com a PNSI, teve por objetivo permitir um envelhecimento saudável, o que dizer preservar sua capacidade funcional, sua autonomia e manter o nível de qualidade de vida, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), que direcionam medidas individuais e coletivas em todos os níveis de atenção à saúde (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

2.2 Atenção Básica

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados,

pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2017).

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) estabelece que as equipes mínimas da atenção básica deverão ser compostas por médicos (preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade), enfermeiro (preferencialmente especialista em saúde da família), auxiliares e/ou técnicos de enfermagem, podendo contar com cirurgião-dentista (preferencialmente especialista em saúde da família), e auxiliar e/ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2019).

A atuação do enfermeiro na atenção básica de saúde concentra-se nas consultas de enfermagem, caracterizada pelo atendimento individual ou coletivo por meio de uma abordagem contextualizada e participativa do usuário. Também o desenvolvimento de atividades preventivas, educativas e administrativas, além de coordenar e supervisionar os auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários de saúde (ACS). Porém, ainda persistem atividades individuais e curativista voltadas para o agravo de saúde do cliente (FREITAS; SANTOS, 2015).

3 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão da literatura, com uma abordagem qualitativa. A revisão da literatura é o processo de busca, análise e descrição de um corpo do conhecimento em busca de resposta a uma pergunta específica. A literatura cobre todo o material relevante que é escrito sobre um tema: livros, artigos de periódicos, artigos de jornais, registros históricos, relatórios governamentais, teses e dissertações e outros tipos (CRESWELL, 2007).

A abordagem qualitativa tem o sentido de tornar possível a objetivação de um tipo de conhecimento que tem como matéria prima opiniões, crenças, valores, representações, relações e ações humanas e sociais sob a perspectiva dos atores em intersubjetividade (MINAYO, 2012).

A pesquisa foi realizada no mês de fevereiro a junho de 2020. A primeira fase foi direcionada para a pergunta norteadora: De que forma o enfermeiro da atenção primária à saúde contribui para a vida social dos idosos?

A busca dos artigos foi na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde – BVS (Bireme), por meio das publicações da base de dados BDENF (Base de Dados em Enfermagem), LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SciELO (Scientific Electronic Library Online).

Foi realizada a partir dos descritores indexados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Socialização, Saúde do Idoso, Idoso, Enfermagem, Atenção Primária à Saúde. Foram realizados três cruzamentos: “Saúde do Idoso AND Socialização”; “Socialização AND Enfermagem”; “Socialização AND Idoso AND Atenção Primária à Saúde”.

Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: artigos completos disponíveis eletronicamente em língua portuguesa, artigos que abordem o tema em estudo contribuindo para o alcance do objetivo e artigos publicados nos últimos cinco anos. Foram excluídos teses, dissertações e anais publicados em congressos, artigos que não se quadravam nos objetivos dos estudos e artigos repetidos.

Os artigos encontrados nas bases de dados foram 359 artigos, em seguida foi aplicado os critérios de inclusão e exclusão que ficaram 14 artigos e após isso, foi realizado a leitura detalhada dos artigos, restando na amostra final 09 artigos. No quadro 01 abaixo encontra-se a caracterização do número de artigos.

Descritores	Base de dados	Artigos encontrados	Artigos excluídos	Artigos incluídos
Saúde do Idoso AND Socialização	BDEF	16	15	1
	Lilacs	16	15	1
	SciELO	21	18	3
Socialização AND Enfermagem	BDEF	107	107	0
	Lilacs	121	119	2
	SciELO	73	72	1
Socialização AND Idoso AND Atenção Primária à Saúde	BDEF	2	1	1
	Lilacs	3	3	0
	SciELO	0	0	0
Total		359	350	09

Quadro 01: caracterização do número de artigos pesquisados nas bases de dados: LILACS, SciELO e BDEF – Caucaia-CE, 2020.

Posteriormente, foi criado um quadro sinóptico para análise e síntese dos artigos, que contemplou os seguintes aspectos considerados pertinentes: número do artigo, ano da pesquisa; nome dos autores/ano da publicação; título; objetivo e resultados.

Em relação aos aspectos éticos o presente estudo por ser de revisão não será submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), porém todos os preceitos éticos estabelecidos serão respeitados no que se refere à zelar pela legitimidade das informações, privacidade e sigilo das informações, quando necessárias, tornando os resultados desta pesquisa públicos.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diante dos resultados do estudo foi elaborado um quadro sinóptico com todos os artigos da amostra. Os artigos do estudo variaram entre 2019, 2018 e 2016, onde 2019 (3), 2018 (3) e 2016 (3). Em relação aos delineamentos metodológicos são descritivos e exploratórios (3), transversal e descritivo (1), teoria fenomenológica (1), pesquisa-ação (2), transversal (2).

Nº	Autores/ ano	Título do artigo	Objetivo	Resultados
A1	BARBOSA, A. R. C.; CARVALHO, B. M. P.; PARAIZO, C. M. S.; DÁZIO, E.M. R.; LIMA, R. S.; FAVA, S. M. C. L./2019.	Significado atribuído por idosos com hipertensão arterial sistêmica à realização de atividade física.	Analisar o significado atribuído pelas pessoas idosas com hipertensão arterial sistêmica à atividade física.	A participação dos idosos no grupo de atividade física envolvem respostas psicossociais contextualizadas em um espaço de interação com os amigos.
A2	PREVIATO, G. F.; NOGUEIRA, I. S.; MINCOFF, R. C. L.; JAQUES, A. E.; CARREIRA, L.; BALDISSERA, V. D. A./2019	Grupo de convivência para idosos na atenção primária à saúde: contribuições para o envelhecimento ativo.	Analisar as contribuições do grupo de convivência de idosos para o envelhecimento ativo na perspectiva de seus participantes.	Os idosos relacionaram as atividades de lazer promovidas pelo grupo, como uma oportunidade de socialização entre os participantes.
A3	BITENCOURT, L. E.; SIMÕES, R. R./2019.	Motivos de permanência dos idosos praticantes de ginástica orientada.	Investigar os motivos de permanência dos idosos praticantes de ginástica orientada.	Construir amizades foi 80,4% dos idosos responderam o motivo de permanece na ginástica orientada.
A4	LÓPEZ-BENAVENTE, Y.; ARNAU-SÁNCHEZ, J.; ROS-SÁNCHEZ, T.; LIDÓN-CEREZUELA, M. B.; SERRANO-NOGUERA, A.; MEDINA-ABELLÁN, M. D./2018.	Dificuldades e motivações para o exercício físico em mulheres idosas. Um estudo qualitativo.	Identificar dificuldades e motivações para a prática de exercício físico em mulheres com mais de 65 anos.	As motivações de mulheres idosas de prática exercícios físicos estão relacionados à percepção de fortaleza, necessidade de socialização, percepção de autonomia e liberdade.
A5	OLYMPIO, P. C. A. P.; ALVIM, N. A. T./2018.	Jogo de tabuleiro: uma gerontotecnologia na clínica do cuidado de enfermagem	Criar um jogo de tabuleiro como gerontotecnologia voltada à promoção do envelhecimento ativo e saudável.	Gerontotecnologia implementada na clínica do cuidado de enfermagem agiu como elemento lúdico no exercício da autodeterminação e independência do idoso, como potencializador de memória, autoestima, processos de socialização, trocas de experiências e aprendizagem compartilhada.

A6	RODRIGUES, D. M. M. R.; LABEGALINI, C. M. G.; HIGARASHI, I. H.; HEIDEMANN, I. T. S. B.; BALDISSERA, V. D. A./ 2018.	O percurso educativo dialógico como estratégia de cuidado em sexualidade com idosas.	Desvelar o conhecimento crítico mediado por um percurso cuidativo-educativo dialógico em sexualidade com mulheres idosas.	Práticas educativas contextualizadas e participativas por meio do diálogo autêntico que permitiu desvelamentos críticos.
A7	SANTANA, R. F.; LOBATO, H. A.; SANTOS, G. L. A.; ALEXANDRINO, S. A.; ALENCAR, T. D.; SOUZA, T. A./ 2016.	Oficinas de estímulo cognitiva para idosos com baixa escolaridade: estudo intervenção.	Analisar o desenvolvimento de oficinas de estimulação cognitiva específicas para idosos com baixa escolaridade e associá-lo ao desempenho da capacidade funcional.	As atividades de estimulação cognitiva específicas para idosos com baixa escolaridade foram eficazes na manutenção da cognição dos participantes. Mas, principalmente, configuraram como uma eficaz estratégia para a socialização e promoção da saúde.
A8	CASTRO, M. R.; LIMA, L. H. R.; DUARTE, E. R./2016.	Jogos recreativos para a terceira idade: uma análise a partir da percepção dos idosos.	Analisar as percepções dos idosos sobre a sua participação nos Jogos Recreativos da Terceira Idade.	Intervenções são vistas pelos idosos como oportunidade de melhoria da saúde e socialização.
A9	OLIVEIRA, D. A. S.; NASCIMENTO JÚNIOR, J. R. A.; BERTOLINI, S. M. G.; OLIVEIRA, D. V./2016.	Participação de idosas em grupos sociais: qualidade de vida e capacidade funcional.	Analisar as diferenças entre qualidade de vida e capacidade funcional em idosas participantes e não participantes de grupos com atividades sociais.	Os resultados indicaram que as idosas participantes de grupo social apresentaram escores de qualidade de vida nos domínios social e intimidade.

Quadro 02: Caracterização dos artigos quanto número do artigo; título do estudo; autores/ano; objetivos; resultados. Caucaia, 2020.

Fonte: autoras

A participação dos idosos em grupos de atividades físicas é o mais predominante como meio de socialização da terceira idade, principalmente também pelos benefícios à saúde e promoção do envelhecimento ativo.

Maioria dos artigos os enfermeiros da atenção básica organizam os grupos de atividades para os idosos ou orientam a participação em grupos sociais que ocorram na sua comunidade.

No artigo 1 os idosos participantes destas investigações responderam que permanecem em programa de exercícios físicos em função do bem-estar e da saúde, pela amizade, por gostar da atividade proposta do professor, pela estética, aptidão física e sociabilidade, o que demonstra a importância de proporcionar aos idosos espaços que estimulem um estilo de vida ativo (BARBOSA et al., 2019).

O artigo 2 os idosos expressaram que participar do grupo nos momentos de lazer, beneficia a socialização, pois os permite conhecer e interagir com pessoas novas, gerar laços de amizade e manter as relações afetivas, sendo também uma oportunidade para saírem de casa, conhecer e interagir com pessoas novas, gerar laços de amizade e manter as relações afetivas, sendo também uma oportunidade para saírem de casa evitando o isolamento social (PREVIATO *et al.*, 2019).

O artigo 3 aponta que construir novas amizades foi a que se destacou como o mais importantíssimo pelos idosos, pois possibilitar socialização com outras pessoas e benefícios para saúde física e mental (BITENCOURT; SIMÕES, 2019).

O artigo 4 os grupos contribuíram para criar uma rede de relações sociais e a fortalecer ainda mais as já estabelecidas, de outro, a segurança e distração que outorga a companhia no momento de realizar exercício físico (LÓPEZ-BENAVENTE *et al.*, 2018).

O jogo de tabuleiro abordado no artigo 5 como gerontotecnologia educacional se configurou como elemento agregador, que levou a um clima de entrosamento, descontração e criação de vínculos no grupo, constituindo-se, assim, em ferramenta facilitadora do cuidado de enfermagem ao idoso (OLYPIO; ALVIM, 2018).

O artigo 6 a atividade educativa dialógica mostrou-se como importante ferramenta de cuidado, pois permitiu desatar as amarras do preconceito relativo à sexualidade no envelhecimento, promover a saúde das idosas e demonstrar novas formas de cuidar (RODRIGUES *et al.*, 2018).

O artigo 7 as atividades de estimulação cognitiva específicas para idosos com baixa escolaridade foram eficazes na manutenção da cognição dos participantes. Mas, principalmente, configuraram como uma eficaz estratégia para a socialização e promoção da saúde, precavendo o aparecimento de sintomas evidentes de perda de memória e depressivos, frequentemente desencadeados pelo sentimento de solidão, assim como de estimularem a manutenção da independência (SANTANA *et al.*, 2016).

Os jogos recreativos para terceira idade abordado no artigo 8 traz que lazer representam ferramentas eficientes da atenção primária no sentido de priorizar o envelhecimento saudável. Porém, destaca-se a importância de inserir o idoso enquanto coautor no processo de elaboração dos programas de exercícios físicos, sugerindo, planejando e executando ações. Tal medida pode promover proatividade, autonomia e capacidade de gerir a própria atividade física, valoriza, assim, o caráter socioeducativo da intervenção (CASTRO; LIMA; DUARTE, 2016).

No artigo 9 os resultados indicaram que idosas participantes de grupo social apresentam melhores escores na qualidade de vida nos domínios social e intimidade, isso possibilita que as idosas tem melhor vida social quando participam de algum grupo de convivência social (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

É importante que haja a implantação de ações pelo enfermeiro com a comunicação junto dos demais profissionais da saúde, direcionadas à pessoa idosa, adotando as

políticas que visem mais a natureza promocional e preventiva e não só curativa. Com essa percepção além das mudanças biológicas, que é necessário pensarem no processo de senescência, como um todo e de maneira integral, contribuindo para o bem estar físico, emocional e social da terceira idade (SOUSA et al., 2019).

Os grupos de convivência ou grupos específicos de atividade física são espaços de interação social, e na saúde dos idosos, permeando seu amplo aspecto biopsicossocial com características como: melhora na qualidade de vida, maior equilíbrio, maior preocupação em cuidar da própria saúde, menor estresse percebido e menos sintomas de depressão (PEREIRA et al., 2016).

Os enfermeiros da atenção básica são profissionais que merecem destaque, e uma vez capacitados, poderão trazer contribuições relevantes para a reorganização das ações de saúde, e para a concretização das propostas das políticas de saúde de atenção ao idoso (RINALDI et al., 2013).

O profissional na atenção primária à saúde deve buscar o aprimoramento do ato de cuidar e isso deve ser realizado constantemente, para proporcionar um atendimento de qualidade, baseado em conhecimentos científicos atualizados e em uma assistência integral na prática assistencial aos idosos, em todas as unidades básicas de saúde no país. Além disso, principalmente o enfermeiro na atenção primária à saúde deve sempre exercer o papel de contribuir para que o idoso consiga aumentar os hábitos de vida saudáveis, diminuir e compensar as limitações inerentes da idade e confortar-se com a angústia e debilidade da velhice (SOUSA et al., 2019).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O convívio social também é de suma importância para a qualidade de vida das pessoas idosas. Portanto, incluir estes indivíduos em atividades sociais é fundamental para a saúde física mental dos mesmos.

No estudo concluiu-se que a participação em grupos sociais (educativos e de atividades físicas) e jogos recreativos permitiu um meio de socialização entre os idosos e além de ter como benefício um envelhecimento ativo e saudável.

Os enfermeiros da saúde básica organizaram os grupos de atividades para os idosos e orientaram a participação em grupos sociais que ocorram na sua comunidade. É de extrema importância o enfermeiro na vida social nessa fase da vida dos indivíduos, principalmente nos grupos dentro da unidade básica de saúde.

Ressalta-se notoriedade das políticas públicas para garantir o direito das pessoas idosas e também a terem acesso a maior interação social dos idosos através de medidas que visem a criação de grupos nos espaços públicos.

O estudo foi fundamental para subsidiar novas pesquisas sobre a temática, pois através das evidências científicas é possível oferecer uma assistência de qualidade que

traga benefícios para vida social ativa dos idosos. Portanto, inseridos os mesmos em eventos, grupos e atividades sociais. Consequentemente, impactando positivamente na saúde dos idosos.

Porém, o estudo teve suas limitações, pois ainda não há tantas pesquisas sobre a temática. Por isso, é importante que novas pesquisas sejam realizadas para que possam contribuir na assistência aos idosos, principalmente na vida social.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, A. R. C.; CARVALHO, B. M. P.; PARAIZO, C. M. S.; DÁZIO, E. M. R.; LIMA, R. S.; FAVA, S. M. C. L. Significado atribuído por idosos com hipertensão arterial sistêmica à realização de atividade física. **Journal Health NPEPS**, 4(2):90-103, jul./dez., 2019. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/01/1047554/3706-14862-1-pb-1.pdf>. Acesso em: 25 de abril de 2020.

BITENCOURT, L. E.; SIMÕES, R. R. Motivos de permanência dos idosos praticantes de ginástica orientada. **R. bras. Ci. e Mov.**, 27(4):179-188, 2019. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/view/9097/pdf>. Acesso em: 25 de abril de 2020.

BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**, Belo Horizonte, v.5, n. 11, p. 121- 136. maio-ago. 2011. Disponível em: <https://www.gestoesociedade.org/gestoesociedade/article/view/1220/906>. Acesso em: 25 de abril de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 18, de 7 de janeiro de 2019. **Estabelece regras para o cadastramento das equipes da Atenção Básica no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), conforme diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica**, 2019. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2019/prt0018_10_01_2019.html. Acesso em: 24 de abril de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Básica**. Sistema Nacional de Saúde, 2017. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/artigos/770-sistema-nacional-de-saude/40315-atencao-basica>. Acesso em: 24 de abril de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Especializada e Temática/DAET, Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa/COSAPI. **Caderneta de saúde da pessoa idosa**, 2017. Disponível em: <https://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/27/CADERNETA-PESSOA-IDOSA-2017-Capa-miolo.pdf>. Acesso em: 24 de abril de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. **Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html#:~:text=PORTARIA%20N%C2%BA%202.528%20DE%2019,de%20Sa%C3%BAde%20da%20Pessoa%20Idosa.&text=1%C2%BA%20Aprovar%20a%20Pol%C3%ADtica%20Nacional,e%20dela%20s%C3%A3o%20parte%20integrante. Acesso em: 26 de abril de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Especializada e Temática / DAET, Coordenação Saúde da Pessoa Idosa / COSAPI. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no sus: proposta de modelo de atenção integral**, 2014. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/images/pdf/2015/setembro/01/Diretrizesaten----opessoaidosa.pdf>. Acesso em: 26 de abril de 2020.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei no 10.741, de 1º de outubro de 2003. **Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências**, 2003. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm#:~:text=LEI%20No%2010.741%2C%20DE%201%2C%20BA%20DE%20OUTUBRO%20DE%202003.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20Estatuto%20do%20Idoso%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs&text=Art.,a%2060%20\(sessenta\)%20anos](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm#:~:text=LEI%20No%2010.741%2C%20DE%201%2C%20BA%20DE%20OUTUBRO%20DE%202003.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20Estatuto%20do%20Idoso%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs&text=Art.,a%2060%20(sessenta)%20anos). Acesso em: 26 de abril de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1395 de 10 de dezembro de 1999. **Política de Saúde do Idoso**, 1999. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html#:~:text=Em%201999%2C%20a%20Portaria%20Ministerial,diretrizes%20e%20responsabilidades%20nela%20estabelecidas%20. Acesso em: 04 de maio de 2020.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. **Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências**, 1994. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18842.htm. Acesso em: 30 de abril de 2020.

CASTRO, M. R.; LIMA, L. H. R.; DUARTE, E. R. Jogos recreativos para a terceira idade: uma análise a partir da percepção dos idosos. **Rev Bras Ciênc Esporte**, 38(3):283-289, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbce/v38n3/0101-3289-rbce-38-03-0283.pdf>. Acesso em: 02 de maio de 2020.

CAVALLI, A. S ET AL. Motivação de pessoas idosas para a prática de atividade física: estudo comparativo entre dois programas universitários - Brasil e Portugal. **Revista Bras. Geriatria Gerontologia**. RIO DE JANEIRO, V. 17, N. 2, P. 255-264, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n2/1809-9823-rbgg-17-02-00255.pdf>. Acesso em: 02 de maio de 2020.

CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto** / John W. Creswell; tradução Luciana de Oliveira da Rocha. - 2. ed. - Porto Alegre: Artmed, 2007. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/696271/mod_resource/content/1/Creswell.pdf. Acesso em: 03 de maio de 2020.

FERNANDES, D. A.; BRANDÃO, B. A. ESTATUTO DO IDOSO: a dignidade da pessoa humana e sua proteção social no município de Macaé. **Revista Direitos Humanos e Democracia**, 6(12), 161-174, 2018. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/direitoshumanosedemocracia/issue/view/218>. Acesso em: 03 de maio de 2020.

FREITAS, G. M.; SANTOS, N. S. S. Atuação do enfermeiro na atenção básica de saúde: revisão integrativa de literatura. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, 4(2):1194-1203, maio/agos., 2014. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/443/754>. Acesso em: 06 de maio de 2020.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: Ipea, 2016. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/161006_livro_politica_nacional_idosos.PDF. Acesso em: 06 de maio de 2020.

LÓPEZ-BENAVENTE, Y.; ARNAU-SÁNCHEZ, J.; ROS-SÁNCHEZ, T.; LIDÓN-CEREZUELA, M. B.; SERRANO-NOGUERA, A.; MEDINA-ABELLÁN, M. D. Dificuldades e motivações para o exercício físico em mulheres idosas. um estudo qualitativo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 26:e2989, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt_0104-1169-rlae-26-e2989.pdf. Acesso em: 03 de maio de 2020.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. D. C. P.; GALVAO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto Enferm. [online]**. 2008, vol.17, n.4. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>. Acesso em: 30 de abril de 2020.

MINAYO MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(3):621-626, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a07.pdf>. Acesso em: 30 de abril de 2020.

OLIVEIRA, D. A. S.; NASCIMENTO JÚNIOR, J. R. A.; BERTOLINI, S. M. M. G.; OLIVEIRA, D. V. Participação de idosas em grupos sociais: qualidade de vida e capacidade funcional. **Rev. Rene**, 17 (2): 278-284, 2016. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3017/2333>. Acesso em: 03 de maio de 2020.

OLYMPIO, P. C. A. P.; ALVIM, N. A. T. Jogo de tabuleiro: uma gerontotecnologia na clínica do cuidado de enfermagem. **Rev Bras Enferm [Internet]**, 71(suppl 2)871-9, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v71s2/pt_0034-7167-reben-71-s2-0818.pdf. Acesso em: 03 de maio de 2020.

PEREIRA, M. C. A.; SANTOS, L. F. S.; MOURA, T. N. B.; PEREIRA, L. C. A.; LANDIM, M. B. P. Contribuições da socialização e das políticas públicas para a promoção do envelhecimento saudável: uma revisão de literatura. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, Fortaleza, 29(1): 124-131, jan./mar., 2016. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/4422/pdf>. Acesso em: 06 de maio de 2020.

PREVIATO, G. F.; NOGUEIRA, I. S.; MINCOFF, R. C. L.; JAQUES, A. E.; CARREIRA, L.; BALDISSERA, V. D. A. Grupo de convivência para idosos na atenção primária à saúde: contribuições para o envelhecimento ativo. **J. res.: fundam. care. Online**, 11(1): 173-180, jan./mar., 2019. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6869/pdf_1. Acesso em: 03 de maio de 2020.

RINALDI, F. C.; MARIA ELISA CARLONE CAMPOS, M. E. C.; LIMA, S. S.; SODRÉ, F. S. S. O papel da enfermagem e sua contribuição para a promoção do envelhecimento saudável e ativo. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Vol.04, N^o. 02, p.2326-2238, 2013. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/262/250>. Acesso em: 03 de maio de 2020.

RODRIGUES, D. M. M. R.; LABEGALINI, C. M. G.; HIGARASHI, I. H.; HEIDEMANN, I. T. S. B.; BALDISSERA, V. D. A. O percurso educativo dialógico como estratégia de cuidado em sexualidade com idosas. **Escola Anna Nery**, 22(3): 1-7, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/ean/v22n3/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0388.pdf. Acesso em: 03 de maio de 2020.

SANTANA, R. F.; LOBATO, H. A.; SANTOS, G. L. A.; ALEXANDRINO, S. A.; ALENCAR, T. D.; SOUZA, T. A. Oficinas de estimulação cognitiva para idosos com baixa escolaridade: estudo intervenção. **Av Enferm.**, 34(2):148-158, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v34n2/v34n2a04.pdf>. Acesso em: 03 de maio de 2020.

SILVA, J. A. R.; FERRET, J. C. F. Os aspectos biopsicossociais do envelhecimento: um enfoque na sexualidade. **Rev. Uningá**, MARINGÁ, V. 56, N. S1, P. 110-117, JAN./MAR. 2019. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/148/1864>. Acesso em: 06 de maio de 2020.

SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cad Saude Publica**, 19(3):839-847, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15887.pdf>. Acesso em: 06 de maio de 2020.

SOUSA, F. E. O.; SOUSA, L. L. R.; AOYAMA, E. A.; SOUZA, R. A. G. Assistência de enfermagem na atenção básica à saúde dos Idosos nos dias atuais. **ReBIS [Internet]**, 1(4):8-16, 2019. Disponível em: <https://revista.rebis.com.br/index.php/rebis/article/view/257/93>. Acesso em: 07 de maio de 2020.

TEIXEIRA, S. M. O.; MARINHO, F. X. S. VASCONCELOS, A. M. C.; MARTINS, J. C. O. Da velhice estigmatizada à dignidade na existência madura: novas perspectivas do envelhecer na contemporaneidade. **Estudos e pesquisas em psicologia**, VOL. 16, NÚM. 2, PP. 469-487, MAIO/ AGOS., 2016. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/29179/20642>. Acesso em: 07 de maio de 2020.

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). World population prospects: The 2015 revision, key findings and advance tables. Working Paper No. ESA/P/WP.241. Disponível em: https://population.un.org/wpp/publications/files/key_findings_wpp_2015.pdf. Acesso em: 23 de abril de 2020.

VANZELLA, E.; NETO, E. A. L.; SILVA, C. C. A terceira idade e o mercado de trabalho. **Revista Brasileira De Ciências Da Saúde**, 14(4):97-100, 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/7199/5692>. Acesso em: 08 de maio de 2020.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciênc. Saúde Colet.**, 23 (6), JUN, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1929.pdf>. Acesso em: 04 de maio de 2020.

CAPÍTULO 5

ATENÇÃO MÉDICO DOMICILIAR: DA TEORIA A PRÁTICA

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 06/10/2020

Débora Cristina Modesto Barbosa

Universidade de Ribeirão Preto, Curso de
Medicina
Ribeirão Preto – São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/5358434107422288>

Leonardo Salamaia

Universidade de Ribeirão Preto, Curso de
Medicina
Ribeirão Preto – São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/9174712001059211>

Ana Gabriela Machado Nascimento

Universidade de Ribeirão Preto, Curso de
Medicina
Ribeirão Preto – São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/4593801298510225>

Beatriz Góes de Oliveira

Universidade de Ribeirão Preto, Curso de
Medicina
Ribeirão Preto – São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/1276270192682539>

Arieny Reche Silva

Universidade de Ribeirão Preto, Curso de
Medicina
Ribeirão Preto – São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/4929539195078630>

Alessandra Cristina Camargo Tarraf

Universidade de Ribeirão Preto, Curso de
Medicina
Ribeirão Preto – São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/5565046195677341>

Maria Clara Ferreira de Sousa Nóbrega

Universidade de Ribeirão Preto, Curso de
Medicina
Ribeirão Preto – São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/1653019318902930>

Camila da Fonseca e Souza Santos

Universidade de Ribeirão Preto, Curso de
Medicina
Ribeirão Preto – São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/9314454035186285>

Camila Arruda Dantas Soares

Universidade de Ribeirão Preto, Curso de
Medicina
Ribeirão Preto – São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/4866308336279562>

Ana Luiza Camilo Lopes

Universidade de Ribeirão Preto, Curso de
Medicina
Ribeirão Preto – São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/6745493389046765>

Paola Yoshimatsu Izelli

Universidade de Ribeirão Preto, Curso de
Medicina
Ribeirão Preto – São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/9724284968500024>

Márcia Isabelle dos Santos

Universidade de Ribeirão Preto, Curso de
Medicina
Ribeirão Preto – São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/3969840026853731>

RESUMO: A Atenção Domiciliar é definida como nova modalidade de atenção à saúde, que é substitutiva ou complementar às já existentes, e que é caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, que prima pela garantia de continuidade de cuidados de forma integrada às redes de atenção à saúde. Seu maior objetivo é propor condições de reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial e hospitalar, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários. Descrever a vivência da Atenção Médico Domiciliar desenvolvida por alunos do curso de Medicina. São realizadas visitas semanais aos casos repassados para visita. São visitas realizadas as terças-feiras de manhã, com 2 alunos da Liga Acadêmica de Atenção Básica à Família e Comunidade do curso de Medicina da UNAERP (LAABFC) e 1 docente do curso de Medicina da UNAERP que é médica de família e comunidade. São realizadas visitas a diversos pacientes que possuam problemas de saúde controlados/compensados, com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção e que necessitem de cuidados de menor complexidade até uma unidade de saúde. Os benefícios da atenção domiciliar são voltados ao usuário do SUS, às famílias e ao sistema de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Serviços de Assistência Domiciliar, Promoção da Saúde, Qualidade da Assistência à Saúde.

HOME HEALTH CARE: FROM THEORY TO PRACTICE

ABSTRACT: Home Care is defined as a new modality of health care, which is substitutive or complementary to the existing ones, and which is characterized by a set of actions to promote health, prevention and treatment of diseases and rehabilitation provided at home, which strives for the ensuring continuity of care in an integrated manner with health care networks. Its main objective is to propose conditions for reorganizing the work process of teams that provide home care in primary, outpatient and hospital care, with a view to reducing the demand for hospital care and / or reducing the length of stay of hospitalized users, the humanization of attention, deinstitutionalization and expansion of users' autonomy. Describe the experience of Home Medical Care developed by medical students. Weekly visits are made to cases forwarded for visit. Visits are carried out on Tuesday mornings, with 2 students from the Academic League of Primary Care for the Family and Community of the UNAERP Medicine course (LAABFC) and 1 professor from the UNAERP Medicine course who is a family and community doctor. Visits are made to several patients who have controlled / compensated health problems, with physical difficulty or impossibility of mobility and who need less complex care to a health unit. The benefits of home care are aimed at SUS users, families and the health system.

KEYWORDS: Home Care Services, Health Promotion, Quality of Health Care.

1 | INTRODUÇÃO

Atender as demandas populacionais, gerir o cuidado ofertado a essa população, demanda da condição do profissional, serviço de saúde, ou responsável pelo atendimento, prover ou disponibilizar tecnologias de saúde de acordo com as necessidades de cada pessoa ao longo da vida, visando ao seu bem-estar, segurança e autonomia para seguir com uma vida produtiva e feliz (CECÍLIO, 2009).

A gestão do cuidado em saúde proporciona o foco tanto em uma unidade como na trajetória do usuário/paciente, e para isso, considera tanto o “planejamento de recursos (físicos, materiais, de organização da força de trabalho), adoção de dispositivos, ferramentas e regulamentos, avaliação da qualidade das ações empreendidas”, quanto “correção das insuficiências, com formulação de novos planos e propostas” (GRABOIS, 2011, p. 161).

Então, é perceptível que oferecer um cuidado com qualidade não se dá de forma espontânea, natural e automática. É necessário realizar a combinação de algumas características como a intencionalidade e a capacidade (GRABOIS, 2011). A intencionalidade é fundamental para se concretizar um modelo de atenção voltado às necessidades e riscos dos pacientes. Já a capacidade de identificar recursos, é a característica que possibilitará combinar esses recursos com as centenas de variações possíveis de usá-lo.

Como a proposta de cada ação demanda de planejamento e pactuação entre os responsáveis, há a possibilidade do protagonismo de diversos atores ficar mais evidente. Cada ação vai se completando e complementando na gestão do cuidado, e ao longo dos anos é possível perceber que surgiram mudanças nas necessidades de saúde da população (BRASIL, 2020), o que provocou a busca de respostas cada vez mais adequadas a estas diferentes necessidades, seja pelo profissionais de saúde, pelo sistema de saúde e até mesmo pelos usuários do serviço.

Frente ao crescente aumento dos atendimentos à população idosa, às pessoas com doenças crônicas degenerativas ou com sequelas provenientes de doenças ou acidentes, além da dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a Atenção Domiciliar (AD) destaca-se como importante possibilidade de resposta do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2020).

A Atenção Domiciliar é definida como nova modalidade de atenção à saúde, que é substitutiva ou complementar às já existentes, e que é caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, que prima pela garantia de continuidade de cuidados de forma integrada às redes de atenção à saúde (BRASIL, 2013b).

Uma vez que o Brasil é um país de grande diversidade e extensão territorial, a classificação da complexidade assistencial em Atenção Domiciliar baseia-se na tentativa de se propor parâmetros que permitam a delimitação do foco de atenção, e que esse priorize os casos que demandam maiores recursos dos serviços de saúde, e o acompanhamento da equipe multiprofissional (BRASIL, 2013a).

Com essas medidas, torna-se possível o planejamento da assistência com qualidade, assim como impactar na redução da duplicidade de atendimento na rede pública, o que favorece que as ações sejam mais resolutivas.

Cada vez mais a Atenção Domiciliar ganha espaço, sendo possível ter clareza de sua indicação. Ela é indicada, no Sistema Único de Saúde, para:

[...] Pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva ou em grau de vulnerabilidade na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador (BRASIL, 2017, art. 535).

E para atender essa população, a Atenção Domiciliar, segundo Art. 536 (BRASIL, 2017), é organizada em três modalidades que posteriormente serão melhor detalhadas:

- I - Atenção Domiciliar 1 (AD 1);
- II - Atenção Domiciliar 2 (AD 2);
- III - Atenção Domiciliar 3 (AD 3).

Para que o início do atendimento ocorra da melhor forma possível, é necessário que haja a avaliação de condições para Atenção Domiciliar (AD). Essa avaliação é fundamental não só para início do atendimento, que deve começar tão logo os critérios de elegibilidade de usuários sejam preenchidos, quanto para a adequada finalização, quando deixarem de existir ou quando os objetivos da intervenção forem alcançados (BRASIL, 2020).

Entretanto, de uma maneira geral, as condições clínicas que justificam a adoção desta abordagem são de caráter crônico,

o que dificulta a clareza a respeito do momento da alta, neste caso, correspondendo ao final do acompanhamento domiciliar. Para que diminua a situação de dúvida, é importante que a assistência seja bem planejada, com objetivos claramente delimitados (tanto para a equipe quanto para o usuário e família), que, uma vez atingidos, possibilitarão o estabelecimento de novas metas, ou direcionarão a alta adequadamente (BRASIL, 2020, p.15).

As diferentes modalidades ou perfis de elegibilidade para Atenção Domiciliar (Figura 1) graduadas em relação à complexidade de assistência, à periodicidade necessária das visitas e ao tipo de equipe responsável pelo cuidado, mencionando tanto as equipes de APS quanto serviços específicos.

Equipe responsável pelo cuidado	Perfil do usuário	Permanência e vínculo	Periodicidade das visitas/ atendimentos
Equipes de Atenção Primária	Crônico, restrito ao leito ou ao lar, estável, com pouca demanda por procedimentos complexos e por equipamentos.	Longa, habitualmente definitivo.	De acordo com a necessidade do usuário, mensal ou prazo maior.
Serviços de Atenção Domiciliar (Emad e Emap)	Agudo, crônico agudizado, restrito ao leito (em geral). ²	Curta, transitório.	De acordo com a necessidade do usuário, semanal ou prazo menor, podendo ser diária.
	Crônico complexo, com maior uso de tecnologia ¹ e maior necessidade de visitas multiprofissionais.	Longa, transitório ou definitivo.	De acordo com a necessidade do usuário, semanal ou prazo menor, podendo ser diária.

Figura 1. Perfis de elegibilidade para AD, Adaptado de Brasil (2017).

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) deve organizar seu processo de trabalho de tal forma que pacientes e cuidadores, assim como os demais profissionais envolvidos no atendimento, uma vez deparando-se com alterações na situação clínica do paciente, tenham um canal de comunicação ágil com sua Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (Emad) ou equipe de Atenção Básica (BRASIL, 2013a).

Focando a discussão no Serviço de Atenção Domiciliar, é importante ressaltar alguns outros pontos presentes na Portaria de consolidação nº 5 de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017). Os principais pontos aqui descritos são referentes aos objetivos dos Serviços de Atenção Domiciliar (Quadro 1), diretrizes dos Serviços de Atenção Domiciliar (Quadro 2), indicação e modalidade de Atenção Domiciliar (Quadro 3), critérios de elegibilidade (Quadro 4) e inelegibilidade (Quadro 5) para a Atenção Domiciliar.

Art. 533. O SAD tem como objetivos
I - redução da demanda por atendimento hospitalar; II - redução do período de permanência de usuários internados; III - humanização da atenção à saúde, com a ampliação da autonomia dos usuários; e IV - a desinstitucionalização e a otimização dos recursos financeiros e estruturais da RAS.

Quadro 1: Objetivos do Serviço de Atenção Domiciliar segundo Portaria de consolidação nº 5 de 28 de setembro de 2017.

Art. 534. A AD seguirá as seguintes diretrizes:

- I - ser estruturada de acordo com os princípios de ampliação e equidade do acesso, acolhimento, humanização e integralidade da assistência, na perspectiva da Rede de Atenção à Saúde (RAS);
- II - estar incorporada ao sistema de regulação, articulando-se com os outros pontos de atenção à saúde;
- III - adotar linhas de cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades do usuário, reduzindo a fragmentação da assistência e valorizando o trabalho em equipes multiprofissionais e interdisciplinares; e
- IV - estimular a participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, do usuário, da família e do(s) cuidador(es).

Quadro 2: Diretrizes do Serviço de Atenção Domiciliar segundo Portaria de consolidação nº 5 de 28 de setembro de 2017

Da indicação e das modalidades de Atenção Domiciliar

Art. 537. Nas três modalidades de AD (AD 1;AD 2; AD 3), as equipes responsáveis pela assistência têm como atribuição:

- I - trabalhar em equipe multiprofissional integrada à RAS;
- II - identificar, orientar e capacitar o(s) cuidador(es) do usuário em atendimento, envolvendo-o(s) na realização de cuidados, respeitando seus limites e potencialidades, considerando-o(s) como sujeito(s) do processo;
- III - acolher demanda de dúvidas e queixas dos usuários, familiares ou cuidadores;
- IV - promover espaços de cuidado e de trocas de experiências para cuidadores e familiares;
- V - utilizar linguagem acessível, considerando o contexto;
- VI - pactuar fluxos para atestado de óbito, devendo ser preferencialmente emitido por médico da EMAD ou da Equipe de Atenção Básica do respectivo território;
- VII - articular, com os demais estabelecimentos da RAS, fluxos para admissão e alta dos usuários em AD, por meio de ações como busca ativa e reuniões periódicas; e
- VIII - participar dos processos de educação permanente e capacitações pertinentes.

Quadro 3: Indicação e modalidade de Atenção Domiciliar segundo Portaria de consolidação nº 5 de 28 de setembro de 2017.

Art. 538, Art. 539 e Art. 540 – Critérios de elegibilidade na modalidade AD 1, 2 e 3

<p>Art. 538. Considera-se elegível na modalidade AD 1</p>	<p>O usuário que, tendo indicação de AD, requeira cuidados com menor frequência e com menor necessidade de intervenções multiprofissionais, uma vez que se pressupõe estabilidade e cuidados satisfatórios pelos cuidadores.</p> <p>§ 1º A prestação da assistência à saúde na modalidade AD 1 é de responsabilidade das equipes de atenção básica, por meio de acompanhamento regular em domicílio, de acordo com as especificidades de cada caso.</p> <p>§ 2º As equipes de atenção básica que executarem as ações na modalidade AD 1 devem ser apoiadas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, ambulatórios de especialidades e centros de reabilitação.</p>
<p>Art. 539. Considera-se elegível na modalidade AD 2</p>	<p>O usuário que, tendo indicação de AD, e com o fim de abreviar ou evitar hospitalização, apresente:</p> <ul style="list-style-type: none">I - afecções agudas ou crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados intensificados e sequenciais, como tratamentos parenterais ou reabilitação;II - afecções crônico-degenerativas, considerando o grau de comprometimento causado pela doença, que demande atendimento no mínimo semanal;III - necessidade de cuidados paliativos com acompanhamento clínico no mínimo semanal, com o fim de controlar a dor e o sofrimento do usuário; ouIV - prematuridade e baixo peso em bebês com necessidade de ganho ponderal.

<p>Art. 540. Considera-se elegível, na modalidade AD 3</p>	<p>O usuário com qualquer das situações listadas na modalidade AD 2, quando necessitar de cuidado multiprofissional mais frequente, uso de equipamento(s) ou agregação de procedimento(s) de maior complexidade (por exemplo, ventilação mecânica, paracentese de repetição, nutrição parenteral e transfusão sanguínea), usualmente demandando períodos maiores de acompanhamento domiciliar.</p>
--	--

Quadro 4: Critérios de elegibilidade das modalidades de Atenção Domiciliar segundo Portaria de consolidação nº 5 de 28 de setembro de 2017.

Art. 541. O atendimento aos usuários elegíveis nas modalidades AD 2 e AD 3 é de responsabilidade do SAD.

Parágrafo Único. Fica facultado à EMAD Tipo 2 prestar assistência apenas na modalidade AD 2, caso não possua condições técnicas e operacionais para a execução da modalidade AD 3.

<p>Art. 544. Será inelegível para a AD o usuário que apresentar pelo menos uma das seguintes situações:</p>
<p>I - necessidade de monitorização contínua; II - necessidade de assistência contínua de enfermagem; III - necessidade de propedêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, em sequência, com urgência; IV - necessidade de tratamento cirúrgico em caráter de urgência; ou V - necessidade de uso de ventilação mecânica invasiva, nos casos em que a equipe não estiver apta a realizar tal procedimento.</p>

Quadro 5: Critérios de Inelegibilidade para a Atenção Domiciliar segundo Portaria de consolidação nº 5 de 28 de setembro de 2017.

Art. 545. O descumprimento dos acordos assistenciais entre a equipe multiprofissional e o usuário, familiar(es) ou cuidador(es) poderá acarretar a exclusão do usuário do SAD, ocasião na qual o atendimento do usuário se dará em outro serviço adequado ao seu caso, conforme regulação local.

Do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) tem-se:

Art. 546. As equipes que compõem o SAD são:

I - Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD), que pode ser constituída como:

- a) EMAD Tipo 1; ou
- b) EMAD Tipo 2; e

II - Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP).

§ 1º A EMAD e a EMAP devem ser cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), conforme as normativas de cadastramento vigentes.

§ 2º A EMAD é pré-requisito para constituição de um SAD, não sendo possível a implantação de uma EMAP sem a existência prévia de uma EMAD.

Art. 547. A EMAD terá a seguinte composição mínima:

I - EMAD Tipo 1:

a) profissional(is) médico(s) com somatório de carga horária semanal (CHS) de, no mínimo, 40 (quarenta) horas de trabalho por equipe;

b) profissional(is) enfermeiro(s) com somatório de CHS de, no mínimo, 40 (quarenta) horas de trabalho por equipe;

c) profissional(is) fisioterapeuta(s) ou assistente(s) social(is) com somatório de CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho por equipe; e

d) profissionais auxiliares ou técnicos de enfermagem, com somatório de CHS de, no mínimo, 120 (cento e vinte) horas de trabalho por equipe;

II - EMAD Tipo 2:

a) profissional médico com CHS de, no mínimo, 20 (vinte) horas de trabalho;

b) profissional enfermeiro com CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho;

c) profissional fisioterapeuta ou assistente social com somatório de CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho; e

d) profissionais auxiliares ou técnicos de enfermagem, com somatório de CHS de, no mínimo, 120 (cento e vinte) horas de trabalho.

Parágrafo Único. Nenhum profissional componente de EMAD poderá ter CHS inferior a 20 (vinte) horas de trabalho.

Art. 548. A EMAP terá composição mínima de 3 (três) profissionais de nível superior, escolhidos entre as ocupações listadas a seguir, cuja soma das CHS de seus componentes será de, no mínimo, 90 (noventa) horas de trabalho:

I - assistente social;

II - fisioterapeuta;

III - fonoaudiólogo;

IV - nutricionista;

V - odontólogo;

VI - psicólogo;

VII - farmacêutico; ou

VIII - terapeuta ocupacional.

Parágrafo Único. Nenhum profissional componente da EMAP poderá ter CHS inferior a 20 (vinte) horas de trabalho.

Do Funcionamento do SAD:

Art. 549. O SAD será organizado a partir de uma base territorial, sendo referência em atenção domiciliar para uma população definida e se relacionará com os demais serviços de saúde que compõem a RAS, em especial com a atenção básica, atuando como matriciadores dessas equipes, quando necessário.

§ 1º A EMAD realizará atendimento, no mínimo, 1 (uma) vez por semana a cada usuário.

§ 2º A EMAP será acionada somente a partir da indicação clínica da EMAD, para dar suporte e complementar suas ações.

§ 3º Durante o período em que o usuário estiver sob os cuidados do SAD, a equipe de atenção básica de sua referência deverá compartilhar o cuidado, participando na elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) daquele usuário.

§ 4º O SAD deverá articular-se com os outros serviços da RAS, principalmente hospitais, serviços de urgência e Atenção Básica, buscando evitar demanda direta dos usuários.

Art. 550. A admissão do usuário ao SAD exigirá a sua prévia concordância e de seu familiar ou, na inexistência de familiar, de seu cuidador, com assinatura de termo de esclarecimento e responsabilidade.

Art. 552. Estima-se, em média, o atendimento de 60 (sessenta) usuários para cada EMAD Tipo 1 e 30 (trinta) usuários para cada EMAD Tipo 2, mensalmente.

Art. 553. O SAD ofertará, no mínimo, 12 (doze) horas/dia de funcionamento, de modo que o trabalho da EMAD seja no formato de cuidado horizontal (diarista) em dias úteis e nos finais de semana e feriados, de forma a assegurar a continuidade da atenção em saúde, podendo utilizar, nestas ocasiões, o regime de plantão.

Atualmente, o Serviço de Atendimento Domiciliar em Ribeirão Preto é composto por 03 Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e 01 Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) habilitadas e ativas.

A articulação deste serviço com Universidades que possuem cursos de medicina é extremamente importante e este documento visa descrever a vivência da Atenção Médico Domiciliar desenvolvida por alunos do curso de Medicina junto a pessoas acompanhadas pelo SAD.

2 | ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PARA O DESENVOLVIMENTO DA EXPERIÊNCIA

A formação de profissionais da área de saúde, precisa contemplar os indivíduos em sua totalidade, não restringindo o cuidado apenas aos que agendam consultas em unidades de saúde.

A Atenção Médico Domiciliar visa proporcionar esse atendimento em domicílio, proporcionando, pelo lado dos alunos, entender o contexto onde transcorre a vida das pessoas, o impacto disso na sua situação de saúde e a adequação do cuidado as demandas locais. Já pelo lado do usuário do serviço, a pessoa acompanhada, há uma redução no tempo de espera, caso fossem acompanhados exclusivamente pela equipe do SAD. Outro ponto importante é que reduzindo esse tempo de espera, também se impacta nos indicadores de atendimento hospitalar e período de permanência de usuários internados.

Os alunos do cursos de Medicina da Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), pertencentes a Liga Acadêmica de Atenção Básica à Família e Comunidade (LAABFC)

tiveram como cenário de práticas, de 2016 à 2019, as residências de pessoas acompanhadas pelo SAD municipal.

Foram realizadas visitas semanais, a pessoas registradas na Unidade de Saúde Castelo Branco, e casos originados do Hospital Electro Bonini. A visitação aconteceu as terças-feiras de manhã, com dois alunos da Liga e um docente do curso de Medicina da UNAERP (médica de família e comunidade).

Foram realizadas visitas a diversos pacientes que possuíam problemas de saúde controlados/compensados, com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitassem de cuidados de menor complexidade.

Todas as famílias seguiam os critérios de elegibilidade estabelecidos pelo SAD do município de Ribeirão Preto/SP.

As famílias eram previamente avisadas através de contato telefônico, e após a primeira visita, eram estabelecidos os retornos e tempo de acompanhamento pelos alunos, deixando-se claro que o acompanhamento era concomitante entre o SAD e os alunos.

Demandas que ocorressem eram repassadas ao SAD para discussão de melhor conduta a ser adotada.

3 | RESULTADOS

Durante o acompanhamento realizado, mais de 50 pessoas foram acompanhadas. Algumas habilidades e competências foram as mais desenvolvidas com os alunos durante as consultas:

- trabalhar em equipe multiprofissional, de forma integrada à rede de atenção à saúde;
- identificar e treinar os familiares e/ou cuidador dos usuários, envolvendo-os na realização de cuidados, respeitando os seus limites e potencialidades;
- abordar o cuidador como sujeito do processo e executor das ações;
- acolher demanda de dúvidas e queixas dos usuários e familiares e/ou cuidador como parte do processo de Atenção Domiciliar;
- elaborar reuniões para cuidadores e familiares; entre outras.

Como uma boa parcela das pessoas visitadas eram idosas, foi possível também aplicar os conceitos relacionados à Atenção Domiciliar na Saúde do Idoso (Figura 2).



Figura 2. Ilustração estática com esquema de conceitos relacionados à Atenção Domiciliar na Saúde do Idoso (UNASUS, 2015).

O perfil dos pacientes atendidos foram: pacientes com mal de Parkinson, mal de Alzheimer, osteoartrose generalizada, fratura de fêmur, depressão maior, e outras doenças crônico-degenerativas próprias da senilidade, como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, sobrepeso ou obesidade, entre outros.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os benefícios da atenção domiciliar são voltados ao usuário do SUS, às famílias e ao sistema de saúde.

O SAD favorece o sistema de saúde no processo de reestruturação da atenção básica, conforme os princípios do SUS, e a incorporação de atendimentos desta lógica, com inserção de alunos, mostra-se relevante para formação de novos profissionais médicos.

É o momento oportuno de o aluno entender a importância do cuidado, a família e o cuidador como unidade de cuidado, e seu papel como elemento importante neste contexto.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 98 p. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_primaria_saude.pdf> . Acesso em:06/10/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de atenção domiciliar**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: < https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf> . Acesso em:06/10/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 5**, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: MS, 2017. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/29/PRC-5-Portaria-deConsolida---o-n--5--de-28-de-setembro-de-2017.pdf>>. Acesso em:06/10/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 963**, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: MS, 2013b. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html>. Acesso em:06/10/2020.

CECILIO, L. C. O. A morte de Ivan Ilitch, por Leo Tolstoy: elementos para se pensar a múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface: Comunic.**, Saúde, Educ., Botucatu, v. 13, p. 545-55, 2009. (supl.1). Disponível em: < <https://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a07v13s1.pdf>>. Acesso em:06/10/2020.

GRABOIS, V. Gestão do cuidado. In: GONDIM, R.; GRABOIS, V.; MENDES JUNIOR, W.V. organizadores. **Qualificação dos gestores do SUS**. 2a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; 2011. p. 153-90. Disponível em: < http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_320215091.pdf>. Acesso em:06/10/2020.

CAPÍTULO 6

AValiação Microbiológica das Mãos de Profissionais de Saúde: Revisão Bibliográfica

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 06/10/2020

Larissa Marques Landim

Faminas-bh

Belo horizonte- MG

<http://lattes.cnpq.br/4722812465691425>

Jessica Peixoto Temponi Ferreira

Faminas-bh

Belo horizonte- MG

<http://lattes.cnpq.br/5990547585813186>

Gabriela Cunha Silva

Faminas-bh

Belo horizonte- MG

<http://lattes.cnpq.br/6147004114569103>

Rizia Alves Lopes

Faminas-bh

Belo horizonte- MG

<http://lattes.cnpq.br/2389588284232945>

Eliane Costa Silva

Universidade Federal de Pelotas

Pelotas- RS

<http://lattes.cnpq.br/3111020700032176>

Beatriz Martins Borelli

Faminas-bh

Belo horizonte- MG

<http://lattes.cnpq.br/7952996482740455>

RESUMO: Os profissionais de saúde têm contato direto com o paciente, tendo as suas mãos como um importante instrumento de trabalho. Sabe-se que a lavagem das mãos é uma medida eficaz na prevenção da infecção cruzada, mas apesar de ser um procedimento simples não se observa a total adesão por parte dos profissionais de saúde. Este artigo tem como objetivo identificar os microrganismos encontrados nas mãos dos profissionais de saúde que foram relatados na literatura, correlacionando-os com o controle de infecções hospitalares. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, com abordagem qualitativa, onde realizou-se a busca de artigos nas bases de dados do Google acadêmico e da Biblioteca Virtual em Saúde, nos períodos entre 2009 e 2015. Os estudos evidenciaram a presença de contaminação nas mãos dos profissionais de saúde. Verificou-se a presença de bactérias de importância médica. Concluiu-se que há necessidade de se promover maior sensibilização do profissional de saúde sobre a importância da lavagem correta e frequente das mãos como coadjuvante no controle de infecção hospitalar.

PALAVRAS-CHAVE: Higiene das Mãos, Microbiologia; bactérias, Profissionais da saúde.

MICROBIOLOGICAL EVALUATION OF THE HANDS OF HEALTH PROFESSIONALS: BIBLIOGRAPHIC REVIEW

ABSTRACT: Health professionals have direct contact with the patient, having their hands as an important work tool. It is known that hand washing is an effective measure in preventing cross-infection, but despite being a simple procedure, total adherence by health professionals is not observed. This article aims to identify the microorganisms found in the hands of health professionals that have been reported in the literature, correlating them with the control of nosocomial infections. This is a bibliographic search, with a qualitative approach, where the search for articles was carried out in the Google academic and Virtual Health Library databases, in the periods between 2009 and 2015. The studies showed the presence of contamination in the hands health professionals. The presence of bacteria of medical importance was found. It was concluded that there is a need to promote greater awareness among health professionals about the importance of correct and frequent hand washing as an adjunct to hospital infection control.

KEYWORDS: Hand Hygiene, Microbiology, Bacteria, Health Personnel

1 | INTRODUÇÃO

A superfície das mãos apresenta uma microbiota associada podendo esta ser transitória ou residente. A microbiota transitória localiza-se nas camadas mais superficiais da pele sendo facilmente removida durante a higienização das mãos com água e sabão. Já a microbiota residente está normalmente associada à epiderme, portanto mais profunda e mais difícil de ser removida, sendo frequentemente associada às infecções cruzadas. (BORGES, 2009). Mais comum de se localizarem em torno das unhas, nas fendas das mãos, além do interior dos folículos pilosos, onde os lipídeos e a epiderme dificultam a sua remoção. Micro-organismos normalmente associados a flora residente são *Acinetobacter calcoaceticus*, *Staphylococcus* coagulase negativo, *Corynebacterium acne*, *Klebsiella* spp. Já na flora transitória, e principais causadores de infecção hospitalares encontramos principalmente: *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella* spp, *Escherichia coli* e *Pseudomonas* spp. (SILVETRIN,2007)

Dessa forma, as mãos dos profissionais de saúde podem se tornar permanentemente colonizadas com uma flora de bactérias patógenas adquiridas em seu ambiente de trabalho. A colonização das mãos por *Staphylococcus aureus* e bacilos Gram-negativos adquiridos durante as mais variadas atividades clínicas, pode ser tão grande que a degermação com sabão não é suficiente para elimina-la. (CUSTODIO,2009). O que é preocupante pois já descritos no Brasil casos de infecções causadas por *Staphylococcus aureus* com sensibilidade reduzida a vários antibióticos, inclusive os mais potentes como a Vancomicina. (BRASIL, 2013). O crescimento dessas formas de microrganismos em locais de assistências à saúde tem se tornado um importante problema de saúde pública. Com o crescimento de novas formas e tipos. (LOKS,2011)

Os profissionais de saúde têm contato direto com o paciente, tendo as suas mãos como um importante instrumento de trabalho. Dessa forma, é de suma importância a conscientização dos profissionais sobre a correta higienização das mãos, e dos mecanismos básicos de transmissão das doenças infecciosas na prevenção de infecções hospitalares. Sabe-se que a lavagem das mãos é uma medida eficaz na prevenção da infecção cruzada, mas apesar de ser um procedimento simples não se observa a total adesão por parte dos profissionais de saúde. (BRASIL, 2007)

Esses profissionais possuem a responsabilidade ética de proporcionar um ambiente seguro para seus pacientes, desempenhando suas funções de maneira adequada, consciente. (PETRI, 2005)

2 | METODOLOGIA

Este artigo tem como objetivo identificar os microrganismos encontrados nas mãos dos profissionais de saúde que foram relatados na literatura, correlacionando-os com o controle de infecções hospitalares. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, com abordagem qualitativa, onde realizou-se a busca de artigos nas bases de dados do Google acadêmico e da Biblioteca Virtual em Saúde, nos períodos entre 2009 e 2015. Os critérios de inclusão dos estudos selecionados para esta revisão bibliográfica foram: artigos publicados português; artigos primários que retratassem sobre microrganismos nas mãos de profissionais da saúde.

Os critérios de exclusão consistiram em: artigos que não abordaram o tema desta revisão, artigos que revisão, artigos de opinião, artigos repetidos nas bases de dados, além de artigos publicados fora do período definido. Foi feita a leitura crítica dos artigos encontrados na literatura, e feita a análise dos dados.

3 | RESULTADOS

Foi feito a leitura crítica de três artigos, já que dos oito encontrados na busca na base de dados, cinco não se enquadraram nos critérios de inclusão previamente estabelecidos. Sobre a população dos estudos a coleta dos dados foi feita nas mãos de médicos, enfermeiros, biomédicos, técnicos de enfermagem, estudantes de medicina e enfermagem.

No artigo de Custodio (2009) foram coletadas 48 amostras, os *Staphylococcus* coagulase negativa (44,5%) foram os microrganismos mais isolados, seguidos de *Staphylococcus aureus* (40,0%); cerca de 70,0% dos estafilococos foram resistentes à oxacilina. Não houve detecção de bacilos Gram-negativos.

Já Pereira (2011) observou que 85% de suas amostras demonstraram algum tipo de colonização. Foi observado em 6% das cepas isoladas de *Staphylococcus aureus* resistente à metilicina resistente (MRSA), presente em todas as classes de profissionais. Além de *Enterococcus* spp, *Staphylococcus* coagulase negativa e Bacilos Gram negativos

em menor proporção. Foi encontrado uma cepa de *Enterobacter* sp ESBL (β -lactamases de espectro estendido). Encontrado, portanto dois mecanismos de resistência.

No estudo de Palos (2009) também houve predominância os cocos Gram positivos: *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus coagulase negativo*. Além de bastonetes Gram negativos, dentre estes identificou-se, *Klebsiella pneumoniae*, *Citrobacter freundii*, *Enterobacter sp.*, *Hafnia alvei* e *Serratia sp*, como também leveduras e fungos.

4 | CONCLUSÃO

Foram encontradas muitas bactérias de importância clínica, com mecanismos de resistência, que podem causar surtos em ambientes hospitalares. Principalmente *Staphylococcus aureus*, pelo fato de ser considerado um dos principais agentes de infecção hospitalar, para os quais já se enfrenta grande dificuldade de obterem-se antimicrobianos ativos para o seu controle. Dessa forma, como as mãos são consideradas um dos principais veículos disseminadores de microrganismo no ambiente hospitalar ficou demonstrada a importância da higienização das mesmas no controle da infecção cruzada. Concluiu-se que há necessidade de se promover maior sensibilização do profissional de saúde sobre a importância da lavagem correta e frequente das mãos como coadjuvante no controle de infecção hospitalar.

REFERÊNCIAS

1. Borges, L. F. A. **Higiene das mãos de profissionais da saúde em hospital brasileiro: adesão, controle de infecção, e transmissão de *Staphylococcus aureus***. Tese de doutorado. UFU. Uberlândia. 2009
2. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Higienização das mãos em serviços de saúde**/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília : Anvisa, 2007.
3. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Manual de Microbiologia Clínica para o Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Módulo 6 : Detecção e identificação de bactérias de importância médica /Agência Nacional de Vigilância Sanitária.– Brasília: Anvisa, 2013.
4. CUSTODIO, J. et al. **Avaliação microbiológica das mãos de profissionais da saúde de um hospital particular de Itumbiara**, Goiás. Rev. Ciênc. Méd., Campinas, 18(1):7-11, jan./fev., 2009.
5. LOKS, L; LACERDA, J. T; GOMES, E; SERRATINE , A.C.P. **Qualidade da higienização das mãos de profissionais atuantes em unidades básicas de saúde**. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2011 set;32(3):569-75.
6. Palos MAP, Silva DVB, Gir E, Canini SRMS, Anders PS, Leão LSNO, Pimenta FC. **Microbiota das mãos de mães e de profissionais de saúde de uma maternidade de Goiânia**. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009;11(3):573-8. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a14.htm>.

7. PEREIRA, M. C. et al. **Microbiota e perfil de suscetibilidade dos profissionais de saúde de um hospital de médio porte de Anápolis-GO**. Anuário de produção científica discente. Faculdade Anhanguera. Vol. 14, n °28, 2011.

8. PETRI, A. K. K. et al. **Microbiota das mãos da equipe de saúde que atua na unidade de terapia intensiva**. Unoeste. Cascavel. 2005.

9. SILVETRIN, E. S. et al. **Higienização das mãos: conhecimento dos profissionais de saúde em um hospital universitário**. Rev. Inst. Cienc Saúde. 25(1), 7-13. 2007

CAPÍTULO 7

CONHECIMENTO DE ACADÊMICOS E PROFISSIONAIS DA SAÚDE ACERCA DAS NORMAS DE BIOSSEGURANÇA EM ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E/OU EMERGÊNCIA

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 06/10/2020

Camila Segal Cruz

Faculdade de Minas-BH
Belo Horizonte-MG
ORCID: 2817580848418411

Emília Pires de Oliveira

Faculdade de Minas-BH
Belo Horizonte-MG
ORCID: 9313256970590247

Lorena Reis Augusto

Faculdade de Minas-BH
Belo Horizonte-MG
ORCID: 1047184467880882

Ana Cecília Lima Gonçalves

Faculdade de Minas-BH
Belo Horizonte-MG
ORCID: 8413583589051596

Beatriz Martins Borelli

Faculdade de Minas-BH
Belo Horizonte-MG
ORCID: 7952996482740455

RESUMO: Os locais de atendimento à saúde exigem dos profissionais que ali atuam um comportamento adequado acerca das normas de biossegurança. Buscou-se aqui, compreender a sua importância, os níveis de aplicação e de conhecimento dos envolvidos nessas áreas e também os métodos para a melhoria da biossegurança dentro de ambientes de urgência e/ou emergência.

PALAVRAS-CHAVE: Contenção de Riscos Biológicos, Urgências, Emergências, Educação Médica, Profissionais de Saúde.

KNOWLEDGE OF ACADEMICS AND HEALTH PROFESSIONALS ABOUT BIOSAFETY STANDARDS IN URGENT AND / OR EMERGENCY CARE

ABSTRACT: Health care facilities require professionals who work there to behave appropriately about biosafety standards. It was sought here, to understand its importance, the levels of application and knowledge of those involved in these areas and also the methods for the improvement of biosafety within urgent and / or emergency environments.

KEYWORDS: Containment of Biological Risks, Urgencies, Emergencies, Medical Education, Health Professionals.

1 | INTRODUÇÃO

Serviços de urgência e emergência são conceituados como aqueles em que são oferecidos, a vítimas de mal súbitos ou traumas, atendimento pré-hospitalar imediato. A maneira como os procedimentos são realizados interferem diretamente na saúde e integridade do profissional bem como o agravo ou estabilidade situacional da vítima (PAIVA, 2011). Assim como em outros setores de atendimento à saúde, existem normas de biossegurança a serem cumpridas antes, durante e depois do contato com os pacientes. Essas normas incluem, por exemplo, lavagem das mãos, uso

de equipamentos de proteção individual (EPI), uso de equipamentos de proteção coletiva (EPC), manejo adequado de resíduos dos serviços à saúde e imunização (SILVA, 2012).

Diante da necessidade de fortalecer a prática correta das medidas de precaução-padrão (MPP), estudou-se o nível de conhecimento e de aplicação destas por profissionais da saúde em atendimentos de urgência e emergência. Além disso, a análise da construção do conhecimento de acadêmicos tornou-se fundamental para o entendimento da aplicação dos procedimentos corretos por esses futuros profissionais (PEREIRA, 2012)

Os estudos de revisão levaram a perceber que nem sempre a biossegurança está presente nos atendimentos de urgência e emergência. A necessidade de agir rápido e com eficiência, o preparo psicológico deficiente para lidar com tais situações, a associação de atendimentos de emergência a um risco supostamente natural, além da falta de conhecimento na área de biossegurança e controle de infecções aumentam os índices de acidentes e contaminações de trabalho por profissionais da saúde (ANTUNES, 2010).

Em relação à formação dos estudantes, entende-se que quanto mais precoce for o contato do acadêmico com as normas de biossegurança, maior será a consolidação de suas aplicações durante o curso e posteriormente à formação (CARRARO, 2012). A abordagem dos níveis de conhecimento dos acadêmicos a respeito destas revela ainda uma construção gradual dessas ideias durante o curso, alunos em períodos mais avançados demonstram maior domínio do assunto.

2 | MÉTODO

Realizou-se um estudo transversal, de objetivo exploratório e descritivo, com procedimento de campo e de abordagem quantitativa e qualitativa. A coleta dos dados se deu mediante a um questionário contendo 10 perguntas objetivas. Esse apresentava perguntas a respeito da situação vacinal dos discentes de medicina, seu conhecimento acerca das vacinas indicadas aos profissionais de saúde, conhecimento das normas estabelecidas para a biossegurança de profissionais da saúde, ocorrência de exposição a material infectado e conhecimento a respeito dos equipamentos de precaução de acordo com o tipo de exposição. O questionário foi aplicado a 123 acadêmicos do curso de medicina da Faculdade de Minas de Belo Horizonte, matriculados no primeiro, segundo, terceiro ou quinto período. Como critério de inclusão foi utilizada a condição de ser acadêmico do curso de medicina e como de exclusão a recusa ou não devolução dos questionários. Desenvolvida no mês de abril de 2016, a pesquisa levou em consideração, por exemplo, alunos que já possuíam diploma de curso superior ou técnico, uma vez que essa condição pode interferir diretamente no nível de conhecimento a respeito das normas de biossegurança. Solicitamos aos discentes o consentimento para participar da pesquisa, prestando-lhes esclarecimentos a respeito do objetivo do estudo, direito de abandoná-lo e garantia de anonimato.

3 | RESULTADOS

Verificou-se que o nível de conhecimento a respeito das normas de biossegurança tinha relação direta com o período em que o aluno se encontra e também se ele já havia diploma em algum curso superior ou técnico. Dentre os alunos do quinto período, por exemplo, dos 5 alunos com curso superior que foram entrevistados 89% relataram ter conhecimento da legislação vigente. Sobre os equipamentos de segurança individual, no primeiro período 100% dos homens entrevistados e 44,5% das mulheres relataram não ter conhecimento a respeito.

Outro dado coletado na pesquisa foi de que a maior parte dos entrevistados relacionou o jaleco principalmente com a proteção do profissional. Sobre a situação vacinal dos acadêmicos, no terceiro período, por exemplo, viu-se que 44,4% dos homens têm situação irregular e 71% das mulheres relataram situação vacinal regular.

4 | DISCUSSÃO

Profissionais da área de saúde são diariamente expostos a materiais contaminados, pacientes com infecções identificadas ou não e fluidos orgânicos. Nos ambientes de urgência e emergência o quadro se agrava, uma vez que a dinâmica do atendimento é de rapidez mais elevada levando os profissionais a muitas vezes negligenciarem a própria segurança. Entender os motivos pelos quais os procedimentos de precaução padrão são descumpridos ou realizados de forma ineficiente é fundamental para a busca de soluções que melhorem os índices de aplicação (CARVALHO, 2011)

Sabe-se que as normas de biossegurança incluem medidas pré e pró-exposição. O procedimento de lavagem das mãos deve ocorrer sempre anteriormente e posteriormente ao atendimento a pacientes, equipamentos de proteção individual e coletiva são essenciais em todos os procedimentos, assim como estar em dia com a vacinação e saber fazer o descarte correto de resíduos contaminados são importantes.

Observa-se que nem sempre procedimentos de precaução padrão são aplicados ou aplicados da maneira correta. Essa realidade se dá pelas deficiências na formação desses profissionais, em que durante os cursos não são apresentados plenamente à maneira adequada de usar equipamentos ou depois de formados desacreditam na necessidade dessa aplicação. Existem ainda aqueles que por tempo de trabalho começam a realizar suas tarefas de forma automática, se esquecendo da seguridade (COSTA, 2010).

Acadêmicos de medicina da Faculdade de Minas de Belo Horizonte demonstraram uma construção de conhecimento gradual a respeito das normas de biossegurança. Alunos do primeiro período, por exemplo, não conheciam plenamente toda a portaria que rege as normas. Enquanto isso, alunos do quinto período que já têm experiência prática estão mais atualizados em relação ao padrão a ser seguido.

Diante do quadro descrito, percebe-se que a atuação do profissional, depende de como é feita a sua formação, além da conduta que constrói ao longo de sua carreira a respeito da relevância que confere aos procedimentos de prevenção adequados.

5 | CONCLUSÃO

Dentre os entrevistados constatou-se que o nível de conhecimento sobre as normas de precaução padrão elevam à medida que os acadêmicos estão em períodos mais elevados e é mais aplicada por estudantes que já possuem ensino superior. O ambiente de urgência e emergência é o que mais propicia a ocorrência de infecções, visto que há uma maior exposição a material contaminado e a própria dinâmica do atendimento exige rapidez e precisão. Contata-se também uma negligência das atitudes de biossegurança devido à naturalização das práticas e a confiança adquirida pelos profissionais ao longo do tempo de experiência. Sendo assim, buscando uma maior proteção dos atuantes nos centros de saúde e dos pacientes residentes no mesmo, fica evidente a necessidade dos egressos aprenderem durante a graduação os aspectos teóricos e práticos da prevenção e controle das infecções advindas da assistência médica e quanto mais precoce for esse contato mais eficiente será a construção desse conhecimento.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, H.M. et. al. Biossegurança e ensino de medicina na Universidade Federal de Juiz de Fora, (MG). *Rev. bras. educ. med.* vol.34 no.3 Jul/Set. 2010

CARRARO, T.E. et al. A biossegurança e segurança do paciente na visão de acadêmicos de enfermagem. **Rev Gaucha Enferm**, Florianópolis; v.33, n.3, 14-19, 2012.

CARVALHO, A.L. et al. A enfermagem no atendimento emergencial: riscos e medidas preventivas de infecção. **Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição** [serial on-line number], 2011.

COSTA, M.A.F; COSTA, M.F.B. Educação em biossegurança: contribuições pedagógicas para a formação profissional em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, vol.15, supl.1, 2010.

PAIVA, M.H.R.S.; OLIVEIRA A.C. Conhecimento e atitudes de trabalhadores de um serviço público de emergência sobre adoção de precauções padrão. **Rev. bras. enferm.** Brasília. vol.64 no.4 Jul/Ago. 2011

PEREIRA, M.E.C. et al. A importância da abordagem contextual no ensino de biossegurança. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n. 6, 2012.

SILVA, G.S. et al. Conhecimento e utilização de medidas de precaução-padrão por profissionais de saúde. **Esc. Anna Nery Enferm.** Rio de Janeiro . vol.16 no.1 Mar. 2012

CAPÍTULO 8

CORPO: CONCEPÇÕES DE ACADÊMICOS DE EDUCAÇÃO FÍSICA

Data de aceite: 01/12/2020

Data submissão: 17/09/2020

Carla dos Reis Rezer

Universidade Comunitária da Região de
Chapecó
Chapecó-SC
<http://lattes.cnpq.br/7222174463961914>

RESUMO: O presente estudo buscou conhecer e analisar as concepções de corpo de acadêmicos de Educação Física e a forma como concebem a sua futura atuação profissional a partir deste posicionamento. Utilizamos como instrumento um questionário (perguntas abertas), aplicado em 50 acadêmicos de diferentes períodos do Curso de Educação Física (licenciatura e bacharelado), de uma instituição comunitária. Realizamos a Análise Temática (MINAYO, 2008) interpretando as unidades de sentido. Concluímos que a maioria dos colaboradores apresenta uma concepção de corpo dualista e biologista, vendo o corpo como algo fora de si, ou como um instrumento para algo. Pressupomos, assim que o processo de formação inicial ainda precisa avançar, de modo a repensar temas complexos como o corpo e sua relação com o mundo.

PALAVRAS-CHAVE: Corpo, Educação Física, Formação Inicial.

BODY: CONCEPTIONS OF PHYSICAL EDUCATION STUDENTS

ABSTRACT: The present study sought to know and analyze the body concepts of Physical Education students and the way they conceive their future professional performance based on this position. We used a questionnaire (open questions) as an instrument, applied to 50 students from different phases of the Physical Education Course (undergraduate and bachelor's), from a community institution. We performed the Thematic Analysis (MINAYO, 2008) interpreting the units of meaning. We conclude that most collaborators have a dualistic and biologist conception of the body, seeing the body as something outside themselves, or as an instrument for something. We assume, therefore, that the initial formation process still needs to move forward, in order to rethink complex issues such as the body and its relationship with the world.

KEYWORDS: Body, Physical Education, Initial Formation.

1 | CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O professor de Educação Física vê-se, a todo tempo, envolvido com técnicas corporais e com a cultura do corpo nos mais variados ambientes, como: escolas, academias de ginástica, clubes, hotéis, universidades e demais espaços sociais. Entendemos que a universidade, no processo de formação do professor de Educação Física, é uma das

instâncias mais propícias para a discussão e assimilação dos diferentes significados envolvidos na construção dos corpos, especialmente por, a princípio, constituir um dos pilares para a formação de planos de pensamento, análise e tomada de posição profissional.

Mais do que uma atuação de cunho essencialmente técnico, o professor de Educação Física é um educador, na medida em que desempenha um papel formativo e contribui, em sua prática pedagógica, para a formação de valores socioculturais, subjetivos e políticos. Devido à natureza pedagógica de sua intervenção, é fundamental perceber em que medida os professores de Educação Física podem lidar com as diferenças corporais, no processo de formação inicial.

Esta inquietação surge a partir das experiências nos espaços acadêmicos de instituições superiores, em que o convívio com a presença de estudantes de Educação Física traz algumas características peculiares, tais como: roupas coloridas, esportivas, casuais, alegres, barulhentos, afetivos, jovens. Essas características se associam, com outras, tais como, alguns acadêmicos apresentam uma preocupação quase que exacerbada com os contornos corporais e a aparência, sendo alguns conhecedores e interessados em dietas corporais, substâncias farmacológicas para fortalecimento muscular e também emagrecimento, avaliações antropométricas, cardiorrespiratórias e de desempenho motor. Outros apresentam preocupações, pedagógicas e relacionadas a situações cotidianas da escola, mas ainda com forte apelo a esportivização (conhecimento e desempenho esportivo) e a saúde (qualidade de vida).

Percebe-se também a preocupação, de alguns dos acadêmicos, na manutenção de determinados padrões corporais, em torno de um corpo magro, esbelto e definido muscularmente. As formas corporais, que circulam discursivamente nos Cursos de Educação Física não são silenciosas, mas talvez, falantes e confessantes. Ainda a “boa forma” geralmente é associada como sinônimo de “corpo saudável”.

Entendemos ainda que os discursos de um ideal (padrão) físico, como os descritos acima, muitas vezes, se associam nos cursos de Educação Física à ideia da esportividade, do rendimento dos corpos, da visão técnico-biológica e também fragmentada do corpo. E assim, compreendemos a área de Educação Física como portadora ainda de uma herança cultural, vinculada a homogeneização dos corpos, de um corpo jovem, esportivo, saudável, enxuto, habilidoso. Percebemos que acaba-se, muitas vezes, exercendo o domínio sobre o corpo do outro, a destituição do corpo do outro, baseado na padronização e universalização do outro (do diferente) – de significados socioculturais diferentes, ficando passível de ser subjugado. Parece que a Educação Física de um modo geral alimenta o processo de padronização de uma determinada “normalidade” corporal (SCHWENGBER e REZER, 2016).

Assim, o objetivo que norteou estudo foi “Conhecer e analisar as concepções de corpo de acadêmicos de Educação Física e a forma como concebem a sua futura atuação profissional a partir deste posicionamento”.

Segundo Le Breton (2013, p. 30) na contemporaneidade somos constantemente “convidados a construir o corpo, conservar a forma, modelar sua aparência, ocultar o envelhecimento ou fragilidade, manter ‘saúde potencial’”. O ideal contemporâneo é o de um corpo enxuto, compacto, firme, jovem e musculoso, esportivo. Ser magro esbelto, não basta, a flacidez, a gordura e as imperfeições devem ser corrigidas e eliminadas, pois a “carne” (músculos) não deve mexer-se, o corpo deve ser firme, harmonioso e sem presença das marcas do tempo. Reconhecemos, que esse é um sintoma contemporâneo, não apenas dos acadêmicos de Educação Física.

Procurando uma melhor compreensão conceitual sobre os corpos, buscamos elementos de cunho conceituais para apropriação desta temática, que parece ser discutida, mas, que ao mesmo tempo, apresenta facetas a ser exploradas. É possível afirmar para fundamentar a compreensão da expressão corpos que: “Tornar-se humano é tornar-se individual, individualidade esta que se concretiza no e por meio do corpo” conforme Daolio (1992, p. 58), afirmando que “para além das semelhanças ou diferenças físicas, existe um conjunto de significados que cada sociedade escreve nos corpos dos seus membros ao longo do tempo, significados estes que definem o que é corpo de maneiras variadas” (idem).

Assim, o corpo compõe-se de uma multiplicidade de verdades e significados que vem a apresentar de forma ímpar porções desconhecidas, atribuindo-lhe um caráter de movimento, de certa forma, mutante, provisório e desconhecido. Pode-se compreender que “só nós temos corpo, e este está na linguagem, no mundo (não é um “dado”). É possível assim termos vários corpos, e eles se constituem para nós em conquista.” (FENSTERSEIFER, 2004, p.293).

2 | METODOLOGIA

A presente investigação caracterizou-se como sendo descritiva, com abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa trabalha com uma natureza de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que satisfazem um espaço mais intenso das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2008). Para alcançar os objetivos deste estudo, a amostra foi intencional com solicitação de participação voluntária, procurando abranger acadêmicos de ambos os sexos e maiores de idade, cursando diferentes períodos dos Cursos de Licenciatura e de Bacharelado em Educação Física, de uma instituição comunitária, situada no estado de Santa Catarina. Fizeram parte acadêmicos regularmente matriculados, integrantes do curso de Educação Física – Licenciatura e Bacharelado.

Como instrumento de coleta de dados usamos um questionário composto por questões abertas, pois segundo Gil (1999, p. 68) este é uma “técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às

pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas etc.”

Primeiramente solicitamos autorização à coordenação de Curso de Educação Física, para a realização da pesquisa com os acadêmicos intencionados.

Após recebida a autorização, os acadêmicos foram convidados a participar do estudo, mediante convite formal realizado pela pesquisadora, com data, hora e local marcados para o primeiro encontro. Aqueles que aceitaram o convite foram informados sobre os objetivos e instrumento de pesquisa, assim como convidados a assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido.

Posteriormente foram aplicados os questionários de forma individual, em sala especialmente organizada para este fim. Este questionário primeiramente foi validado em estudo piloto para verificar o entendimento e alinhamento das questões referentes ao objeto de estudo. Os questionários foram recolhidos após seu preenchimento. Assim, participaram da pesquisa, 50 acadêmicos que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

De posse de todos os questionários respondidos partimos para a análise dos mesmos através de análise temática proposta por Minayo (2008) a qual menciona que realizar este tipo de análise consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, em que a presença ou frequência signifiquem algo para o objeto de estudo. Assim com base nos questionários realizados, este tipo de análise pode contemplar a descoberta dos vários núcleos de sentidos imbricados nestes dados, em prol do alcance do objetivo deste estudo.

A análise temática compôs-se por três etapas:

- Pré- análise - decomposta nas seguintes tarefas – leitura fluante do conjunto de comunicações, que requer do pesquisador contato direto e intenso com o material de campo, deixando-se impregnar pelo conteúdo; Constituição do corpus diz respeito ao universo estudado na sua totalidade, respondendo a algumas normas de validade qualitativa(exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência); formulação e reformulação de hipóteses e objetivos que consiste na retomada da fase exploratória. A fase pré-analítica buscou determinar a unidade de registro, os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientaram o restante da análise.

- Exploração do material – consistiu na operação classificatória com o objetivo de alcançar o núcleo de compreensão do texto, assim o pesquisador buscou encontrar categorias significativas das quais o conteúdo de uma fala/escrita foi organizado.

- Tratamento dos resultados obtidos e interpretação – Os resultados brutos foram submetidos de forma a colocar em evidencia as informações, para então propor inferências e interpretações, inter-relacionadas com o aporte teórico já utilizado ou também dar margem para outras dimensões teóricas e interpretativas, advindas da leitura do material.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta etapa apresentamos os resultados obtidos a partir dos questionários respondidos pelos 50 acadêmicos do Curso de Educação Física (Licenciatura e Bacharelado), colaboradores (C1, C2, C3, C4...C50) deste estudo, lembrando que fizeram parte acadêmicos de diferentes fases do curso, porém com uma participação mais efetiva dos frequentadores do 1º, 2º e 3º períodos.

Ao evidenciarmos o conceito/concepção de Corpo os quais os colaboradores expuseram, na sua grande maioria (30 sujeitos), vimos uma prevalência com relação a expressão biológica, elencada com relação direta à saúde e ao padrão estético, na busca do corpo perfeito e bem-estar. Surgiram assim, respostas como:

...penso o corpo como o físico; a composição biológica e genética que cada um tem.
(C8)

Nosso corpo é tudo, nossa saúde física e mental, depende de nós mesmos. (C2)

O corpo é a nossa casa, que devemos cuidar, para melhor vivermos. (C25)

Que o corpo é a base de todo o movimento humano, podemos dizer que nosso corpo é uma máquina. (C41)

Corpo estética, corpo que a mídia diz ser perfeito, que a mídia induz(padão), sonho de consumo. (C38)

Nesta condição, podemos inferir quanto a concepção de Corpo que os colaboradores do estudo apresentam, um caráter reducionista na representação, com uma visão dicotômica (físico e mental), assim como se o corpo fosse um objeto dissociado do homem, com possibilidade de ser modificado e desmembrado.

Entendemos que as formas corporais, que perpassam pelo Curso de Educação Física estão imbricadas de significados, em que essa imagem/linguagem discursiva ambígua, que associa diretamente o discurso do corpo saudável e magro, com o de saúde e beleza. Assim, saúde, forma física e beleza, tornam-se artigos vendidos como um ideal, atingível por meio da atividade física, que também circula entre os acadêmicos (COSTA, VENÂNCIO, 2004). Desta forma esses enunciados (como padrões corporais) vão tornando-se discursos prontos e relativizados como um discurso hegemônico, sem a preocupação com as possíveis e existentes diferenças.

Vale lembrar que muitas vezes se vivencia situações de discriminação, preconceito e violência dirigidas àquele/as que não se aproximam das representações idealizadas de determinadas corporalidades (SCHWENGBER e REZER, 2016). Assim, entendemos que ao não problematizar a construção de representações discursivas hegemônicas sobre os corpos, a Educação Física contribui para que estas sejam cada vez mais naturalizadas. E dessa maneira, de acordo com Larrosa (2002), vamos sendo induzidos a nos julgarmos e convidados a uma certa administração, governo e transformação de nossos corpos em relação a essas narrativas centrais.

Ao serem questionados quanto a existência de um corpo ideal, a maioria dos colaboradores (37) responderam que não existe corpo ideal, o ideal seria aquele no qual a pessoa se sente bem e apta a realizar suas tarefas sem dificuldade. As respostas nos remetem a visão do bem-estar e também de saúde quanto ao seu corpo, como podemos ver em algumas delas:

A princípio não. Existe corpo com o qual cada um se sente bem, contanto que seja saudável, não precisa ter forma ou estar dentro dos padrões impostos pela sociedade atual. (C23)

Corpo ideal é aquele com que você se sente bem, vai da percepção da própria pessoa. (C15)

É aquele que te deixa feliz e que seja um corpo saudável. (C19)

Segundo Le Breton (2013, p. 30) na contemporaneidade somos constantemente “convidados a construir o corpo, conservar a forma, modelar sua aparência, ocultar o envelhecimento ou fragilidade, manter ‘saúde potencial’”. O ideal contemporâneo é o de um corpo enxuto, compacto, firme, jovem e musculoso, esportivo. Ser magro esbelto, não basta, a flacidez, a gordura e as imperfeições devem ser corrigidas e eliminadas, pois a “carne” (músculos) não deve mexer-se, o corpo deve ser firme, harmonioso e sem presença das marcas do tempo. Reconhecemos, que esse é um sintoma contemporâneo, não apenas dos acadêmicos de Educação Física.

A existência de um imaginário de corpo esbelto, livre de gordura é imediatamente associado à “boa saúde” concorrendo para que se esqueça de outros fatores relacionados a ela. Assim, o profissional de educação física inserido na área da saúde, tem participado sistematicamente de programas de promoção da saúde, assumindo um papel de prevenção de diferentes doenças e, muitas vezes, visto como exemplo ou modelo para seus alunos.

Surge então, um ideal de que corpos perfeitos, belos, sem gordura, necessariamente significam saúde e que conseqüentemente, os profissionais da educação física são responsáveis por conceber esse estereótipo nos corpos dos alunos e em seus próprios corpos.

Compreender questões referentes ao corpo parece bastante complexo, pois quando menos se espera, ele acaba escapando a uma possibilidade de enquadramento, “(...) vivê-lo é afirmar sua potência e descobrir sua precariedade, perceber os prazeres que o seduz, a dor que o destrói, revela toda a sua infinidade. A experiência do corpo é, portanto, plural, possível e inevitável” (NOVAES, 2012, p. 9).

Buscamos também junto aos colaboradores a relação que os mesmos percebiam entre corpo e a área da Educação Física, em que os mesmos se manifestaram de que esta relação está nos movimentos e na maneira correta de realizá-los, independentemente dos contextos de atuação e também nos movimentos do dia a dia. Algumas respostas ilustram bem esta posição:

Possui total relação, pois é através da prática da atividade física que utilizamos o corpo. (C5)

O corpo é o instrumento utilizado nesta área, existe uma certa importância, um cuidado com o corpo e o conhecimento dele. (C47)

Nosso corpo é a principal ferramenta de trabalho. (C19)

Tem toda a relação, pois a educação física trabalha com o corpo humano. (C28)

Mas neste mesmo questionamento, tivemos algumas respostas um pouco mais consistentes, pensando nesta relação “corpo e Educação Física”, com uma amplitude e redimensionamento da concepção hegemônica.

O corpo é o objeto principal de estudo da Educação Física, sempre estudando e buscando maneiras de expressar e melhorar os movimentos, básicos, trazer formas novas de conhecimento para as demais pessoas. (C36)

O corpo é uma forma de linguagem, pois nosso corpo é baseado em movimentos, trabalhos com o corpo e para ele. (C30).

Pensar na intervenção da educação física no corpo e no movimento humano é possível então, através da compreensão, análise e produção do conhecimento de diferentes processos que podem se inter-relacionar, tanto pela materialidade biológica quanto pelas diversas dimensões apresentadas pelo corpo e expressas nas suas relações, assim qualquer iniciativa educacional sobre construção da corporalidade sustenta-se sempre na intencionalidade da formação humana (OLIVEIRA, OLIVEIRA e VAZ, 2008).

A concepção de Daolio (2013) caminha na direção de que o corpo é uma construção cultural, e que se difere levando em consideração o conjunto de significados que a sociedade escreve no corpo de seus membros e, portanto o controle deste corpo se dá pela cultura.

Ao questionarmos nossos colaboradores sobre o que são corpos diferentes, obtivemos um conjunto de respostas transparecendo superficialidade e desconhecimentos da dimensão conceitual do significado de diferenças. Assim, para a maioria dos colaboradores (29) corpos diferentes são definidos basicamente pela estética e aparência física – magro, alto, baixo, musculoso, fraco etc.

São corpos com características diferentes, por exemplo tamanho, peso. (C7)

Corpos diferentes são os que tem mais preparo físico ou os que tem mais massa, ou menos; conforme o peso, a altura de cada pessoa, se diferencia um corpo do outro, baixo, alto, magro, gordo. (C22).

Compreendendo a questão dos corpos e das diferenças numa concepção mais ampliada, percebemos algumas colocações como:

Todos somos diferentes, de uma maneira ou outra, sendo fisicamente, na maneira de agir e pensar. (C5)

Corpos diferentes é o que cada um possui, a sua maneira, desde sua forma de sentir-se bem e aceitar-se, quanto ao fato de estar sendo aceito pelo outro diferente de si. (C23)

Entendemos ainda que os discursos de um ideal (padrão) físico, como os descritos acima, muitas vezes, se associam nos cursos de Educação Física à ideia da esportividade, do rendimento dos corpos, da visão técnico-biológica e, também fragmentada do corpo. E assim, compreendemos a área de Educação Física como portadora ainda de uma herança cultural, vinculada a homogeneização dos corpos, de um corpo jovem, esportivo, saudável, enxuto, habilidoso.

Percebemos que se acaba, muitas vezes, exercendo o domínio sobre o corpo do outro, a destituição do corpo do outro, baseado na padronização e universalização do outro (do diferente) – de significados socioculturais diferentes, ficando passível de ser subjugado. Parece que a Educação Física de um modo geral alimenta o processo de padronização de uma determinada “normalidade” corporal (SCHWENGBER e REZER, 2018).

Daolio (2013) aponta para a necessidade de compreender os símbolos culturais que estão representados nos corpos. O autor afirma que não existe corpo melhor ou pior, há sim a existência de corpos que se expressam diferentemente, de acordo com o contexto do qual faz parte.

A concepção de corpo apresentada por Foucault (1985) está relacionada à formação cultural, histórica e aos valores educativos. O corpo vincula-se ao nível de formação cultural-social e a dimensão individual (subjetiva), em que cada um necessita cuidar de si mesmo, percebendo que “[...] o cuidado de si é um privilégio-dever, um dom-obrigação que nos assegura a liberdade obrigando-nos a tomar nós próprios como objeto de nossa aplicação” (FOUCAULT, 1985, p.53).

Deste modo, buscar saúde não é somente então buscar um corpo que estampe beleza, perfeição, é buscar um bem-estar para além da aparência, do biológico, de um corpo perfeito imposto pela mídia e pela sociedade.

A constituição do sujeito perpassa as vivências do corpo, isto é, o corpo é constituído pelas experiências que cada um desenvolve de si próprio. O sujeito implicando na sua constituição corporal (BOLSONI, 2012), pois os corpos se alteram devido a faixa etária, ao estilo de vida, pelas imposições sociais e suas mudanças, através de exigências da moda, por intervenções médicas, evoluções e soluções tecnológicas. Ocorrendo assim, o que Louro (2007, p.62) destaca como sendo um investimento contínuo que é realizado sobre os corpos que passam a se tornar códigos identitários, tornando os corpos “fenômenos de opções e escolhas”.

A partir de então, pode-se afirmar que “para além das semelhanças ou diferenças físicas, existe um conjunto de significados que cada sociedade escreve nos corpos dos seus membros ao longo do tempo, significados estes que definem o que é corpo de maneiras variadas” (DAOLIO, 2013, p. 58).

Assim como afirma Lins (2015, p. 11) “O corpo é uma espécie de escrita viva no qual as forças imprimem “vibrações”, ressonâncias e cavam “caminhos”. O sentido nele se desdobra e nele se perde como um labirinto onde o próprio corpo traça os caminhos.”

E nesta perspectiva procura-se normalizar comportamentos e padrões, dentro de uma sociedade cada vez mais diversificada e diferenciada. Um apelo ao consumo de novas práticas corporais cada vez mais descoladas e desconectadas de significação na contextualização do mundo que nos cerca, mas que rendem ao mercado novos segmentos de capital e, que prometem de certa forma “lugar garantido no céu” dos padrões almejados pela sociedade.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados obtidos podemos concluir que a concepção de corpo ainda presente na maioria dos acadêmicos que participaram do estudo, trata-se de uma concepção dualista e biologicista, vendo o corpo como algo fora de si, ou como um instrumento para algo.

Arelados a isso, consideramos que durante a formação inicial seria o momento para repensar temas complexos como o corpo e sua relação com o mundo, de romper com modelos educacionais tradicionalmente enraizados em uma visão de mundo que priorizou a racionalidade em oposição ao corpo, sufocando a subjetividade e as potencialidades críticas dos sujeitos. Para alterar essa realidade faz-se necessário contrapor os valores já estabelecidos, o que não se trata de tarefa fácil, pois demanda riscos e embates, que nem sempre estamos preparados e dispostos a enfrentar.

A partir do exposto até aqui, entendemos o quanto é importante que os acadêmicos e profissionais de Educação Física, precisam atentar em assumir sua profissão com responsabilidade, enfrentando os desafios estampados pela mídia no sugestionamento de resultados milagrosos e maravilhosos nos corpos. Pois nos olhares de muitos dos alunos e de quem contrata os profissionais, há a referência do corpo estereotipado pela sociedade, sem se lembrar que muitas vezes esse estereótipo não se apresenta saudável e possível de ser alcançado.

Os corpos e suas complexidades, suas incontáveis concepções e possibilidades de manifestar-se, possui sua centralidade com foco em diferentes ciências e áreas do conhecimento. E ao conceituá-lo demonstram também sua incompletude e multiplicidade, evidenciada em determinados contextos. A medida que exploramos e rompemos as barreiras frente aos corpos, mais percebemos o quanto eles se tornam infinitos, pois eles não podem mais ser concebidos como unidades, mas sim como elos entre os diferentes outros corpos.

REFERÊNCIAS

BOLSONI, B. V. Cuidado de si e a consciência corporal: aportes foucaultianos para uma Educação Física escolar não mecanicista. **Dissertação de Mestrado**. 2012. Pós-Graduação em Educação da Universidade de Passo Fundo, UPF, 2012.

COSTA, Elaine Melo de Brito; VENÂNCIO, Silvana. Atividade Física e Saúde: discursos que controlam o corpo. **Rev. Pensar a Prática**. V. 7, nº 1, p. 59-74, março 2004, UFG. Disponível em: <http://revistas.ufg.emnuvens.com.br/feef/article/view/66/65>. Acesso em 02/03/2016.

DAOLIO, Josimar. **Da cultura do corpo**. Campinas, SP: Papirus, 2013.

FENSTERSEIFER, Paulo Evaldo. Corpo e linguagem. In: STREY, M.N.; CABEDA, S.T.L. **Corpos e Subjetividades em exercício interdisciplinar**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade: o cuidado de si**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

LARROSA, Jorge. Notas sobre a experiência e o saber da experiência. **Revista Brasileira de Educação**, Jan/Fev/Mar/Abr, 2002. Nº 19. São Paulo: Unicamp, 2002.

LE BRETON, David. **Adeus ao corpo – Antropologia e Sociedade**. 6ªed. Campinas, SP: Papirus, 2013.

LINS, Daniel. Prefácio. In: LE BRETON, D. **Adeus ao corpo – Antropologia e Sociedade**. 6ª ed. 3ª reimpressão. Campinas/SP: Papirus Editora, 2015.

LOURO, Guacira Lopes. Gênero, sexualidade e educação: das afinidades políticas às tensões teórico-metodológicas. **Educação em Revista**. Belo Horizonte. n. 46. p. 201-218. dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/edur/n46/a08n46>. Acesso em: 26/11/2015.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**, 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

NOVAES, Varlei de Souza. A experiência do corpo: considerações sobre a normalidade. **Revista Trajetória Multicursos – FACOS / CNEC**. Osório (RS), Ano 3, Vol.5, Nº6, Julho/2012.

OLIVEIRA, M.A.T.; OLIVEIRA, L.P.A., VAZ, A.F. Sobre corporalidade e escolarização: contribuições para a reorientação das práticas escolares da disciplina de educação física. **Pensar a prática**, 11/3:303-318, Goiânia set./dez. 2008.

SCHWENGBER, Maria Simone Vione; REZER, Carla dos Reis. **O corpo ideal: o que circula nos discursos do campo da Educação Física**, 2018 (no prelo).

CAPÍTULO 9

ESTUDANTES DE ENFERMAGEM COM SINTOMAS DEPRESSIVOS: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 11/09/2020

Érika Andrade e Silva

Universidade Federal de Juiz de Fora
Faculdade de Enfermagem, Universidade
Federal de Juiz de Fora
Juiz de Fora - Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/7647094518058138>

Luiza Vieira Ferreira

Universidade Federal de Juiz de Fora
Curso de Enfermagem, Centro Universitário
Estácio Juiz de Fora
Juiz de Fora - Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/4596361543950192>

Mariana Ramalho Ferreira

Faculdade de Enfermagem da Universidade
Federal de Juiz de Fora
Universidade Federal de Juiz de Fora,
Faculdade de Enfermagem
Juiz de Fora - Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/9291440086071038>

Aline Aparecida de Souza Oliveira

Faculdade de Enfermagem da Universidade
Federal de Juiz de Fora
Juiz de Fora - Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/2695985228900102>

Gabriella Biagge Cunha

Faculdade de Enfermagem da Universidade
Federal de Juiz de Fora
Juiz de Fora - Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/3476185491825469>

Lucas Junio Turatti Madureira

Faculdade de Enfermagem da Universidade
Federal de Juiz de Fora
Juiz de Fora - Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/7928958588224706>

RESUMO: Esta revisão objetivou conhecer a produção científica nacional e internacional sobre os estudantes de enfermagem com sintomas depressivos nas Escolas de Enfermagem. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura compreendida entre os anos de 2009 a 2019, realizado a partir das bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Scientific Electronic Library Online e PubMed. Identificou-se que as alterações na rotina de vida dos estudantes após o ingresso na universidade, o distanciamento social e a sobrecarga de estudo, são fatores determinantes para a ocorrência de sintomas depressivos, como o consumo de álcool e tabaco, a automedicação e a busca por apoio espiritual, além de contribuírem para a queda do rendimento escolar. Faz-se necessário identificar os fatores de risco para a depressão nos estudantes de enfermagem, propor mudanças de currículo ao curso e criar estratégias para alívio dos sintomas depressivos dos acadêmicos.

PALAVRAS-CHAVE: Depressão, Estudantes de enfermagem, Escolas de enfermagem.

NURSING STUDENTS WITH DEPRESSIVE SYMPTOMS: AN INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: This review aimed to get to know the national and international production of nursing students with depressive symptoms in nursing schools. This is an integrative review of the literature that comprised the years 2009 to 2019, based on the bibliographic databases and PubMed. It was identified that changes in the students' life routine after entering university, social distance and study overload, are determining factors for the occurrence of depressive symptoms, such as alcohol and tobacco consumption, self-medication and the search for spiritual support, in addition to contributing to the drop in school performance. It is necessary to measure risk factors, propose a change of curriculum to the course and create strategies for relief of depressive symptoms.

KEYWORDS: Depressive disorder, Nursing students, Nursing schools.

1 | INTRODUÇÃO

Adentrar no ensino superior se torna uma possibilidade cada vez mais crescente para àqueles que almejam se capacitar e se inserirem no mercado de trabalho (IGUE et al., 2008). As Escolas de Enfermagem de nível superior apresentam uma grade curricular cada vez mais abrangente e desafiadora para contribuírem com a formação crítica e reflexiva dos alunos. Todavia, a nova rotina e estilo de vida possuem atividades que irão impactar no dia a dia desses alunos, como as disciplinas teóricas e práticas, pesquisa e extensão, rotina de estudo e, a longa permanência na faculdade (AMADUCCI et al., 2010; FUREGATO et al., 2010).

Tais atividades impactam a vida pessoal e social dos estudantes, seja em relação à mudança da rotina, ao aumento da autonomia e também do tempo de dedicação aos estudos, às aflições acerca da carreira acadêmica e profissional, sobre a responsabilidade em administrar os gastos e, ainda, a saída de casa para ingressar nos estudos (IBRAHIM et al., 2013; CHATTERJEE et al., 2014).

Essas mudanças, possivelmente repentinas, podem causar impactos, por vezes negativos, na saúde desses estudantes. A identificação dos possíveis fatores de risco, dos sintomas mais prevalentes e da incidência de depressão em acadêmicos de enfermagem é de extrema relevância para buscar formas de prevenção, auxílio, alívio e evitar os agravos que essa doença pode causar. Sendo a depressão considerada uma doença multifatorial que influencia no desenvolvimento pessoal, social e profissional do indivíduo e que se caracteriza por um sentimento de desesperança, menos valia, déficit no autocuidado, ansiedade, dentre outros sintomas (IBRAHIM et al., 2013).

Diante da gravidade desta problemática, torna-se relevante conhecer a produção científica nacional e internacional sobre os estudantes de enfermagem com sintomas depressivos nas Escolas de Enfermagem.

2 | MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que é um dos métodos utilizados na Prática Baseada em Evidências, por esta metodologia possibilitar agrupar e avaliar evidências científicas pertinentes à Enfermagem (CAMARGO et al., 2018).

Para a elaboração da questão norteadora da pesquisa foi utilizada a estratégia PICO. Desta forma a questão norteadora identificada foi: Qual a produção científica nacional e internacional sobre estudantes de enfermagem com sintomas depressivos nas Escolas de Enfermagem? Onde P (população) = Estudantes de Enfermagem; I (interesse/fenômeno) = Depressão; Co (contexto) = Escolas de Enfermagem.

Pesquisa realizada entre abril e maio de 2019, nas bases de dados: LILACS, SciELO e PubMed. Os termos de busca utilizados foram pesquisados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e no *Medical Subject Headings* (MESH) sendo: Estudantes de Enfermagem; Escolas de Enfermagem; Depressão e *Nursing Students*; *Depressive Disorder*; *Nursing Schools*, respectivamente. Os termos foram combinados com o operador booleano AND.

Foram definidos como critérios de inclusão: artigos disponíveis *online* e na íntegra, nas línguas inglesa, portuguesa e espanhola. O recorte temporal utilizado foi do período de 2009 a 2019.

3 | RESULTADOS

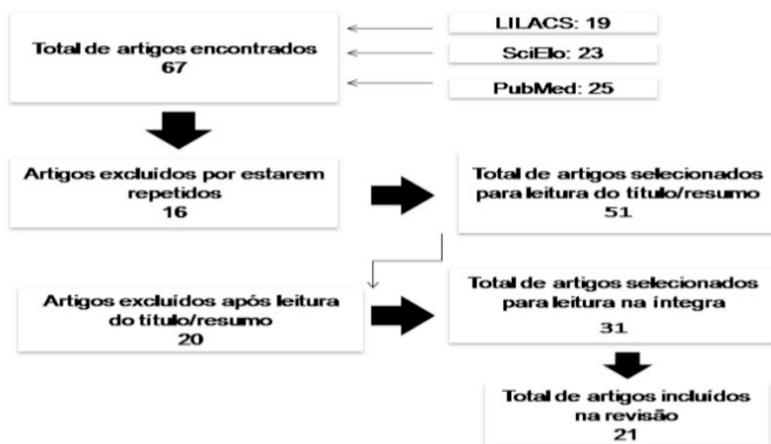


Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção dos artigos para a realização da revisão integrativa, 2019.

	Título	Referência / Nível de Evidência	Principais resultados
A1	Prevalência de sintomas ansiosos e depressivos em universitários de uma instituição pública	FERNANDE et al., 2018 / Nível II	Estudo com delineamento transversal e analítico, com 205 participantes. Identificou como fatores de risco para ansiedade e depressão: o ritmo de vida mais intenso, a carga horária de estudos mais elevada, o distanciamento geográfico da família, a imposição de cobranças pela sociedade, instituição e pelo próprio indivíduo como causas de irritabilidade e impaciência.
A2	Percepção sobre qualidade de vida de estudantes de graduação em enfermagem	BAMPI et al., 2013 / Nível II	Estudo com delineamento transversal, com 56 participantes descreve a frequência, tendência central, dispersão, comparação entre os domínios, a capacidade de concentração, sono, grau de energia diário, capacidade para realizar atividades do dia a dia e para o trabalho, oportunidades de lazer, recursos financeiros e sentimentos negativos como influenciadores danosos da qualidade de vida dos estudantes, podendo causar sentimentos negativos como mau humor, desespero, ansiedade e depressão.
A3	Fatores relacionados com a intenção de desistir em estudantes de enfermagem	PORRAS; PARRA; DÍAZ, 2019 / Nível II	Estudo com delineamento transversal analítico, com 162 estudantes concluiu como fatores de risco para a intenção de desistir do curso: sintomas depressivos de ansiedade e depressão; falta de interesse nos assuntos do programa relacionados à ausência de identidade vocacional.
A4	<i>Religiousness is associated with lower levels of anxiety, but not depression, in medical and nursing students</i>	GONÇALVE et al., 2018 / Nível II	Estudo transversal, com 187 estudantes, revelou que mesmo entre os jovens com altos níveis de educação, as crenças religiosas ainda são usadas como um possível mecanismo de enfrentamento para situações adversas como a depressão.
A5	Sobrepeso e obesidade: prevalência e fatores de risco associados em estudantes de Enfermagem numa universidade pública de Medellín, Colômbia	GAVIRIA et al., 2017 / Nível II	Estudo descritivo transversal, que contou com a participação de 171 participantes demonstrou que o índice de estudantes de enfermagem que tiveram excesso de peso foi de 32,7%, dados muito superiores aos relatados por outro estudo realizado com estudantes de uma universidade privada onde 9% estavam acima do peso e 1,4% eram obesos.
A6	Ansiedade, depressão e atividade física associada ao excesso de peso/obesidade em estudantes de duas universidades mexicanas	SALAZAR et al., 2016 / Nível II	Estudo descritivo transversal, com estudantes de enfermagem constatou que as variáveis que investigam alterações no apetite de acordo com o estado emocional alertam para uma associação entre sobrepeso/ obesidade e aumento do apetite diante do estresse, ansiedade e tristeza.
A7	<i>Ansiedad, depresión, estrés y organización de la personalidad en estudiantes novatos de medicina y enfermería</i>	LÓPEZ et al., 2015 / Nível III	Estudo com delineamento correlacional, não experimental, com uma amostra de 110 alunos relatou que 47% dos estudantes de medicina e enfermagem têm ansiedade; 28% apresentam depressão e 44% apresentam estresse.

A8	Prevalência de casos de depressão em acadêmicos de enfermagem em uma instituição de ensino de Brasília	CAMARGO; SOUSA; OLIVEIRA, 2014 / Nível IV	Estudo exploratório descritivo com amostra de 91 indivíduos identificou que a totalidade dos indivíduos pesquisados apresenta sintomas de depressão, sendo que 62,6% apresentaram níveis de depressão mínima; 25,2% depressão leve e moderada; 10,9% depressão moderada a grave e 1,1% depressão grave.
A9	Antidepressivos: consumo, orientação e conhecimento entre acadêmicos de enfermagem	FILHO; JÚNIOR, 2013 / Nível IV	Estudo descritivo com 72 participantes constatou que a frequência de acadêmicos que utilizam medicamentos antidepressivos foi um total de 26% do total.
A10	Estresse e depressão entre alunos do último período de dois cursos de enfermagem	MOREIRA; FUREGATO, 2013 / Nível IV	Estudo exploratório descritivo com 88 participantes, relata que a maioria apresentou nível médio de estresse e 37,3% altos níveis.
A11	Qualidade de vida relacionada à saúde e sintomas depressivos de estudantes do curso de graduação em Enfermagem	SAOUZA et al., 2012 / Nível II	Estudo descritivo e transversal com 256 participantes observou que o impacto negativo na percepção de bem-estar é maior nos estudantes do último ano do curso comparado aos estudantes dos demais anos, nos do sexo feminino e naqueles com maior intensidade de sintomas depressivos.
A12	<i>Prevalencia de malestar psicológico en estudiantes de enfermería relacionada com factores sociodemográficos, académicos y familiares</i>	LOPEZ; MARTINEZ, 2011 / Nível III	Estudo descritivo correlacional que contou com 228 estudantes constatou que houve alta prevalência de sofrimento psíquico em estudantes de enfermagem com um nível de sintomas sugestivos de provável problema de saúde mental.
A13	Sintomas de disforia e depressão em estudantes de enfermagem	CÁCERES; CASCAES; BÜCHELE, 2010 / Nível II	Estudo transversal descritivo com 194 estudantes observou que a prevalência de sintomas de disforia e depressão foi de 7,22% e 5,67% respectivamente.
A14	Fadiga entre estudantes de graduação em enfermagem	AMADUCCI; MOTA; PIMENTA, 2010 / Nível II	Estudo transversal, descritivo e exploratório, com 189 estudantes relatou que a fadiga teve correlação positiva com ano de graduação, Índice de Massa Corporal (IMC) e sintomas depressivos, e correlação negativa com sexo e idade. Desgaste advindo do curso de enfermagem foi a principal causa de fadiga e sono adequado e atividades de lazer, as mais importantes estratégias de alívio.
A15	Depressão entre estudantes de dois cursos de enfermagem: autoavaliação da saúde e fatores associados	FUREGATO; SANTOS; SILVA, 2010 / Nível III	Estudo descritivo correlacional com 114 participantes. 28,6% dos alunos da Licenciatura estão com sinais indicativos de depressão dos quais 14% podem ser classificados como depressão moderada (6) e grave (3), pois conciliam trabalho, faculdade e estágios.
A16	<i>Suicidal ideation among students enrolled in healthcare training programs: a cross-sectional study</i>	ALEXANDRINO-SILVA et al., 2009 / Nível III	Estudo descritivo correlacional a respeito da relação à presença de depressão nos estudantes de medicina em comparação com os alunos de enfermagem e farmácia, sendo que apenas as taxas de gravidade foram significativamente mais elevadas entre os estudantes de medicina.

A17	A dependência de tabaco em estudantes de enfermagem	SARAIVA et al., 2017 / Nível II	Estudo transversal analítico com amostra de 404 estudantes identificou alunos dos cursos da área da saúde com valores de ansiedade e de depressão acima dos níveis normais motivados por estresse, sobrecarga curricular, ambiente institucional, indisponibilidade de tempo lazer.
A18	<i>El síndrome de burnout y la salud mental de los estudiantes de grado en enfermería</i>	HERNÁNDEZ-MARTÍNEZ et al., 2016 / Nível II	Estudo quantitativo, descritivo e transversal com amostra de 50 alunos determina que 70% dos entrevistados apresentam distúrbios do sono, 15% apresentam sintomas de depressão e ansiedade, 10% possuem sintomas somáticos e 5% possui dificuldades em relacionamentos interpessoais.
A19	Associação entre os sintomas da disfunção temporomandibular com fatores psicológicos e alterações na coluna cervical em alunos da Escola Superior de Saúde Jean Piaget do Algarve	MINGHELLI; KISELOVA; PEREIRA, 2011 / Nível III	Estudo descritivo-correlacional com 505 alunos, definiu que dos indivíduos da amostra, 114 (37,3%) que apresentavam sintomatologia de DTM (11,4%) também apresentaram sinais de ansiedade e depressão.
A20	<i>Depression screening and advisory service provided by community pharmacist for depressive students in university</i>	PHIMAM et al., 2015 / Nível II	Estudo transversal, com 1421 estudantes, seguido por um estudo experimental, com 64 alunos. Firmou-se que a prevalência de sintomas depressivos entre estudantes de ciências da saúde foi de 13,7%, ciências humanas e sociais, 14,6%; farmácia, 24,5%, medicina, 14,3% e 16,2% entre estudantes de enfermagem.
A21	<i>Change in depressive symptoms over higher education and professional establishment - a longitudinal investigation in a national cohort of Swedish nursing students</i>	CHRISTENSSON et al., 2010 / Nível III	Pesquisa longitudinal que contou com 1700 estudantes, observou aumento dos sintomas depressivos dos primeiros para os anos posteriores no ensino superior e uma diminuição para um nível semelhante ao da linha de base após a graduação.

Quadro 1 – Apresentação dos estudos incluídos na revisão integrativa com base no título, autores, ano da publicação, base de dados, nível de evidência, delineamento e principais resultados, 2019.

4 | DISCUSSÃO

Os estudantes dos cursos da área da saúde em geral vem apresentando um aumento de sintomas relativos à depressão, sendo as mudanças nos hábitos de vida e a maior necessidade de permanência no ambiente escolar, com conseqüente redução no tempo livre para lazer, alguns dos fatores determinantes para que isto venha a ocorrer (RONDINA et al., 2013). A depressão prevalece 3,4 vezes a mais nos universitários (30,6%) do que entre os não universitários (9%), sendo mais incidente em mulheres (IBRAHIM et al., 2013; HURTADO et al., 2010).

A ocorrência de sintomas depressivos é mais evidente quando esses estudantes possuem atividades extracurriculares; pouco tempo livre para lazer, relacionamento e repouso; vida desregrada e desgastante; dificuldade de adaptação; estressores sociais; preocupação com o desempenho acadêmico; problemas financeiros e quando consomem álcool, cigarro e medicamentos de forma irregular. Além disso, as características do curso de enfermagem, como a alta carga horária; sobrecarga de estudos; excesso de disciplinas, trabalhos, provas e avaliações práticas; aulas longas e cansativas; medo e despreparo em lidar com situações de morte e a apreensão quanto ao futuro profissional são alguns dos principais fatores que influenciam negativamente na qualidade de vida dos universitários (MARQUES et al., 2012; AMADUCCI et al., 2010; PEREIRA et al., 2010; RONDINA et al., 2013).

O estudo de A1, contemplou 205 estudantes de enfermagem de uma instituição pública do nordeste do Brasil, com idade média de 21 anos, do sexo feminino. Foram identificados 11 estudantes com depressão (5,4%), 35 com possível depressão (17,1%) e 104 com maior nível de sintomas depressivos (50,7%), sendo 19, 5% dos estudantes com sintomas depressivos leves, 6,8% moderados e 69,8% sem a quantidade mínima de sintomas. Os sintomas depressivos mais comumente apresentados pelos estudantes de enfermagem, de acordo com A1 foram: cansaço excessivo, irritabilidade, padrão de sono alterado e indecisão (FERNANDES, 2018).

Em A2, foram entrevistados 56 estudantes de enfermagem de ambos os sexos e de todos os períodos, com o objetivo de constatar a vivência de cada um, nos últimos quinze dias, sobre a percepção da qualidade de vida, a satisfação com a saúde, físico, psicológico, relações sociais e ambientais. Os resultados revelaram comprometimento da qualidade de sono e do grau de energia interferindo na realização de atividades diárias e, conseqüentemente, no processo de aprendizado dos estudantes. A carga horária excessiva, com grande volume de atividades na graduação, poderia explicar o baixo desempenho, necessitando de sono e energia para o dia-a-dia, considerando que a sobrecarga do curso é apontada como um fator de influência negativa, sintomas físicos podem traduzir um quadro de depressão (BAMPI, 2013).

De acordo com A3, ao questionar sobre a “intenção de desertar” do curso de enfermagem no último mês, dos 162 estudantes de todos os níveis acadêmicos entrevistados, 20% dos estudantes responderam de forma positiva à pergunta. Os fatores de risco para a intenção de desertar foram: sintomas depressivos de ansiedade e depressão; falta de interesse nas disciplinas do programa relacionado com ausência de identidade vocacional; relacionamento regular com os professores e pertencer a baixo estrato socioeconômico (PORRAS et al., 2019).

A publicação de A4 contempla a adesão da religião e da espiritualidade como instrumento para atenuar os impactos negativos que a vida acadêmica proporciona aos estudantes dos cursos de medicina e enfermagem de uma universidade brasileira. A

religiosidade influenciou minimizando os sintomas de estresse, contribuindo para uma redução da possibilidade de ocorrência da ansiedade e depressão (VOLCAN et al., 2003; MOREIRA-ALMEIDA et al., 2014). O estudo contou com 187 estudantes, com maioria do curso de medicina (69%) e 31% eram estudantes de enfermagem, com média de idade de 23 anos, maioria do sexo feminino. Desta amostra, 27,9% afirmaram frequentar instituições religiosas uma vez por semana ou mais, 40,1% se envolviam em práticas religiosas privadas uma vez ao dia ou mais, e 34,8% declararam não ter religião (GONÇALVES et al., 2018).

Em A5, foram entrevistados 171 sujeitos, a prevalência de excesso de peso foi de 25,1% e obesidade de 7,6%, obtido através de um teste piloto realizado em 27 estudantes voluntários de enfermagem de diferentes semestres da universidade. Fatores de antecedentes familiares de sobrepeso ou obesidade e a percepção de alimentação foram estipuladas como causas do sobrepeso/obesidade, entretanto, nenhuma associação foi encontrada com casos sugestivos de ansiedade e depressão e atividade física (GAVIRIA et al., 2017).

A6 traz que a obesidade é uma enfermidade metabólica que pode ocorrer por variados motivos, podendo estar associada a transtornos emocionais, como ansiedade e depressão (SALAZAR et al., 2016). As pessoas que apresentam algum tipo de alteração emocional tendem a se alimentar com mais frequência, devido a sensação de prazer que a ingestão de alimentos causa, podendo levar ao ganho de peso (SALAZAR et al., 2016). Este estudo, realizado com 450 estudantes, de 17 a 29 anos, de ambos os sexos, que cursavam nutrição (115 alunos) ou enfermagem (169 alunos), constatou que a prevalência combinada de sobrepeso/obesidade estimada de acordo com o IMC na população total de estudo foi de 32,4%. De um total de 20% dos estudantes com ou sem sobrepeso/obesidade, 43,3% apresentaram diagnóstico sugestivo de ansiedade e depressão (SALAZAR et al., 2016).

Em A7, o estudo foi realizado através da aplicação de uma escala que mostra a relação entre a personalidade e as alterações emocionais (ansiedade, depressão e estresse). A pesquisa contemplou 110 estudantes, com faixa etária de 18 a 34 anos que estavam matriculados no primeiro ano dos cursos de medicina (66 estudantes) e enfermagem (44 estudantes). Observou-se que 47% dos acadêmicos de enfermagem e medicina possuem ansiedade, 44% apresentam estresse e 28% tem depressão. Os indivíduos pesquisados, como um todo, demonstraram sintomas de depressão, sendo que 57 (62,6%) manifestaram níveis de depressão mínima; 23 (25,2%) encontram-se na faixa de depressão leve e moderada; 10 (10,9%) apresentaram depressão moderada a grave e um (1,1%) relatou quadro de depressão grave. Assim, evidenciou que todas as dimensões de organização e personalidade apresentam correlações diretas significativas com as alterações emocionais (LÓPEZ et al., 2015).

Conforme a análise de A8, foram entrevistados 91 alunos de uma Faculdade Pública onde foi possível identificar uma prevalência de depressão correspondente a 57 (62,6%) dos acadêmicos enquanto 23 (25,2%) obtiveram uma incidência de depressão leve a moderada.

No que se diz a depressão no período de estágio, de moderada a grave foram identificados 10 (10,9%) possíveis portadores. No caso de acadêmicos de Enfermagem, a depressão pode estar associada ao aparecimento de sentimentos durante a educação prática, ou seja, acadêmicos vivenciam sentimentos como insegurança e medo pois precisam manter uma postura de profissional que na realidade ainda não são (CAMARGO et al., 2014).

Durante a graduação de enfermagem, frequentemente os alunos desenvolvem sentimentos de desapontamento, irritabilidade, preocupação e impaciência (BENAVENTE et al., 2011). O estudo de A9 contou com a participação de 72 acadêmicos de enfermagem de uma instituição pública do interior de Minas Gerais. Dos acadêmicos entrevistados, 4 (21%) são homens e 15 (79%) mulheres, destes, 19 (26%) utilizavam medicamentos antidepressivos. Os principais motivos que justificaram o consumo incluíram tristeza, depressão, insônia, fadiga, irritabilidade, falta de concentração e síndrome do pânico. Sintomas como ansiedade, nervosismo, tensão e agitação também foram mencionados. Sobre a orientação para o uso de antidepressivos, 16 (84%) foram orientados por médicos e 3 (16%) por familiares e 8 (42%) se automedicam sem orientação médica, além de 7 (37%) que não possuem conhecimento adequado sobre o medicamento em uso (BENAVENTE et al., 2011).

Em A10, foi realizada uma pesquisa na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto com 88 alunos do último período de dois cursos de graduação em enfermagem, entre o nível bacharelado - diurno e licenciatura - noturno e noite. Dois instrumentos foram utilizados para obtenção dos dados deste estudo: A Escala de Estresse Percebido e O Inventário de Depressão de Beck. Como resultado, 73,1% dos estudantes de licenciatura e 63,9% dos licenciados não apresentaram sinais de depressão. 15,4% dos estudantes de graduação são classificados como disforia ou depressão moderada; 7,7% pontuaram são classificados como depressão moderada e 3,8% indicando depressão grave. No curso de Licenciatura, a presença de disforia foi identificada em 22,3% dos estudantes, depressão moderada em 5,6% e 8,4% indicando depressão grave (MOREIRA et al., 2013).

O estudo de A11 contou com a participação dos estudantes do primeiro ao quarto ano do curso de enfermagem, matriculados no primeiro semestre. Da amostra de 256 acadêmicos, notou-se que os estudantes que cursavam o último ano tiveram impacto negativo na qualidade de vida, havendo maior prevalência entre as pessoas do sexo feminino e com sintomas depressivos mais intensos (SOUZA et al., 2012).

O A12 teve como objetivo de estudo mensurar a prevalência do nível de sintomas de sofrimento psíquico e a sua relação com as variáveis sociodemográficas, familiares e acadêmicas, em pessoas que cursam enfermagem. Observou-se que 36% manifestaram sofrimento psicológico, entre os sintomas mais frequentes destacaram-se: tensão e agonia, desconcentração, alteração no padrão de sono, tristeza, desânimo ao realizar as atividades diárias e dificuldade de lidar com problemas. Estes sintomas estão diretamente associados

com tempo reduzido para atividades de lazer, carga horária extensa, preocupação econômica, adaptação ao local e baixo desempenho acadêmico (LOPEZ et al., 2011).

Segundo A13 foram pesquisados 194 estudantes de um curso de enfermagem, com maioria do sexo feminino (92,78%), com idade média de 22 anos. Foi utilizado um questionário auto avaliativo com 21 questões incluindo sintomas e atitudes referentes à tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, punição, auto depreciação, crise de choro, ideias suicidas entre outros. Dos estudantes pesquisados, houve uma prevalência de sintomas de disforia de 7,22% e de depressão de 5,67%. Os estudantes da área da saúde convivem precocemente com a dor humana durante sua formação, o que pode causar maior probabilidade de desenvolver transtornos de humor (CÁCERES et al., 2010).

Em A14, a fadiga nos estudantes de enfermagem, pode limitar o processo de aprendizagem, prejudicar a formação profissional e a qualidade de vida (AMADUCCI, et al., 2010). A população de seu estudo foi de 189 estudantes matriculados no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de São Paulo. 83,5% dos estudantes de enfermagem queixaram fadiga moderada e intensa, 44% relacionaram fadiga às características do curso de enfermagem e 42 estudantes (22%) apresentaram escores indicativos de disforia ou depressão. Para alívio dos sintomas, os alunos relataram a sono e o lazer como principais estratégias (AMADUCCI et al., 2010).

De acordo com A15, foram entrevistados 114 alunos do curso de enfermagem, matriculados no nível noturno - Licenciatura (49) e 76,5% dos matriculados no curso diurno - Bacharelado (65 alunos). Foram identificados que 15,4% dos alunos do Bacharelado e 28,6% da Licenciatura estão com sinais indicativos de depressão classificadas em leve, moderada e grave (FUREGATO et al., 2010).

Segundo A16, foram pesquisados 989 alunos sendo 603 graduandos de medicina, 187 de enfermagem e 199 de farmácia com o objetivo de avaliar a presença da ideia suicida, sintomas depressivos e desesperança. De acordo com os resultados, não houve diferença em relação a presença de ideação suicida entre estudantes destes determinados cursos (ALEXANDRINO-SILVA et al., 2009).

Segundo A17, o consumo de tabaco pode ser percebido como um recurso eficaz, no sentido de lidar com o estresse e ansiedade (RONDINA et al., 2013). Seu estudo, baseado em uma amostra de 404 estudantes de enfermagem de escolas públicas de enfermagem de Portugal, com idade média de 23,6 anos, de maioria solteira e do sexo feminino (86,1%) e que frequentavam o quarto ano do curso, concluiu que 25,2% dos acadêmicos faziam uso de tabaco, principalmente homens (32,1% homens vs. 24,1% mulheres), com idade média de início de consumo de 16,8 anos. Os estudantes apresentaram baixos índices de depressão, ansiedade e estresse. Os homens apresentaram índices mais elevados de depressão e de ansiedade do que as mulheres. Sobre as situações do dia com que o uso do cigarro está associado, 55,9% referiu ao consumo de bebidas alcoólicas e 72,5%

apresentou situações de maior ansiedade e estresse como estando relacionadas com este comportamento (SARAIVA et al., 2017).

Em A18 foram entrevistados 50 estudantes de Enfermagem de uma universidade pública das Ilhas Canárias que realizam práticas em um centro hospitalar. Houve mais uma vez o predomínio de mulheres (75%) com uma média de idade de 22 anos. Da totalidade, 35% dos alunos apresentam um desconforto psicológico de acordo com o teste aplicado (Teste de Golberg). Foi observado que, 70% dos estudantes de enfermagem tem perturbações do sono e 15% se sentem deprimidos e com ansiedade. 10% não se sentem felizes nem úteis durante sua vida diária. A respeito dos dados obtidos, observa-se que a Síndrome de Burnout está presente em 12% dos alunos com práticas hospitalares (PHIMARN et al., 2015).

Conforme A19, foram pesquisados 306 alunos dentre eles, 104 (34%) constituíram graduandos de Enfermagem do gênero masculino e feminino com idades de 18 a 43 anos. Os alunos pesquisados foram submetidos a Escala de Medida de Ansiedade e Depressão (HAD). Os alunos do curso de Fisioterapia foram os que mais apresentaram níveis de ansiedade ou depressão (64,4%) seguido do curso de Enfermagem (28,4%). A correlação de Disfunção Temporomandibular com os níveis de ansiedade e depressão revelou que 114 alunos (37,3%) apresentavam esses sintomas (MINGHELLI et al., 2011).

A pesquisa do A20 visou identificar os estudantes de ciência da saúde com sintomas de depressão e o aconselhamento por farmacêuticos comunitários aos mesmos (PHIMARN et al., 2015). Para a realização do estudo aplicou-se um questionário (CES-D) para possibilitar a seleção dos acadêmicos. Depois os 68 participantes designados, foram divididos em dois grupos, um que receberia aconselhamento em grupo e outro que receberia aconselhamento individual, durante um período de 16 semanas. O predomínio de sintomas depressivos foi de 13,7% nos alunos de saúde, 14,6% entre os que cursavam ciências humanas e sociais, 24,5% nos estudantes de farmácia, 16,2% nos acadêmicos de enfermagem e 14,3% nos alunos de medicina. Ao final, observou-se que o aconselhamento individual foi mais eficaz que o ministrado em grupo (PHIMARN et al., 2015).

A21 realizou uma pesquisa para monitorar o desenvolvimento da saúde entre estudantes de enfermagem e enfermeiros recém-formados. Foram entrevistadas 1.700 pessoas do segundo período do curso de Enfermagem. Os estudantes que abandonaram antes do quinto período mostraram ter um nível médio de sintomas depressivos mais altos no início do curso em relação com os que concluíram o curso. O estudo entre os que se formaram de acordo com o tempo esperado relata ter menos sintomas depressivos tanto no início quanto ao longo do tempo em comparação com os recém-formados e os poucos não graduados ainda (CHRISTENSSON et al., 2010).

A qualidade de vida (QV) é definida pela Organização Mundial de Saúde como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto cultural e no sistema de valores nos quais ele vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões, preocupações e

desejos” (OCEBM, 2009). Embora as instituições de ensino saibam da relevância em se preocupar com a qualidade de vida dos alunos, visando a melhoria na qualidade do ensino e bom desempenho dos futuros profissionais, quando se avalia a QV dos acadêmicos de enfermagem em pesquisas, os resultados são sempre insatisfatórios (KAWAKAME et al., 2005).

5 | CONCLUSÃO

A mudança na rotina e no padrão de vida das pessoas que passam a frequentar um curso de nível superior provoca uma série de alterações emocionais, físicas e psicológicas, fazendo com que eles desenvolvam sintomas de depressão que podem impactar, principalmente de forma negativa, na sua rotina de vida e de estudos. É importante salientar a dificuldade de alunos lidarem com a graduação juntamente com o grande aumento das responsabilidades impostas pela sociedade nesse período da vida.

Portanto, é de extrema importância que se voltem os olhares para esses estudantes que passam por essas alterações na tentativa de minimizar os impactos negativos e de melhorar a qualidade de vida dessas pessoas.

Faz-se necessário a disponibilização de apoio psicológico a partir da instituição de ensino e principalmente do apoio familiar a fim de minimizar e auxiliar na melhora destes sintomas. Programas e projetos voltados para inserir a comunidade acadêmica nas ofertas de ajuda contra conflitos e problemas psicológicos se mostra extremamente necessário. A identificação precoce desses sintomas é fundamental, de modo a se oferecer apoio e tratamento adequados para prevenir o aumento da incidência de depressão entre acadêmicos e possivelmente, o risco de mortes por suicídio.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRINO-SILVA, C. et al. Suicidal ideation among students enrolled in healthcare training programs: a cross-sectional study. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 31, n. 4, p. 338-344, 2009.

AMADUCCI, C. M.; MOTA, D. D. F. C.; PIMENTA, C. A. M. Fadiga entre estudantes de graduação em enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 4, p. 1052-8, 2010.

BAMPI, L. N. S. Percepção sobre qualidade de vida de estudantes de graduação em enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.** v. 34, n. 2, p. 125-132, 2013.

BENAVENTE, S. B. T.; COSTA, A. L. S. Resposta fisiológica e emocionais ao estresse em estudantes de enfermagem: revisão integrativa da literatura científica. **Acta Paul Enferm.**, v. 24, n. 4, p. 571-6, 2011.

CÁCERES, A. P. B.; CASCAES, A. M.; BÜCHELE, F. Sintomas de disforia e depressão em estudantes de enfermagem. **Cogitare Enferm.**, v. 15, n. 4, p. 616-23, 2010.

CAMARGO, F. C. Competences and Barriers for the Evidence-Based Practice in Nursing: An Integrative Review. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 71, n. 4, p. 2030-8, 2018.

CAMARGO, R. M.; SOUSA, C. O.; OLIVEIRA, M. L. C. Prevalência de casos de depressão em acadêmicos de enfermagem em uma instituição de ensino de Brasília. **Rev Min Enferm.**, v. 18, n. 2, p. 392-397, 2014.

CHRISTENSSON, A. et al. Change in depressive symptoms over higher education and professional establishment - a longitudinal investigation in a national cohort of Swedish nursing students. **BMC Public Health**, v. 10, p. 343, 2010.

CLAUDINO, J.; CORDEIRO, R. Níveis de ansiedade e depressão nos alunos do curso de licenciatura em enfermagem: o caso particular dos alunos da Escola Superior de Saúde de Portalegre. **Millenium**, v. 32, p. 197-210, 2006.

FERNANDES, M. A. Prevalência de sintomas ansiosos e depressivos em universitários de uma instituição pública. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 71, suppl. 5, p. 2298-304, 2018.

FILHO, P. C. P. T.; JÚNIOR, A. C. P. Antidepressivos: consumo, orientação e conhecimento entre acadêmicos de enfermagem. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 3, n. 3, p. 829-836, 2013.

FUREGATO, A. R. F.; SANTOS, J. L. F.; SILVA, E. C. Depressão entre estudantes de dois cursos de enfermagem: autoavaliação da saúde e fatores associados. **Rev. bras. enferm.**, v. 63, n. 4, p. 509-516, 2010.

GAVIRIA, H. A. M. et al. Sobrepeso e obesidade: prevalência e fatores de risco em estudantes de enfermagem na universidade pública de Medellín, Colômbia. **Investir. educ. enferm.**, v. 35, n. 2, p. 191-196, 2017.

GONÇALVES, J. R. L. et al. Religiousness is associated with lower levels of anxiety, but not depression, in medical and nursing students. **Rev. Assoc. Med. Bras.** v. 64, n. 6, p. 537-542, 2018.

HERNÁNDEZ-MARTÍNEZ, F. J. et al. El síndrome de burnout y la salud mental de los estudiantes de grado en enfermería. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, v. 1, spe. 3, p. 79-84, 2016.

HURTADO, R. L. et al. Factors associated to antidepressant prescription for civil servants of Belo Horizonte, MG. **Braz J Pharm Sci.**, v. 46, n. 2, p. 289-96, 2010.

IACOPONI, E. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamentos (CID-10). Porto Alegre: Artmed, 1993. Reimpressão, 2011.

IBRAHIM, A. K. et al. A systematic review of studies of depression prevalence in university students. **J. Psychiatr Res.**, v. 47, n. 3, p. 391-400, 2013.

IGUE, E. A. et al. Vivência acadêmica e expectativas de universitários. **PsicoUsf.**, v. 13, n. 2, p. 155-164, 2008.

KAWAKAME, P. M. G.; MIYDAHIRA, A. M. K. Qualidade de vida de estudantes de graduação em enfermagem. **Rev. Esc. Enferm USP.**, v. 2, n. 39, p. 164-72, 2005.

LIMA, J. R. N. et al. Percepção do acadêmico de enfermagem sobre o seu processo de saúde/doença durante a graduação. **Saúde Transform. Soc.**, v. 4, n. 4, p. 54-62, 2013

LOPEZ, L. M. H.; MARTÍNEZ, M. S. R. Prevalência de mal estar psicológico em estudantes de enfermária relacionada com factores sociodemográficos, académicos y familiares. **Ciencia y Enfermería XVII**, v. 2, p. 55-64, 2011.

LÓPEZ, R. B. et al. Ansiedad, depresión, estrés y organización de la personalidad en estudiantes novatos de medicina y enfermeira. **Rev. Chil. Neuro-Psiquiat.**, v. 53, n. 4, p. 251-260, 2015.

MARQUES, N. F. B.; MACIEL, E. A. F.; BARBOSA, F. I. Consumo de álcool pelos acadêmicos do curso de enfermagem de uma instituição de ensino superior. **R Enferm Cent O Min.**, v. 2, n. 2, p. 159-65, 2012.

MINGHELLI, B.; KISELOVA, L.; PEREIRA, C. Associação entre os sintomas da disfunção temporomandibular com factores psicológicos e alterações na coluna cervical em alunos da Escola Superior de Saúde Jean Piaget do Algarve. **Rev. Port. Sau.**, v. 29, n. 2, p. 140-147, 2011.

MOREIRA, D. P.; FUREGATO, A. R. F. Stress and depression among students of the last semester in two nursing courses. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v. 21 (spe), p. 155-162, 2013.

MOREIRA-ALMEIDA, A; KOENIG, H. G.; LUCCHETTI, G. Implicações clínicas da espiritualidade na saúde mental: revisão de evidências e diretrizes práticas. **Rev Bras Psiquiatr.**, v. 36, n. 2, p. 176-82, 2014.

OCEBM. Oxford Centre for Evidence-based. Medicine: levels of evidence. 2009

PEREIRA, C. A.; MIRANDA, L. C. S.; PASSOS, J. P. O estresse e seus fatores determinantes na concepção dos graduandos de enfermagem. **REME-Rev Min Enferm.**, v. 14, n. 2, p. 204-9, 2010.

PHIMARN, W. et al. Depression screening and advisory service provided by community pharmacist for depressive students in university. **Springerplus.**, v. 4, p. 470, 2015.

PORRAS, C. V.; PARRA, D. I.; DÍAZ, Z. M. R. Fatores relacionados com a intenção de desertar em estudantes de enfermagem. **Rev. Cienc. Cuidad.**, v. 16, n. 1, p. 85-97, 2019.

RESENDE, S. C. et al. O uso de antidepressivos por estudantes em uma instituição de ensino superior e as possíveis intervenções farmacêuticas. **Braz. J. Hea. Rev.**, v. 2, n. 3, p. 1633-1649, 2019.

RIBEIRO, C. B.; MELO, L. A.; RIBEIRO, J. C. O. Estresse do graduando de enfermagem no âmbito da Universidade. **Neurobiol.**, v. 74, n. 4, p. 123-9, 2011.

RONDINA R. et al. Habilidades sociais e dependência nicotínica em universitários fumantes. **Psicologia, Saúde & Doenças.**, v. 14, n. 1, p. 232-244, 2013.

SALAZAR, B. D. A. et al. Ansiedad, depresión y actividad física asociados a sobrepeso/obesidade em estudantes de das universidades mexicanas. **Haciapromoc. Salud.**, v. 21, n. 2, p. 99-113, 2016.

SARAIVA, A. G. S. et. al. A dependência de tabaco em estudantes de enfermagem. **RevEnferm Ref.**, v. 4, n. 12, p. 9-18, 2017.

SOUZA, I. M. D. M. et. al. Qualidade de vida relacionada à saúde e sintomas depressivos de estudantes do curso de graduação em Enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n. 4, p. 1-8, 2012.

VOLCAN, S. M. A. Relação entre bem-estar e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. **Rev Saúde Pública.**, v. 37, n. 4, p. 440-5, 2003.

CAPÍTULO 10

GESTÃO DE ANTINEOPLÁSTICOS ORIUNDOS DE DEMANDAS JUDICIAIS EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO

Data de aceite: 01/12/2020

Juliane Carlotto

<http://lattes.cnpq.br/4888739242917309>

Nádia Salomão Cury Riechi

<http://lattes.cnpq.br/0794943364360040>

Inajara Rotta

<http://lattes.cnpq.br/8686022725047306>

RESUMO: As demandas judiciais para tratamento oncológico cresceram exponencialmente nos últimos anos. Diante dos seus efeitos no financiamento do sistema de saúde, o presente trabalho tem por objetivo descrever o perfil das demandas judiciais para fornecimento de antineoplásticos em um hospital universitário terciário. No período de estudo foram analisados dados de 112 ações judiciais, referentes aos pacientes que utilizaram antineoplásticos no período de 2012 a 2016, com os processos disponíveis no site da Justiça Federal. Observou-se um aumento de quase 10 vezes na demanda por antineoplásticos ao longo do período. Verificou-se que o tempo médio decorrido entre o início da ação até a dispensação ao paciente foi de 136 dias. O número de fármacos demandados foi de 22, fornecidos por diferentes vias, verificando-se duplicidade de fonte de provisão em 29,5% das ações. Em relação ao custo de tratamento, foram gastos R\$ 8.860.773,74 no período, principalmente para custeio de ações envolvendo bortezomibe,

trastuzumabe, brentuximabe, cetuximabe, abiraterona, temozolomida, cabazitaxel e pertuzumabe. Observou-se que, após o término dos tratamentos, permaneceu na instituição o equivalente a R\$ 3.818.504,53, na forma de frascos e/ou recurso financeiro. Portanto, torna-se visível o aumento da via judicial para fornecimento de antineoplásticos, bem como de que medidas devem ser adotadas para melhorar a gestão da assistência oncológica.

PALAVRAS-CHAVE: Demanda Judicial, Antineoplásticos, Assistência Oncológica.

ABSTRACT: Judicial demands for cancer treatment have grown exponentially in recent years. In view of its effects on the health system financing, this study aims to describe the profile of the legal demands for the supply of antineoplastics in a tertiary university hospital. During the study period, 112 lawsuits data were analyzed, referring to patients who used antineoplastic drugs in the period from 2012 to 2016, with the processes available in the website of the Federal Court. It was observed a nearly 10-fold increase in demand for antineoplastics over the period. It was verified that the average time from the lawsuit beginning until the dispensation to the patient was 136 days. The number of drugs requested was 22, provided by different sources, verifying the provision source duplication in 29.5% of the lawsuits. Regarding the treatment costs, R\$ 8.860.773,74 were spent in the period, mainly for financing court lawsuits involving bortezomib, trastuzumab, brentuximab, cetuximab, abiraterone, temozolomide, cabazitaxel and pertuzumab. It was observed that, after the

treatments completion, the equivalent of R\$ 3.818.504,53 remained at the institution in the form of flasks and/or financial resources. Therefore, it is possible to see the increase in the judicial means for the supply of antineoplastics, and that measures should be taken to improve the management of oncological assistance.

KEYWORDS: Judicial Demand, Antineoplastic, Oncological Assistance.

1 | INTRODUÇÃO

O câncer é um problema de saúde pública mundial. A estimativa para o biênio 2018-2019 é de 600 mil casos novos por ano ¹. Diante disso, há uma preocupação das autoridades competentes na garantia da assistência oncológica aos pacientes ^{2,3}.

O financiamento de medicamentos oncológicos no Sistema Único de Saúde ocorre por meio do sistema APAC-ONCO (Autorização para Procedimento de Alta Complexidade em Oncologia), que preconiza o ressarcimento de um valor médio mensal para cada esquema terapêutico, e deixa a responsabilidade de estabelecer os medicamentos utilizados aos centros de tratamento ^{4,5}.

Quando ocorre a impossibilidade de fornecimento de um determinado antineoplásico, principalmente devido ao custo do tratamento exceder o valor ressarcido pelo sistema APAC-ONCO, resta ao paciente buscar seu tratamento por meio judicial, havendo uma crescente importância desta via no panorama da saúde pública no Brasil ⁶.

Segundo um estudo do Instituto de Estudos Socioeconômicos, os recursos disponibilizados para judicialização de medicamentos passaram de R\$103 milhões em 2008 para R\$ 1.1 bilhões em 2015 ⁴. Em 2014, o Estado do Paraná apresentou um gasto de R\$ 10.996.145,93 com ações relacionadas a medicamentos antineoplásicos, que representa 23,6% dos gastos referentes a todas as ações judiciais medicamentosas ⁷.

Diante dos efeitos das ações judiciais no financiamento do sistema de saúde, este trabalho tem por objetivo conhecer o perfil da judicialização de medicamentos antineoplásicos em um hospital universitário terciário, identificando as possíveis falhas existentes no processo, auxiliando assim na elaboração de políticas públicas que melhorem o acesso da população a estes medicamentos.

2 | MÉTODOS

Um estudo retrospectivo de análise do perfil do fornecimento de antineoplásicos por demandas judiciais foi conduzido em um hospital universitário terciário, de janeiro de 2012 a dezembro de 2016. Foram incluídos no estudo todos os processos disponíveis no *site* da Justiça Federal-Tribunal Regional Federal da 4ª Região. As variáveis pesquisadas foram: gênero, idade e diagnóstico dos pacientes; medicamentos prescritos; deferimento da antecipação de tutela; tempo decorrido desde o início do processo até a disponibilização do medicamento ao paciente; custo total do tratamento; fonte de provisão do medicamento

(aquisição pelo hospital, fornecimento pelo Ministério da Saúde ou Secretaria Estadual de Saúde do Paraná – SESA/PR, remanejamento de frascos autorizado judicialmente ou entrega diretamente no domicílio do paciente); e ainda foram avaliadas a existência de duplicidade de fonte provedora, e de frascos e/ou recurso financeiro excedentes após o término dos tratamentos.

Para os pacientes que não iniciaram o tratamento, mesmo com ação judicial deferida, foram considerados apenas informações de gênero, idade, diagnóstico e medicamento pleiteado. Os dados para o desenvolvimento da pesquisa foram obtidos por meio do Sistema Informatizado Hospitalar, planilhas de controle interno, e das informações disponibilizadas pela Justiça Federal - Tribunal Regional Federal da 4ª Região, utilizando-se a plataforma virtual no endereço eletrônico: <https://www2.trf4.jus.br/trf4/>. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da instituição sob o número CAAE 76457017.5.0000.0096.

3 I RESULTADOS

No período de estudo foram analisados dados de fornecimento de medicamentos antineoplásicos de 112 ações judiciais, todas referentes a pacientes cuja tramitação do processo ocorreu no Tribunal Regional Federal da 4ª Região. Observou-se demanda crescente por antineoplásicos ao longo do período, passando de 3 ações no ano de 2012 para 26 no ano de 2016, um aumento de quase 10 vezes (Figura 1). Todas estas ações foram deferidas pelo Poder Judiciário, sendo que em 94,6% delas houve antecipação de tutela.

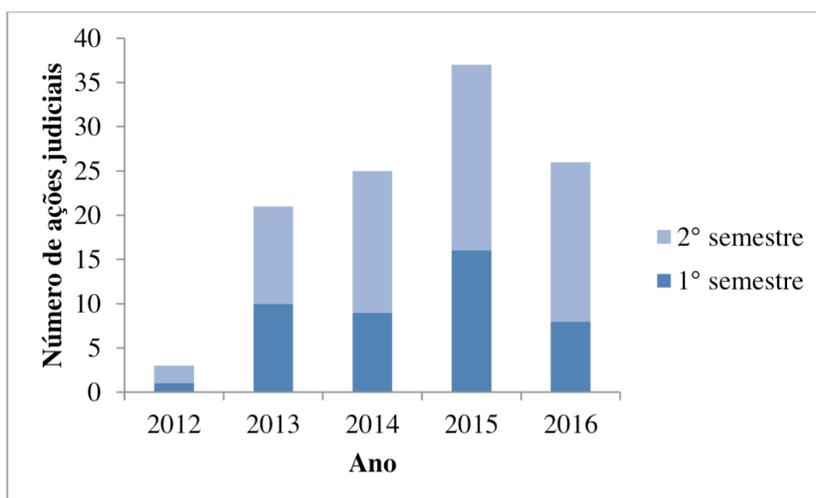


Figura 1: Ações judiciais envolvendo antineoplásicos

O tratamento foi disponibilizado para 106 pacientes, sendo que 6 (5,7 %) possuíam mais de uma ação judicial. Destes 106 pacientes, apenas 90 efetivamente iniciaram tratamento na instituição com o medicamento obtido por via judicial, os demais foram a óbito ou tiveram mudança de protocolo de tratamento. A maioria dos pacientes demandantes foi do sexo masculino (62,5 %), e a média de idade foi de 63,8 anos, estando a maior parte deles (58,6%) na faixa entre 52 a 77 anos. Verificou-se que o tempo médio entre a data de início do processo até a disponibilização do medicamento ao paciente foi de 136 dias. Os diagnósticos mais frequentes foram mieloma múltiplo (23,2%), e neoplasias de próstata (15,2%), mama (11,6%) e encéfalo (8,0%), câncer colorretal (7,2%) e de rim (5,4%).

O número de antineoplásicos obtidos judicialmente foi de 22, sendo que apenas 3 fármacos diferentes foram demandados em 2012, enquanto que em 2016 foram 12. Os medicamentos mais prevalentes nas ações judiciais foram: bortezomibe (23,2%), abiraterona (13,4%), rituximabe (7,1%), temozolomida (7,1%) e trastuzumabe (6,3%). As classes de medicamentos mais demandadas foram a dos inibidores de tirosina-quinase (18,75%) e dos anticorpos monoclonais (28,6%).

Em relação aos custos de tratamento no período do estudo (Figura 2), foram gastos R\$ 8.860.773,34, sendo que os medicamentos bortezomibe, trastuzumabe, brentuximabe, cetuximabe, abiraterona, temozolomida, cabazitaxel e pertuzumabe foram os que mais contribuíram para o custo total. Já em relação ao custo do tratamento por paciente (Tabela 1), verificou-se que os tratamentos com os maiores custos foram os realizados com brentuximabe, trastuzumabe, pertuzumabe e ruxolitinibe.

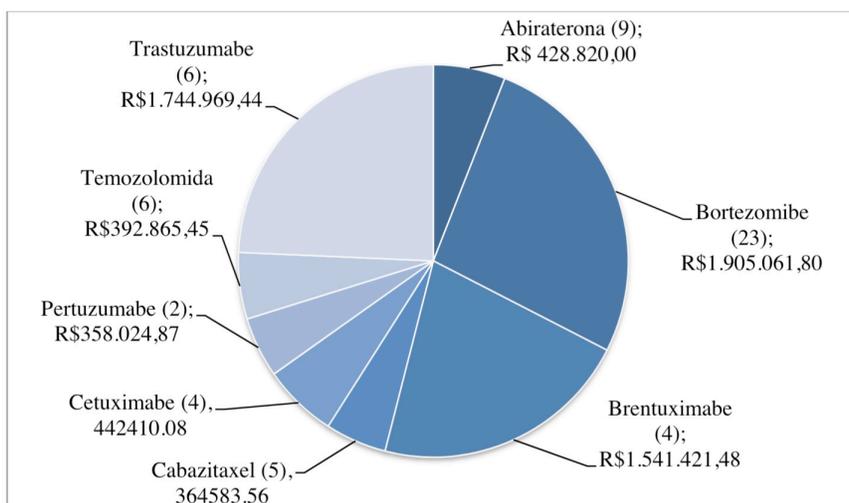


Figura 2: Contribuição dos antineoplásicos para o custo referente às ações judiciais.

NOTA: O número entre parênteses refere-se ao quantitativo de ações judiciais existentes para o respectivo medicamento no período de estudo.

Observou-se remanescente de frascos e / ou recurso financeiro após término do tratamento para 64 (57%) das ações avaliadas, representando um valor total de R\$ 3.818.504,53 (Tabela 1), sendo que para muitos dos medicamentos avaliados, tais como brentuximabe, panitumumabe, cabazitaxel e sorafenibe, o valor total referente ao remanescente de frascos / recurso financeiro foi próximo ou superior ao valor gasto efetivamente com o tratamento do paciente.

Quanto à fonte de provisão dos medicamentos, observou-se uma grande diversidade de formas de fornecimento. Os medicamentos foram fornecidos via SESA/PR (35,2%), compra realizada pelo próprio hospital com recurso depositado em sua conta (27,6%), Ministério da Saúde (4,8%), e remanejamento autorizado judicialmente ou fornecimento na residência do paciente (2,9%). Ainda, verificou-se que para 29,5% das ações houve fornecimento por pelo menos duas fontes de provisão.

Medicamento	Nº de ações	Custo - medicamento dispensado ao paciente	Custo médio - tratamento por paciente	Remanescente de frascos de medicamento e / ou recurso financeiro após término de tratamento
Abiraterona	9	R\$ 428.820,00	R\$ 47.646,67	R\$ 146.573,67
Azacitidina	3	R\$ 124.708,20	R\$ 41.569,40	R\$ 96.264,60
Bevacizumabe	5	R\$ 202.229,88	R\$ 40.445,98	R\$ 35.178,10
Bortezomibe	23	R\$ 1.905.061,80	R\$ 82.828,77	R\$ 571.250,84
Brentuximabe	4	R\$ 1.541.421,48	R\$ 385.355,37	R\$ 1.439.883,64
Cabazitaxel	5	R\$ 364.583,56	R\$ 72.916,71	R\$ 422.700,52
Cetuximabe	4	R\$ 442.410,08	R\$ 110.602,52	R\$ 54.854,08
Dasatinibe	1	R\$ 24.400,80	R\$ 24.400,80	0
Everolimo	3	R\$ 173.547,36	R\$ 57.849,12	R\$ 32.251,96
Lapatinibe	1	R\$ 8.010,80	R\$ 8.010,80	R\$ 24.032,40
Panitumumabe	1	R\$ 55.618,12	R\$ 55.618,12	R\$ 83.898,52
Pazopanibe	3	R\$ 134.622,00	R\$ 44.874,00	R\$ 64.673,00
Pertuzumabe	2	R\$ 358.024,87	R\$ 179.012,44	R\$ 83.195,93
Plerixafor	1	R\$ 32.376,54	R\$ 32.376,54	R\$ 10.792,18
Rituximabe	6	R\$ 298.292,18	R\$ 49.715,36	R\$ 151.188,97
Ruxolitinibe	1	R\$ 169.812,00	R\$ 169.812,00	R\$ 12.922,40
Sorafenibe	2	R\$ 86.050,80	R\$ 43.025,40	R\$ 83.040,68
Sunitinibe	2	R\$ 295.305,98	R\$ 147.652,99	R\$ 75.102,56
Temozolomida	6	R\$ 392.865,45	R\$ 65.477,58	R\$ 186.013,05
Trastuzumabe	6	R\$ 1.744.969,44	R\$ 290.828,24	R\$ 163.799,81

Vemurafenibe	1	R\$ 61.986,40	R\$ 61.986,40	R\$ 49.589,12
Vinflunina	1	R\$ 15.656,00	R\$ 15.656,00	R\$ 31.298,50
Total	90*	R\$ 8.860.773,74		R\$ 3.818.504,53

Tabela 1: Custos envolvidos no fornecimento de antineoplásicos pela via judicial

NOTA: *Apenas foram consideradas as ações em que os pacientes iniciaram o tratamento com o medicamento obtido por via judicial.

4 | DISCUSSÃO

Notou-se um expressivo aumento no número de ações judiciais envolvendo antineoplásicos durante o período analisado, fato este já bem caracterizado na literatura^{7,8,9}. As principais classes de medicamentos solicitadas pela via judicial foram os inibidores de tirosina-quinase e os anticorpos monoclonais, resultado também observado por VIDAL *et.al.*, 2017. Isso se deve ao fato de que a melhor compreensão da biologia do câncer levou ao desenvolvimento de diversas terapias-alvo nos últimos anos, incluindo, principalmente, as classes descritas acima¹⁰.

Verificou-se que o tempo médio decorrido do início do processo judicial até a disponibilização do medicamento ao paciente foi de 136 dias, apesar do fato de que em 94,6% dos casos houve antecipação de tutela, a fim de prover mais rapidamente o medicamento ao paciente. O tempo observado ultrapassa o máximo de 60 dias após o diagnóstico, preconizado pela Lei nº 12.732 de 2012¹¹. O resultado observado para antecipação de tutela está de acordo com a literatura, onde observou-se que em média 70% das liminares foram concedidas para antecipação da provisão do medicamento¹².

Além do tempo excessivo para a dispensação do medicamento ao paciente, outro aspecto preocupante observado foi que quase metade do valor referente ao custo dos medicamentos efetivamente dispensados aos pacientes permaneceu na instituição após o término dos tratamentos, na forma de frascos e / ou recurso financeiro. Isso está relacionado, principalmente, ao fato de que é extremamente comum em oncologia a suspensão do tratamento com um determinado fármaco, principalmente devido a óbito do paciente ou toxicidade ao medicamento, e ainda devido mudanças de protocolo de tratamento.

Outro fato que pode contribuir para o panorama de sobras de frascos e / ou recurso financeiro foi a diversidade de fontes de provisão observadas, tendo em vista que em quase 30% das ações o paciente recebeu o medicamento por mais de uma fonte. Isso ocorre, provavelmente, pelo sistema de controle judicial não cruzar os dados de fornecimento de medicamentos pelas esferas municipal, estadual e federal, aliado ao fato de não existir uma legislação que defina qual esfera deverá fornecer o medicamento^{4,13}.

Portanto, caso os centros de tratamento não possuam um sistema de gestão de medicamentos oriundos da via judicial e não mantenham uma via de comunicação com o

Poder Judiciário, Ministério da Saúde e Secretarias de Saúde, somas vultosas de recurso público podem ser desperdiçadas.

5 I CONCLUSÃO

Diante dos resultados obtidos, torna-se visível o aumento da via judicial para fornecimento de antineoplásicos, bem como de que medidas devem ser adotadas para melhorar a gestão da assistência oncológica, tendo em vista as múltiplas fontes de provisão e tempo excessivo para fornecimento dos medicamentos, além de sobras de frascos e recursos financeiros após término dos tratamentos.

REFERÊNCIA

1. Brasil. Ministério da Saúde. Estimativa 2018 – Incidência de Câncer no Brasil/Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA; 2017.
2. Hogerzeil HV, Mirza Z. The world medicines situation 2011: access to essential medicines as part of the right to health. Geneva: World Health Organization. Geneva; 2011.
3. Vieira, FS. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. Rev Panam Salud Pública 2010; 27(2):149-56.
4. INESC. Direito a Medicamentos: Avaliação das despesas com medicamentos no âmbito federal do Sistema Único de Saúde entre 2008 e 2015. <http://www.inesc.org.br/biblioteca/publicacoes/textos/direito-a-medicamentos-avaliacao-das-despesas-com-medicamentos-no-ambito-federal-do-sistema-unico-de-saude-entre-2008-e-2015/view> (acessado em 01/Dez/2017).
5. Brasil. Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação. Manual de bases técnicas da oncologia- SIA/SUS- Sistema de Informação Ambulatoriais. Brasília. 2016; 23:1-141.
6. Reveiz L, Chapman E, Fitzgerald JF, Mendonza A, Bolis M, Salgado O. Litigio por derecho a la salud em três países de América Latina: revisión sistemática de La literatura. Ver. Panam. Salud Publica 2013; 33:213-22.
7. Nisihara RM, Possebom AC, Borges, LMC, Shwetz ACA, Bettes FFB. Demanda judicial de medicamentos na Justiça Federal do Estado do Paraná. Einstein 2017;15: 85-91.
8. Travassos DV, Ferreira RD, Varga AMD, Moura RNV; Conceição EMA, Marques DF, Ferreira EF. Judicialização da Saúde: um estudo de caso de três tribunais brasileiros. Ciência da Saúde Coletiva 2013; 11(18):3419-429.
9. Borges DCL, Ugá MAD. Conflitos e impasses da judicialização na obtenção de medicamentos: as decisões de 1ª instâncias nas ações individuais contra o Estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 2005. Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública 2010; 26(1): 59-69.

10. Vidal TJ, Moraes EL, Retto MPF, Silva MJS. Demandas judiciais por medicamentos antineoplásicos: a ponta de um *iceberg*? Ciências e Saúde Coletiva 2017; 22(8): 2539-548.
11. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Brasília. 2012
12. Catanheide ID, Lisboa ES, Souza LEFP. Características da judicialização do acesso a medicamentos no Brasil: uma revisão sistemática. Physis. Revista de Saúde Coletiva 2016; 26 (4):1335-356.
13. Pepe VLE, Ventura M, Sant`ana JMB, Figueiredo TA, Souza VR, Simas L, Osorio-de-Castro CGS. Caracterização de demandas judiciais de fornecimento de medicamentos “essenciais” no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Caderno de Saúde Pública 2011; 26 (3):461-71.

CAPÍTULO 11

HOSPITALIZAÇÃO E ÓBITOS POR DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS: UM DESAFIO PARA A SAÚDE PÚBLICA

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 20/10/2020

Fernanda Fraga Campos

Faculdade de Medicina, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Campus JK, Diamantina/MG, Brasil.
ORCID - 0000-0003-3404-6528

Victória Veloso Vieira

Departamento de Enfermagem, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Campus JK, Diamantina/MG, Brasil.
ORCID - 0000-0003-2358-6078

Magnania Cristiane Pereira da Costa

Faculdade de Medicina, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Campus JK, Diamantina/MG, Brasil.
ORCID - 0000-0002-6969-7542

Maria Letícia Costa Reis

Faculdade de Medicina, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Campus JK, Diamantina/MG, Brasil.
ORCID - 0000-0002-5730-2195

Vladimir Diniz Vieira Ramos

GE21 Consultoria Mineral, Belo horizonte/MG, Brasil
ORCID - 0000-0002-8686-1658

Thabata Coaglio Lucas

Departamento de Enfermagem, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Campus JK, Diamantina/MG, Brasil.
ORCID - 0000-0001-7850-8494

RESUMO: As doenças infecciosas e parasitárias apresentam papel relevante entre as causas de internações e mortes no Brasil e no Mundo. Este estudo teve como objetivo descrever o perfil das internações e óbitos por doenças infecciosas e parasitárias registradas em um hospital do Vale do Jequitinhonha/MG, no ano de 2016. Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, de caráter descritivo utilizando dados obtidos de prontuários de pacientes internados. Dentre os 3.535 prontuários elegíveis, 463 (13,1%) tiveram o diagnóstico de Doenças Infecciosas e Parasitárias. A taxa de letalidade foi de 25,3%. Houve prevalência de pessoas que ficaram internadas por ≥ 4 dias 315 (68,0%) e de óbito na faixa etária de 13 a 19 anos 38,5%. A maior parte das internações por Doenças Infecciosas e Parasitárias foram representadas por Sepses Não-Específicas (27,9%), Pneumonia Bacteriana Não-Especificada (24%) e Infecção Bacteriana Não-Especificada (8,2%). A porcentagem de óbitos decorrentes de Sepses Não-Específicas foi de 72,1%. Este estudo representa um desafio aos gestores públicos para que possam direcionar ações governamentais para a prevenção e controle das Doenças Infecciosas e Parasitárias. É preciso enxergar os determinantes sociais de saúde da macrorregião proporcionando melhores condições econômicas, sociais, ambientais e culturais para a população.

PALAVRAS-CHAVE: Doenças infecciosas, Doenças parasitárias, Hospitalização.

HOSPITALIZATION AND DEATHS CAUSED BY INFECTIOUS AND PARASITIC DISEASES: A PUBLIC HEALTH CHALLENGE

ABSTRACT: Infectious and parasitic diseases play an important role among the causes of hospitalizations and deaths in Brazil and worldwide. This study aimed to describe the profile of hospitalizations and deaths due to such diseases registered in a hospital in Vale do Jequitinhonha/Minas Gerais, Brazil in 2016. This is a cross-sectional, retrospective, descriptive study using data from medical records of hospitalized patients. Among the 3,535 eligible records, 463 (13.1%) were diagnosed with Infectious and Parasitic Diseases. The lethality rate was 25.3%. There was a prevalence of individuals hospitalized for ≥ 4 days 315 (68.0%) and of death in the age group of 13 to 19 years old 38.5%. Most hospitalizations for Infectious and Parasitic Diseases were represented by Unspecified Sepsis (27.9%), Unspecified Bacterial Pneumonia (24%) and Unspecified Bacterial Infection (8.2%). The percentage of deaths due to Unspecified Sepsis was 72.1%. This study represents a challenge to public administrators so that they can direct government actions towards the prevention and control of Infectious and Parasitic Diseases. The social determinants of health in the macro-region must be considered to provide better economic, social, environmental and cultural conditions for the population.

KEYWORDS: Communicable diseases, Parasitic diseases, Hospitalizations.

1 | INTRODUÇÃO

A taxa de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias (DIP) vem apresentando declínio nos últimos anos, entretanto, verifica-se que a nível internacional, essas doenças ainda ocupam papel relevante entre as causas de morte (ASHAD, 2019).

Algumas taxas de mortalidade no Brasil, como no caso da sepse, são altas e quantificar os óbitos apresentam implicações importantes no tratamento e na alocação de recursos financeiros hospitalares (RHEE *et al*, 2019; INSTITUTO LATINO AMERICANO DE SEPSE, 2018). Estima-se que a sepse afete mais de 30 milhões de pessoas em todo o mundo a cada ano, levando potencialmente a 6 milhões de mortes (OMS, 2019).

Diferente do que é divulgado, países desenvolvidos e de alta renda também apresentam alta prevalência de sepse (KIM, 2020). Um estudo recente nos Estados Unidos revelou que a hospitalização por sepse aumentou em 70% os custos financeiros quando comparado à hospitalização média da instituição (KIM, 2020). Outro estudo realizado no Paquistão revelou que entre as 2.672 internações, a taxa de mortalidade foi de 44% e o tempo médio de permanência foi de $8,4 \pm 8,9$ (ARSHAD, 2020). Além disso, cerca de 1/3 dos pacientes foram readmitidos após hospitalização com sepse levando a graves consequências físicas e econômicas. A associação entre sobrevida à sepse e readmissão hospitalar é um problema que pode levar ao aumento das taxas de mortalidade. Outro estudo epidemiológico recente realizado nos Estados Unidos mostrou uma correlação positiva [0,77 IC(0,62-0,68)] entre os pacientes maiores que 65 anos de idade e a taxa de mortalidade por sepse (GOLDSTEIN,2020).

As infecções respiratórias também contribuem para o aumento da taxa global de mortalidade em idosos. Como por exemplo, a pneumonia, sobretudo, por se tratar de uma complicação de algumas infecções recentes como a influenza, e a COVID-19, além de estar associada a procedimentos invasivos como a ventilação mecânica (METHLAI, 2019). A complicação no trato respiratório pode ocorrer devido a ventilação prolongada e longa internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Estima-se que a mortalidade após a ocorrência de pneumonia associada à ventilação mecânica seja de 20,2% em 14 dias e 25,1% em 28 dias (METHLAI, 2019). Sendo assim, o conhecimento da taxa de mortalidade dessas doenças é um problema de saúde pública e um desafio para a gestão dos cuidados.

O Vale do Jequitinhonha, situado do nordeste de Minas Gerais, é uma região com baixos indicadores sociais e econômicos quando comparado a todo o Estado de Minas Gerais (PDR, 2011) o que gera dúvida nos critérios de risco e vulnerabilidade da população. Sendo assim, diante da lacuna do conhecimento científico a respeito dos casos de internações e óbitos por DIP nessa região, este estudo teve como objetivo descrever o perfil das internações e óbitos por doenças infecciosas e parasitárias registradas no Vale do Jequitinhonha/MG, Brasil no ano de 2016.

2 | METODOLOGIA

2.1 Local do estudo

A coleta dos dados foi realizada na Santa Casa de Caridade de Diamantina/MG, Brasil localizada na Região do Vale do Jequitinhonha. Diamantina/MG está inserida no Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais como sede da Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha (MINAS GERAIS, 2014).

A Santa Casa de Caridade de Diamantina é um hospital filantrópico de médio porte, com 83 leitos, sendo que 76 leitos atendem o Sistema Único de Saúde (SUS). Está classificado na tipologia hospitalar como hospital geral de trauma nível II e hospital de referência para infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral nível I na macrorregião de saúde (CNES, 2013).

2.2 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, de caráter descritivo utilizando dados obtidos por meio da coleta manual de informações de prontuários de pacientes internados. As informações utilizadas referem-se à prevalência e óbitos dos casos de DIP atendidos na Santa Casa de Caridade de Diamantina, Minas Gerais, Brasil.

2.3 Critérios de inclusão e exclusão

Como critério de inclusão foram coletadas informações referentes aos prontuários de pacientes internados com idade ≥ 13 anos, no período de janeiro a dezembro de 2016. Estabeleceu-se este critério porque existe um hospital de referência para a área de pediatria

na cidade de Diamantina/MG. Foram excluídos do estudo os prontuários de internações para as cirurgias eletivas.

2.4 Coleta das informações

Para a coleta de informações foi criada uma equipe composta por 4 docentes e 12 discentes. A equipe foi capacitada para que fossem coletadas as informações de forma padronizada por todos os membros do projeto. Nos dias de coleta havia pelo menos um docente acompanhando um grupo de discentes.

Utilizou-se um formulário que foi dividido em três blocos: (i) dados sociodemográficos e relacionados à temporalidade que foram organizados segundo as variáveis: local de residência, modalidade de internação, sexo, faixa etária, raça/cor, situação conjugal e tempo de internação; (ii) dados relacionados à anamnese que continham as variáveis: fatores de risco e medicamentos de uso de rotina e (iii) dados relacionados à internação: diagnóstico, unidade de internação e condição de alta.

2.5 Análise Estatística

Os dados foram digitados no programa Epidata 3.1 e analisados pelo *Software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 22.0, sendo obtidas as frequências absolutas e relativas das variáveis. As internações quanto às diferentes características foram comparadas utilizando-se o teste Qui-Quadrado de Pearson com o nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Para analisar as internações foram utilizadas variáveis dependentes: residente no município (sim/não) e como condição de alta: óbito (sim/não).

2.6 Aspectos Éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal dos Vales Jequitinhonha e Mucuri sob o parecer nº 2.613223/2018 e CAAE: 68052717.1.0000.5108, e teve a autorização da Direção Técnica e Clínica do hospital onde foi realizada a coleta de informações. O trabalho foi desenvolvido segundo os preceitos éticos de pesquisa conforme as Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

3 | RESULTADOS

Entre os prontuários elegíveis, 463 (13,1%) tiveram o diagnóstico de DIP. A taxa de letalidade foi de 25,3% (Figura 1). Na tabela 1, segundo as variáveis sociodemográficas por DIP, houve predomínio de pessoas com idade ≥ 60 anos, com 262 casos (56,6%); sexo feminino, com 233 (50,3%) casos e raça/cor pardo/preto, 362 (78,2%). Houve prevalência de pessoas que ficaram internadas por ≥ 4 dias, 315 (68,0%) e de óbito por DIP na faixa etária de 13 a 19 anos 5 (38,5%). Entre os casos de óbito por DIP houve predomínio do sexo masculino, com 63 casos registrados (27,4%). Em relação à variável tempo de internação houve prevalência de pessoas com DIP que morreram no momento da internação, 21 casos

(91,3%). Ainda sobre as variáveis sociodemográficas predominou o diagnóstico por DIP de pacientes residentes no município de Diamantina/MG, com 208 casos (44,9%) (Figura 2).

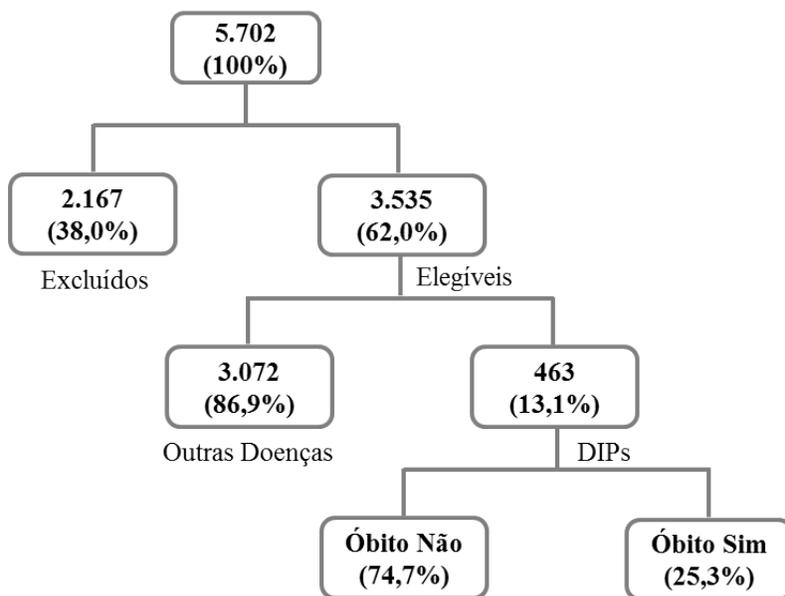


Figura 1 – Fluxograma da coleta de informações dos prontuários médicos referentes às Doenças Infecciosas e Parasitárias observadas na Santa Casa de Caridade de Diamantina/MG, Brasil, 2018.

Variáveis	N= 463	%	Óbito				Valor P*
			Não (346)	%	Sim (117)	%	
Idade							
13 a 19 anos	13	2,8	8	61,5	5	38,5	0,05
20 a 29 anos	49	10,6	43	87,8	6	12,2	
30 a 39 anos	26	5,6	25	96,2	1	3,8	
40 a 49 anos	47	10,2	39	83,0	8	17,0	
50 a 59 anos	66	14,3	46	69,7	20	30,3	
≥60 anos	262	56,6	185	70,6	77	29,4	
Sexo							0,297
Masculino	230	49,7	167	72,6	63	27,4	
Feminino	233	50,3	179	76,8	54	23,2	
Cor/Raça							0,693
Branco	101	21,8	77	76,2	24	23,8	
Pardo/Preto	362	78,2	269	74,3	93	25,7	

Situação Conjugal							0,120
Casado	144	31,1	112	77,8	32	22,2	
Solteiro	179	38,7	142	79,3	37	20,7	
Desquitado/Separado/ Divorciado	11	2,4	4	36,4	7	63,6	
Viúvo	77	16,6	51	66,2	26	33,8	
Amaziado	26	5,6	18	69,2	8	30,8	
NI	26	5,6	19	73,1	7	26,9	
Tempo de Internação							0,00
Até 24 horas	24	5,2	16	66,7	8	33,3	
2 a 3 dias	101	21,8	85	84,2	16	15,8	
≥4 dias	315	68	243	77,1	72	22,9	
Óbito	23	5	2	8,7	21	91,3	

Tabela 1 – Predomínio de óbitos, segundo o perfil sociodemográfico dos pacientes internados com diagnóstico de Doenças Infecciosas e Parasitárias na Santa Casa de Caridade de Diamantina/MG, Brasil, 2016.

Fonte: Elaborada pelos autores.

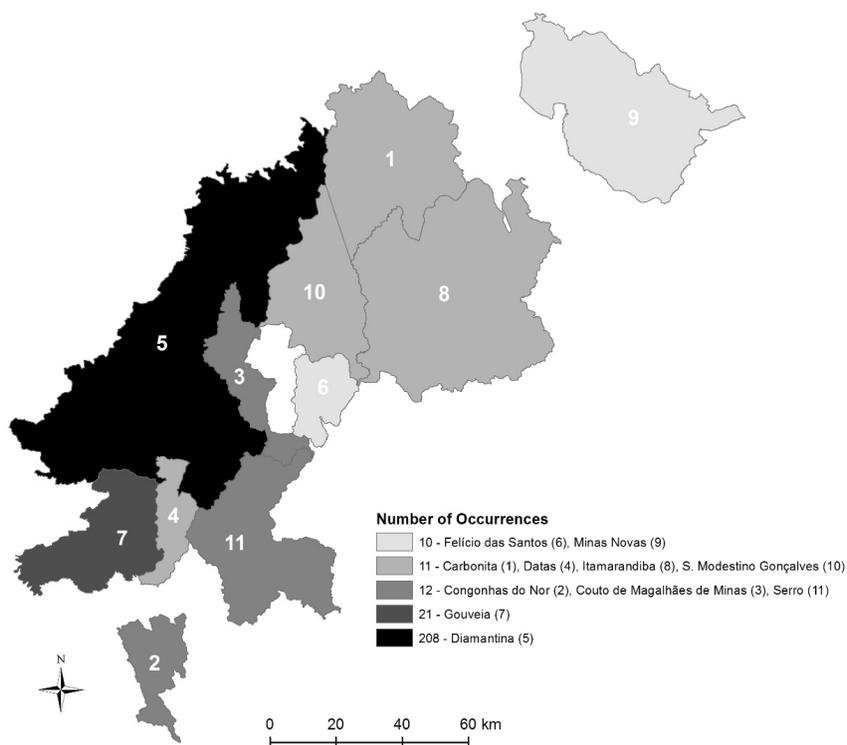


Figura 2 – Municípios com alta prevalência de hospitalização por doenças infecciosas e parasitárias observadas na Santa Casa de Caridade de Diamantina/MG – Brasil, 2016.

Para a construção dos resultados, a partir do diagnóstico descrito no prontuário, as doenças foram agrupadas de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID 10) (WHO, 2019). Observou-se maior predomínio de Sepse Não-Especificada 129 (27,9%), Pneumonia Bacteriana Não-Especificada (24,0%) e Infecção Bacteriana Não-Especificada 38 (8,2%) (Tabela 3).

Em relação ao óbito relacionado às DIP o único caso de Meningite Viral levou ao óbito, 1 (100%). Predominaram os óbitos por Sepse Não-Especificada 93 (72,1%), Toxoplasmose 1 (50, 0%) e Leishmaniose 2 (40%) (Tabela 2). Entre o total de internações ocorridas no período, 359 (77,5%) foram realizadas na enfermaria (dado não apresentado em tabela).

DIP ¹	N	%	Óbito			
			Não	%	Sim	%
Doença de Chagas Cardíaca	5	1,1	4	80,0	1	20,0
Erisipela	8	1,7	7	87,5	1	12,5
IB ² Não-Especificada	38	8,2	31	81,6	7	18,4
Leishmaniose	5	1,1	3	60,0	2	40,0
Meningite Bacteriana	4	0,9	3	75,0	1	25,0
Meningite Viral	1	0,2	0	0,0	1	100,0
PNM ⁴ Bacteriana Não-Especificada	111	24	101	91,0	10	9,0
Sepse Não-Especificada	129	27,9	36	27,9	93	72,1
Toxoplasmose	2	0,4	1	50,0	1	50,0
Outras DIP	160	34,5	160	100,0	0	0,0
Total	463	100,0	346	74,7	117	25,3

Tabela 2 – Número de óbitos por Doenças Infecciosas e Parasitárias na Santa Casa de Caridade de Diamantina/MG, Brasil 2016.

¹DIP – Doenças Infecciosas e Parasitárias; ²IB - Infecção Bacteriana; ³PNM – Pneumonia.

Fonte: Elaborada pelos autores.

4 | DISCUSSÃO

Apesar da transição epidemiológica, as doenças transmissíveis continuam sendo um grande problema para a saúde pública causando morbimortalidade em todo o mundo, principalmente em países em desenvolvimento (FREDJ *et al.*, 2017). A Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, localizada no município de Diamantina/MG, Brasil, atende uma população de 296.344 habitantes (MINAS GERAIS, 2014). O hospital de referência recebe aproximadamente 5.642 pacientes para internações (eletivas ou não), por isso, faz-se necessário conhecer o perfil epidemiológico das DIP na região para que seja feito

um planejamento das ações por parte dos gestores públicos a fim de promover melhor atendimento e reduzir internações e óbitos nessa população.

Este estudo mostrou que pessoas idosas ≥ 60 anos constituíram o maior grupo de internações por DIP. Esse dado é semelhante ao encontrado em outros países (ESME, 2019; FREDJ, 2017; HEPNER *et al.*, 2013). Alguns fatores explicam a maior prevalência das internações por DIP em pacientes idosos, como por exemplo, a imunossenescência, presença de doenças crônicas não transmissíveis e alterações fisiológicas normais devido à idade (ESME, 2019).

Assim como mostrado nos estudos de CAVALETTI *et al.* (2018), este trabalho mostrou um número relativamente superior de internações por DIP no sexo feminino. Este fato pode estar relacionado a três fatores; (i) maior expectativa de vida; (ii) busca pelos serviços de saúde frequentemente e (iii) procura pelos serviços de saúde antecipadamente. Contudo, viver mais não significa viver bem. O aumento da sobrevivência entre mulheres está associado à alta morbidade e baixa qualidade de vida (CAVALETTI *et al.*, 2018). Para promover uma vida melhor aos idosos seria importante que estes tivessem acesso a habitações em boas condições, acesso ao transporte de qualidade e que fossem integrados a comunidade em que vivem. Todos estes fatores contribuiriam para menor morbidade e aumento da qualidade de vida (OMS, 2015).

Ao contrário dos dados de internações, onde a prevalência ocorreu no sexo feminino, em relação ao óbito, houve predomínio no sexo masculino. Este dado pode estar relacionado ao modelo de masculinidade hegemônica, em que o homem deve ser forte e invulnerável. Estas características condicionam a maioria dos homens a assumirem uma postura de baixo autocuidado e afastamento dos serviços de saúde, especialmente a assistência prestada pela Atenção Primária à Saúde (APS) contribuindo desfavoravelmente para a saúde do homem, verificada pelos altos índices de mortalidade (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

O tempo médio de internação por DIP em um estudo de coorte realizado num período de 10 anos na Tunísia foi de 5 dias. Os autores concluíram que pessoas idosas ficavam internadas por mais tempo e pacientes com tuberculose permaneciam hospitalizados por mais de 13 dias (FREDJ *et al.*, 2017). Em um estudo realizado para verificar a mortalidade por DPI em idosos, os autores observaram que o período médio de internação foi de 8 dias (ITTISANYAKORN, *et al.*, 2019). Neste estudo o tempo de internação por DIP foi ≥ 4 dias. Sabe-se que quanto maior o tempo de internação aumentam-se as chances de adquirir infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) (PEREIRA, 2017). Dessa forma, o tempo de internação superior a 4 dias encontrado neste trabalho pode expor os pacientes às IRAS. Por outro lado, um estudo realizado em hospitais públicos e particulares em Queensland, na Austrália, mostrou que pacientes internados com DIP ficaram menos tempo no hospital quando comparados com os admitidos por outras causas (HEALTH STATISTICS BRANCH, 2015).

Ademais, outro dado interessante e preocupante neste trabalho foi a prevalência de óbito na faixa etária de 13-19 anos, haja vista, que esta população não faz parte dos grupos de risco de óbitos por DIP. Os principais grupos de risco relatados na literatura são crianças de 1 a 4 anos e idosos ≥ 60 anos (MARINHO *et al.*, 2016). Uma das formas de atestar a qualidade da APS é verificando um indicador que é denominado Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP). A análise deste indicador avalia no nível primário a qualidade do sistema de saúde (MORIMOTO *et al.*, 2017). Neste sentido, é possível inferir que existem desafios a serem superados na APS da Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha. Contudo, não é possível dizer que a possível dificuldade está na qualidade do atendimento da APS, pois é necessário pontuar que o financiamento do Brasil para atendimentos de Baixa Complexidade é insuficiente, tornando o sistema frágil em algumas regiões (CAPUCCI, 2014).

Um dado significativo encontrado neste trabalho e que merece atenção pelos gestores públicos foi a prevalência de internações por DIP no município de Diamantina/MG, Brasil. O hospital estudado localiza-se no centro desse município, por isso os moradores têm maior acesso aos serviços de saúde. Os outros municípios da Região Ampliada de Saúde estão distantes fisicamente do hospital. Ademais, a prevalência de pessoas que morreram no momento da internação com diagnóstico de DIP foi alta. Minas Novas/MG, por exemplo, fica a 220 km de Diamantina/ MG sendo essa distância um fator preponderante para justificar os dados encontrados. É importante salientar que a distância do hospital de referência pode aumentar a subnotificação, a morbidade e mortalidade por DIP na Região Ampliada de Saúde. Além disso, o Vale do Jequitinhonha possui cidades com densidade demográfica baixa e apresenta rodovias de difícil acesso (GALVÃO *et al.*, 2018).

A maior parte das internações por DIP no hospital de referência foram representadas por Sepse Não-Especificada, Pneumonia Bacteriana Não-Especificada e Infecção Bacteriana Não-Especificada. A sepse é a principal causa de morte por infecção e constitui um grande problema de saúde pública no mundo (OMS, 2019). Em um estudo transversal realizado no período de um ano na Noruega verificou-se que 1% das internações e 12,9% dos óbitos ocorreram por sepse. Eles mostram que a sepse é um dos principais contribuintes para a causa de morte nos países Europeus (KNOOP *et al.*, 2017). Em um estudo de coorte realizado em 6 hospitais nos Estados Unidos foi feita a análise de prontuários médicos e foi possível observar que 52,8% das internações e 34,9% dos óbitos estavam relacionados à sepse. Apesar de ter a sepse como causa principal os autores verificaram que a maioria dos óbitos por sepse estavam associados à outras comorbidades. O estudo sugere investimentos na prevenção e principalmente tratamento das condições subjacentes para que haja redução dos óbitos por sepse (RHEE *et al.*, 2019).

Corroborando com o presente trabalho, um estudo realizado em um hospital do Rio Grande do Sul, com o objetivo de verificar o perfil epidemiológico e as causas de internações no ano de 2016, observou que 30,6% dos pacientes internados na UTI Clínica

tiveram como principal causa de internação a Sepse Não-Especificada (PAULETTI *et al.*, 2017).

Entre as principais causas de morte em países desenvolvidos encontra-se a pneumonia (KIM *et al.*, 2019; CORDOBA *et al.*, 2018). No presente estudo foi observado que a Pneumonia Não-Especificada ficou como segunda causa de internação por DIP. De acordo com CORDOBA *et al.* (2018) a maioria dos óbitos por pneumonia não tiveram etiologia especificada. A identificação do agente etiológico na pneumonia é um fator primordial para alcançar um bom tratamento e assim evitar óbitos. Diagnósticos microbiológicos apropriados devem ser realizados e associados à causa da morte do paciente. Outro ponto importante é saber se a pneumonia é de origem comunitária ou hospitalar, a fim de desenvolver intervenções direcionadas à redução dos óbitos por pneumonia (KALIL *et al.*, 2016).

Infecções Bacterianas Não-Especificadas apareceram neste estudo como terceira causa de internação, entretanto, este dado é pouco específico para pensar em ações de promoção e prevenção das DIP. De acordo com Dwyer-Lindgren *et al.* (2016) o termo “garbage code” (GC) refere-se às origens e aos respectivos códigos da CID que não podem ser causa básica de morte. Dessa forma, verificou-se neste estudo que as Infecções Bacterianas Não-Especificadas foram classificadas nos GC. No estudo realizado por Marinho *et al.* (2019) verificaram que existem falhas tanto em relação ao preenchimento da sequência correta dos dados quanto ao conceito de causa básica de morte pelos médicos ao preencherem prontuários e atestados de óbito. Cunha *et al.* (2019) sugerem melhoria na comunicação com profissionais de saúde, investir na difusão e instruções sobre o preenchimento do atestado de óbito, além de proporcionar capacitação dos estudantes e residentes de medicina para que ocorra diminuição dos GC.

Ainda sobre as Infecções Bacterianas Não-Especificadas é possível fazer uma associação da alta prevalência de internações com a qualidade de vida da população. Condições socioeconômicas precárias, falta de saneamento básico e más condições de higiene e nutrição estão relacionadas ao maior risco de aquisição de infecções bacterianas (CAVACA *et al.*, 2018). Dessa forma, sugere-se que políticas públicas para a região sejam voltadas para a melhoria do saneamento básico, educação e renda da população.

Apesar da Sepse Não-Especificada ser a maior causa de internação neste estudo, o único caso de meningite viral notificado no ano de 2016 levou o paciente a óbito. Tal fato pode estar relacionado a dificuldades de acesso da população aos serviços da APS devido a grande extensão territorial da região (ALMEIDA *et al.*, 2019). Em um estudo ecológico utilizando a base de dados do Sistema Nacional de Agravos e Notificações verificou-se que a meningite viral teve maior prevalência nas cinco regiões do Brasil no ano de 2015, entretanto, foi a que apresentou menor letalidade (SILVA & MEZAROBBA, 2018).

Responsável por aproximadamente 30% das infecções na população mundial, o *Toxoplasma gondii* é um dos parasitas que apresenta maior distribuição entre humanos

e animais e constitui um grande problema para a economia e a saúde em muitos países (PLEYER *et al.*, 2019). Neste estudo verificou-se um óbito por toxoplasmose. A região estudada possui um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) médio (SILVA *et al.*, 2019) e por isso acredita-se que não só a toxoplasmose, mas outras DIP, como a leishmaniose estejam relacionadas aos problemas socioeconômicos e ambientais da região.

Uma das limitações deste estudo foi a ausência de algumas informações nos prontuários. Alguns registros estavam incompletos e outros não possuíam os fatores de risco associados às doenças. Muitos hospitais tem utilizado o prontuário eletrônico para minimizar estes problemas. Dessa forma, sugere-se para melhoria da qualidade das informações a informatização dos dados dos pacientes.

Sabe-se que as DIP são preveníveis e tratáveis em nível de APS, entretanto, este estudo aponta elevado número de internações por essas doenças na Média e Alta Complexidade. Esse resultado demonstra que possivelmente os casos não estão sendo tratados em tempo hábil na APS e conseqüentemente tais quadros clínicos dos pacientes se agravam e geram internações e óbitos (JÚNIOR *et al.*, 2018).

Campos *et al.* (2020), em estudo realizado no município em estudo, verificaram necessidade de aprimoramento em algumas áreas na APS como infraestrutura, quadro de funcionários e vínculos trabalhistas. Acredita-se que em toda a Região Ampliada em Saúde os problemas relacionados às APS sejam comuns, aumentando o número de internações na Média e Alta Complexidade, elevando o número de óbitos e ampliando os custos para o sistema de saúde.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da redução das DIP no mundo e no Brasil, este estudo foi realizado em uma região com IDH médio e por isso constitui um cenário favorável para alta letalidade. As doenças aqui elencadas apresentam íntima ligação com condições socioeconômicas e ambientais precárias que refletem em baixa qualidade de vida.

Este estudo mostra um importante desafio para os gestores do país para direcionar ações governamentais para a prevenção e controle das DIP. O enfrentamento a estas doenças vai muito além da melhoria na APS. É preciso enxergar os determinantes sociais de saúde da macrorregião proporcionando melhores condições econômicas, sociais, ambientais e culturais para a população.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L. M. L. *et al.* As Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária de um município do interior de Minas Gerais, Brasil. *Rev Enfer Atual*, v. 90, n. 28, p. 1–7, 2019. Disponível em: file:///C:/Users/User/Downloads/417-Texto%20do%20artigo-2018-1-10-20191210%20(1).pdf. Acesso em: 02 fev. 2020.

ARSHAD, A. *et al.* Frequency and Cause of Readmissions in Sepsis Patients Presenting to a Tertiary Care Hospital in a Low Middle Income Country. *Critical Care Explorations*, v. 2, n. 2, p. e0080, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7069593/>. Acesso em: 02 fev. 2020.

AZEVEDO, L. C. P. *et al.* Sepsis is an important healthcare burden in Latin America: A call to action! *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 30, n. 4, p. 402–404, 2018. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/330296802_Sepsis_is_an_important_healthcare_burden_in_Latin_America_a_call_to_action. Acesso em: 02 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de saúde. Resolução no 466/2012. Trata de pesquisas em seres humanos. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> Acesso em: 28 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no 510/ 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf> Acesso em: 5 mai. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DataSus. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp?search=9163778> Acesso em: 19 mai. 2020.

CAMPOS, F. F. *et al.* A satisfação dos profissionais das estratégias de saúde da família em relação às condições de trabalho. *Rev Intellectus*, v. 57, n. 1, p. 20–40, 2020. Disponível em: <http://revistaintellectus.com.br/ArtigosUpload/63.747.pdf>. Acesso em: 6 mai. 2020.

CAPUCCI, P. Financiamento para atenção básica à saúde no Brasil : avanços e desafios. *J Manag Prim Heal Care*, v. 5, n. 1, p. 127–128, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S1413-8123201600040128900025&lng=en. Acesso em: 6 mai. 2020.

CAVACA, A. G. *et al.* 'Valor-saúde': critérios epidemiológicos potenciais para a comunicação e saúde. *Rev Elet de Com, Infor e Inov em Saúde*, v. 12, n. 1, p. 26–42, 2018. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1296>. Acesso em: 6 mai. 2020.

CAVALETTI, A. C. L.; CALDAS, C. P.; LIMA, K. C. Social Context and Geographic Space: An Ecological Study about Hospitalizations of Older Persons. *Value in Health Regional Issues*, v. 17, p. 8–13, 2018. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2212109918300049> Acesso em: 6 mai. 2020.

CORDOBA, E. *et al.* Deaths from pneumonia-New York City, 1999-2015. *Open Forum Infectious Diseases*, v. 5, n. 2, p. 1–9, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29955618/>. Acesso em: 6 mai. 2020.

CUNHA, C. C. *et al.* Avaliação da investigação de óbitos por causas mal definidas no estado da Bahia, Brasil, em 2010. *Cien & sau col*, v. 24, n. 5, p. 1831–1844, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v24n5/1413-8123-csc-24-05-1831.pdf>. Acesso em: 6 mai. 2020.

DWYER-LINDGREN, L. *et al.* US County-Level Trends in Mortality Rates for Major Causes of Death, 1980–2014. *JAMA*, v. 316, n. 22, p. 2385–2401, 2017. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2592499>. Acesso em: 6 mai. 2020.

ESME, M. *et al.* Infections in the Elderly Critically-III Patients. *Front in Med*, v. 6, n. June, p. 1–9, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31275937/> Acesso em: 6 mai. 2020.

FREDJ, M. BEN *et al.* Hospitalizations for communicable diseases in a developing country: prevalence and trends—Monastir, Tunisia, 2002–2013. *Inter Jour of Infect Dis*, v. 55, p. 102–108, 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1201971217300127>. Acesso em: 6 mai. 2020.

GALVÃO, E. L.; SANTOS, D. F.; BODEVAN, E. C. Analysis of the care network for stroke in the brazilian mesoregion of Vale do Jequitinhonha. *Latin american jour of bus man*, v. 9, n. 2, p. 80–87, 2018. file:///C:/Users/User/Downloads/508-1505-1-PB%20(1).pdf. Acesso em: 13 mai. 2020.

GOLDSTEIN, E.; LIPSITCH, M. The relation between prescribing of different antibiotics and rates of mortality with sepsis in US adults. *BMC Infect Dis*, v. 20, p. 169, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32087679/>. Acesso em: 13 mai. 2020.

HEPPNER, H. J. *et al.* Infections in the elderly. *Crit Care Clin*, v. 29, p. 757–774, 2013. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/247155374_Infections_in_the_Elderly. Acesso em: 13 mai. 2020.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA Panorama Cidades. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/diamantina/panorama> Acesso em: 2 mai. 2020.

ITTISANYAKORN, M. *et al.* Prevalence and factors associated with one-year mortality of infectious diseases among elderly emergency department patients in a middle-income country. *BMC Infectious Diseases*, v. 19, n. 1, p. 1–10, 2019. Disponível em: <https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12879-019-4301-z>. Acesso em: 2 mai. 2020.

KALIL, A. C. *et al.* Management of Adults With Hospital-acquired and Ventilator-associated Pneumonia : 2016. *Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America and the American Thoracic Society. Clinical Infectious Diseases*, v. 63, p. 61–111, 2016. Disponível em: <https://www.thoracic.org/statements/resources/tb-opi/hap-vap-guidelines-2016.pdf> Acesso em: 2 mai. 2020.

KIM, A. M. *et al.* A spatial analysis of geographic variation and factors associated with hospitalization for bacterial pneumonia in Korea. *BMC Pulm Med*, v. 19, n. 1, p. 1–8, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6383222/>. Acesso em: 2 mai. 2020.

KIM, J. H. *et al.* Korean Registry for Improving Sepsis Survival (KISS): Protocol for a Multicenter Cohort of Adult Patients with Sepsis or Septic Shock. *Infection & Chemotherapy*, v. 52, n. 1, p. 31, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32239810/> Acesso em: 21 mai. 2020.

KNOOP, S. T. *et al.* Epidemiology and impact on all-cause mortality of sepsis in Norwegian hospitals: A national retrospective study. *PLoS ONE*, v. 12, n. 11, p. 1–13, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5693291/> Acesso em: 21 mai. 2020.

MARINHO, M. F. *et al.* Data for health: Impact on improving the quality of cause-of-death information in Brazil. *Rev Bras Epid*, v. 22, n. Suppl 3, p. 1–13, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2019000400403. Acesso em: 21 mai. 2020.

METLAY, J. P. *et al.* Diagnosis and Treatment of Adults With Community-acquired Pneumonia. An Official Clinical Practice Guideline of the American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America. *Ame Jour of Resp and Crit Care Med*, v. 200, n. 7, p. E45–E67, 2019. Disponível em: <https://www.atsjournals.org/doi/10.1164/rccm.201908-1581ST>. Acesso em: 21 mai. 2020.

MINAS GERAIS. Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais. Aprova o ajuste do Plano Diretor de Regionalização – PDR-SUS/MG. Belo Horizonte, 2014. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del_1979_-_PDR_2014.pdf Acesso em: 19 mai. 2020.

MORIMOTO, T.; COSTA, J. S. D. Interações por condições sensíveis à atenção primária, gastos com saúde e estratégia saúde da família: Uma análise de tendência. *Cienc e Sau Col*, v. 22, n. 3, p. 891–900, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n3/1413-8123-csc-22-03-0891.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2020.

OLIVEIRA, J. C. A. X. DE *et al.* Perfil epidemiológico da mortalidade masculina : contribuições para enfermagem. *Cogi Enferm*, v. 22, n. 2, p. e49724, 2017. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/49742>. Acesso em: 19 mai. 2020.

PEREIRA, F. G. F. *et al.* Caracterização das infecções relacionadas à assistência à saúde em uma Unidade de Terapia Intensiva. *Vigil. sanit. debate*, v. 4, n. 1, p. 70–77, 2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/296472503_Caracterizacao_das_infeccoes_relacionadas_a_assistencia_a_saude_em_uma_Unidade_de_Terapia_Intensiva. Acesso em: 02 jun. 2020.

PLEYER, U. *et al.* Toxoplasmosis in Germany—epidemiology, diagnosis, risk factors, and treatment. *Deutsches Arzteblatt International*, v. 116, n. 25, p. 435–444, 2019. Disponível em: <https://www.aerzteblatt.de/int/archive/article/208358>. Acesso em: 02 jun. 2020.

QUEENSLAND AUSTRALIA. Health Statics Bransh, Infectious disease: What is the burden on the hospital system? Disponível em: https://www.health.qld.gov.au/_data/assets/pdf_file/0025/144754/statbite65.pdf Acesso em: 19 mai. 2020.

RHEE, C. *et al.* Prevalence, Underlying Causes, and Preventability of Sepsis-Associated Mortality in US Acute Care Hospitals. *JAMA network open*, v. 2, n. 2, p. e187571, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30768188/> Acesso em: 19 mai. 2020.

SILVA, H. C. G.; MEZAROBBA, N. Meningite no Brasil em 2015: O panorama da atualidade. *Arq. Catarin Med.*, v. 47, n. 1, p. 34–46, 2018. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/227>. Acesso em: 19 mai. 2020.

SILVA, J. P. *et al.* Doenças negligenciadas em Minas Gerais e determinantes sociais. *Rev Ate Higéia*, v. 1, n. 1, p. 1–6, 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/6-Texto%20do%20artigo-28-3-10-20190315.pdf> Acesso em 03 jun. 2020.

SILVA-JÚNIOR, V. B. S.; SILVA, M. T. A.; CRUZ, D. F. Interface entre as Doenças Infeciosas e Parasitárias e a Estratégia Saúde da Família no Brasil. *Rev Bra de Ciênc da Saúde*, v. 22, n. 4, p. 325–332, 2018. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/11/963926/38796-97565-1-pb1.pdf>. Acesso em: 2 mai. 2020.

W.H.O. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Ageing and life-course. World report on ageing and health. Disponível em: <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/en/> Acesso em 03 jun. 2020.

W.H.O. WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. Sepsis. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sepsis> Acesso em: 2 mai. 2020.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. ICD-10. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. Disponível em: <https://icd.who.int/browse10/2016/en> Acesso em: 01 jul. 2020.

HOTELARIA HOSPITALAR E SUAS TECNOLOGIAS LEVES

Data de aceite: 01/12/2020

Data da submissão: 26/10/2020

Clarissa Vasconcelos Silva de Souza

Universidade Federal de Sergipe

Aracaju-Sergipe

<http://lattes.cnpq.br/9703024398255524>

RESUMO: Trata-se de um levantamento bibliográfico do tipo descritivo que discorre sobre o serviço de hotelaria hospitalar a fim de levantar as mudanças tecnológicas neste setor e conhecer as tecnologias leves que ele proporciona ao profissional e ao cliente. Neste contexto fez-se um breve histórico do desenvolvimento da hotelaria hospitalar ao longo dos anos no Brasil; discorreu-se sobre a necessidade de mudanças na assistência à saúde e como as inovações tecnológicas estão inseridas na atual visão da hotelaria hospitalar. Assim colocou-se em evidência as tecnologias leves deste serviço e como elas impactam no cuidado à saúde; permitindo a prática das diretrizes da humanização, a qual é a ferramenta principal da assistência atual.

PALAVRA-CHAVE: Hotelaria Hospitalar, Mudanças, Tecnologias Leves.

HOSPITAL HOSPITALITY AND ITS LIGHT TECHNOLOGIES

ABSTRACT: It is a descriptive bibliographic survey that discusses the hospitality hospital service in order to survey the technological changes in this sector and to know the light

technologies it provides to the professional and the client. In this context, a brief history of development hospital hospitality over the years in Brazil; it was discussed the need for changes in health care and how technological innovations are inserted in the current vision of hospitality. Thus, the light technologies of this service were highlighted and how they impact health care; allowing the practice of humanization guidelines, which is the main tool of current assistance.

KEYWORDS: Hospitality Hospitality, Changes, Light Technologies.

1 | INTRODUÇÃO

O setor saúde sempre foi fortemente influenciado pela tecnologia material, ou seja, equipamentos para fins terapêuticos e diagnósticos. As tecnologias não materiais, ou seja, subjetivas, de inovação na organização e nas relações de trabalho ficavam em segundo plano. (LORENZETT, et al. 2012).

A hotelaria hospitalar sempre existiu nos hospitais só que de forma mecânica, apenas para abrigar o paciente quando estava doente; os serviços prestados pela hotelaria hospitalar eram atividades de limpar, organizar, lavar, arrumar, sem priorizar a qualidade e satisfação do cliente (BOERGER, 2017).

Kurciant e col. (1991) definiu muito bem a palavra mudança no âmbito da saúde, sendo sinônimo de transformação e rompimento de hábitos e costumes.

As mudanças não ocorrem sem motivos, elas partem de uma necessidade e no setor hospitalar com uma clientela mais exigente e esclarecida de seus direitos elas foram ocorrendo para atender as necessidades deste mercado.

Franco;Merhy (2012) chama de transição tecnológica as mudanças no modo de produzir saúde que impactam diretamente no processo de trabalho; Neste processo de mudança as tecnologias relacionais, tentam fazer diferença no processo de cuidar e trazer resultados positivos para o paciente.

Morais; Cândido; Vieira (2004) fazem a diferenciação entre uma empresa hoteleira e a hotelaria hospitalar; a primeira é uma entidade jurídica de hospedagem e a segunda é um conjunto de serviços assistenciais, prestado por instituições de saúde que visam a qualidade do atendimento ao cliente. Mostram que diferentemente de um hotel, todos os produtos estão disponíveis, mas nem sempre o cliente pode decidir sozinho quando e como utilizar, necessitando do conhecimento científico para a tomada de algumas decisões.

Assim surgiu o seguinte questionamento: Quais são as tecnologias leves que o serviço de hotelaria hospitalar traz a assistência ao paciente. Aqui, pretende-se conhecer as mudanças no serviço de hotelaria hospitalar atual, advindas das inovações tecnológicas, e levantar as tecnologias leves que estão inseridas neste contexto. Para isso fez-se um levantamento bibliográfico sobre os assuntos relevantes; nos quais houve uma análise qualitativa dos dados coletados; e discussão dos resultados encontrados.

2 I ANÁLISE E DISCURSÃO DOS DADOS

A metodologia utilizada para chegar ao resultado um levantamento bibliográfico do tipo exploratório e descritivo, o qual segundo Apolinário (2006) é aquele que busca descrever um fato sem interferir nele; proporcionando o aumento do conhecimento teórico sobre o tema. Para amostra utilizaremos livros da área e artigos extraídos da internet, sobre hotelaria hospitalar; mudanças no setor saúde; inovações tecnológicas e tecnologias em saúde, buscando os conteúdos mais relevantes. Farar-se uma análise qualitativa dos dados coletados; para chegarmos nos resultados

2.1 As mudanças na hotelaria hospitalar

O hospital é uma instituição complexa, por diversos processo realizados por pessoas diferentes e locais diferentes com objetivos e metas distintas. (Nishio; Franco e col.; 2011)

A hotelaria hospitalar pode ser definida conjunto de atividades que visão o bem-estar e a segurança com uma boa assistência e qualidade no atendimento ao cliente, desde a sua entrada até a saída do hospital seja ele o paciente ou o acompanhante.

Boerger (2017) diz que a princípio estas atividades eram feitas pela enfermagem, mas que não era prioridade da equipe pois esta estava principalmente voltada para a necessidades de saúde do paciente.

Nos anos 90 a hotelaria estava focada na estrutura física da instituição, na estética no conforto e beleza de um hotel. Nos anos 2000 a hotelaria passou a visar as tecnologias e softwares e atualmente o foco são as pessoas e o ambiente. (BOEGER, 2017).

A partir dos anos 2000 surgiu as normas e diretrizes para a arquitetura de um ambiente hospitalar vigente; determinou o padrão a ser seguido pelos serviços de saúde, com objetivo de evitar infecções e proporcionar segurança ao paciente e aos trabalhadores.

Na visão atual de assistência a saúde o foco do cuidado é o paciente/cliente e não a patologia; a atividade meramente curativa perde força e o desenvolvimento de um bom serviço de hotelaria hospitalar passa a ser uma necessidade competitiva e também primordial para o sucesso da assistência e cura, sem eventos adversos, perdendo a ideia de que investir em hotelaria seria um luxo desnecessário. Assim hoje este serviço assumiu no hospital setores de higiene, rouparia, lavanderia, gerenciamento de resíduos sólidos, serviço de nutrição e dietética, recepção e outros.

Boerger (2017) comenta sobre a facilidade que existe de hoje de se adquirir informação desta forma quando o paciente, torna-se um cliente hospitalar, conhece seus direitos; busca além da cura, seu conforto e bem-estar diante do que lhe é ofertado. Assim passa a comprar o produto que é vendido pelo hospital; o tratamento e a assistência, não só das instituições particulares como das redes públicas também.

A nova visão sobre as atribuições do serviço de hotelaria hospitalar trouxe novidades que precisavam ser assimiladas e abraçadas por todo corpo clínico da instituição, desde a gerência até os executores da assistência ao paciente; com isso os colaboradores tiveram que assimilar e desenvolver algumas mudanças no processo de cuidar.

Kurcgant e col. (1991) definiu muito bem a palavra mudança no âmbito da saúde, sendo sinônimo de transformação e rompimento de hábitos e costumes. E explica que as mudanças nas organizações de saúde, são transformações que ocorrem em um grupo social, com a finalidade de prestar assistência à saúde e podem ser sutis e imperceptíveis ou extremamente radicais, no comportamento das pessoas ou nas atividades desenvolvidas.

Moraes; Cândido; Vieira (2004) Também associam a valorização e desenvolvimento das ações do serviço de hotelaria hospitalar a palavra mudança. Mostrando que as melhorias dos processos assistenciais que envolviam a hotelaria tiveram resistências mas foram acontecendo e ainda estão sendo assimiladas e disseminadas de forma gradativas e necessárias, pois são exigidas pelo mercado consumidor que está cada vez mais informado e exigente de seus direitos; aliando-se a nova visão de cuidar que visa a segurança do paciente, do profissional e da instituição, este serviço cresce e inova constantemente de acordo com as necessidades que vão surgindo. Estando assim em constante aprimoramento.

Kurcgant e col. (1991) lembra que as mudanças nas ações e atividades realizadas podem ser tão sutis que passam despercebidas e por isso não parecem não alterar o comportamento do indivíduo que a recebe; só que com o decorrer do tempo o resultado

positivo vai sendo contabilizado de forma material, como indicadores de saúde, dados estatísticos ou opiniões de usuários.

As mudanças de assistência a saúde chegam a partir das inovações tecnológicas que vão sendo implantadas na instituição.

Inovação tecnológica é introduzir uma novidade ou melhoria num ambiente produtivo que resulte dentre outras coisas, em novos processos ou serviços. Pode surgir uma inovação que será a introdução de um novo processo ou produto e pode representar uma ruptura no padrão tecnológico anterior. E inovações que serão apenas melhorias em um produto, em um processo ou na organização de uma empresa. Esse tipo de inovação nem sempre é palpável ou percebida, mas muitas vezes trazem benefícios para todos do serviço, com eficiência do trabalho executado, aumento de produtividade, qualidade e redução de custos (LORENZETT, et all. 2012).

Fazem parte das tecnologias da saúde medicamentos, equipamentos, procedimentos técnicos, sistemas organizacionais, protocolos assistenciais...por meios dos quais os cuidados são prestados. (LORENZETT, et all. 2012).

2.2 Serviço de saúde

Antes de falar dos serviços de saúde veremos algumas definições dadas por Moraes; Candido; Vieira (2004):

Produto: Conjunto de atividades sejam elas físicas e ou mentais, com um ou mais atores que produzam um espaço aconchegante, técnico, competente e capaz de tratar o problema como um todo, satisfazendo quem recebe e quem executa. É algo tangível ou não que pode ser oferecido para a venda; não obrigatoriamente um objeto físico; pode ser um serviço, um lugar ou uma ideia.

Bem: É uma qualidade que se aprecia de forma subjetiva, com sentimentos de aprovação a ações executadas.

Serviços: são ações intangíveis e de difícil recuperação, não podem ser considerados algo concreto. Acontecem de forma pessoal, emocional e instantânea.

Os serviços prestados a saúde do indivíduo é a junção destas definições; podendo assim descrever um serviço de saúde como um processo, uma ação, que representa um desempenho intangível de um ser humano a fim de beneficiar outrem.

Os serviços de saúde atuais, buscam que os clientes participem e interajam, mas estes ainda assim dependem significativamente do profissional que é o detentor de conhecimentos específicos. (MORAIS; CANDIDO; VIEIRA ;2004):

2.3 Hospitalidade e humanização

“A Hotelaria hospitalar é a arte de oferecer serviços repletos de presteza, alegria, dedicação e respeito, fatores que geram a satisfação, o encantamento ao cliente e principalmente a humanização do atendimento e do ambiente hospitalar.” (TARABOULSI, 2003, p. 43).

Boerger (2017) comenta que a hospitalidade está intimamente ligada a humanização, para criar o ambiente hospitaleiro a relação entre as pessoas precisa fluir com qualidade e para tal a cultura da organização deve preparar seus trabalhadores e prover meios para que estes coloquem em prática nas suas ações. Para este autor a humanização é espontânea e depende da empatia de quem recebe o paciente.

O governo federal em 2003 lança a política nacional de humanização com intuito de produzir mudanças no modo de agir e de cuidar dentro do serviço público.

Brasil (2013) define humanizar como a inclusão das diferenças no processo de gestão e de cuidados; com mudanças construídas de forma coletiva e compartilhada; com finalidade de desenvolver novas formas de cuidar e organizar o trabalho.

Incluir os trabalhadores na gestão e permitir a participação do usuário e suas redes sociofamiliares nos processos de cuidado faz com que exista uma corresponsabilização de todos no tratamento proposto, assim os processos de trabalho vão sendo reinventados e gestão, trabalhador da saúde e paciente tornam-se agentes ativos no processo de mudança.

Saúde (2013) detalha as diretrizes da política nacional de humanização:

Acolhimento: é reconhecer o que o paciente/cliente considera como problema de saúde. Ele deve sustentar relações entre usuários e serviços; e tem como objetivo construir relações de confiança e compromisso, entre todos os envolvidos no cuidar. Ele é colocado em prática pelo profissional de saúde, com uma escuta qualificada que leve o usuário do serviço a ter acesso a tecnologias adequadas as suas necessidades.

Gestão participativa e Cogestão: participação de todos os agentes ativos envolvidos num contexto de cuidado, onde as decisões são tomadas de forma coletiva. As rodas de conversa favorecem a cogestão, por colocar as diferenças em contato e levantas as necessidades de mudanças encontradas.

Ambiência: Criar espaços saudáveis, confortáveis que respeitem privacidade e a necessidade ímpar de cada um; propicie mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontros. Para atingir estes objetivos deve-se haver uma discussão compartilhada, do projeto arquitetônico, das necessidades de reformas e do uso de espaços que venham a beneficiar o profissional atuante e o usuário.

Clínica ampliada e compartilhada: é uma ferramenta cuja finalidade é contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, através do enriquecimento dos diagnósticos e do diálogo qualificado. De modo a possibilitar decisões compartilhadas.

Valorização do trabalhador: valorizar a experiência dos profissionais envolvidos na assistência e inclui-los nas tomadas de decisões.

Defesa dos direitos dos usuários: o usuário tem direito a uma equipe que cuide dele de forma satisfatória e também de saber sobre sua patologia e possibilidades de tratamento e colaborar nas decisões sobre sua situação de saúde.

Boerger (2017) listou que a hospitalidade deve ter quatro características a saber:

O Acolher: é o ato de receber pessoas de forma individual, acolhendo também as necessidades do cliente que possam ser resolvidas naquele encontro.

O Hospedar: a nível hospitalar o hospedar é mais que acomodar pessoa, pois existe o agravante do confinamento em local indesejado. Assim detalhes como roupa de cama, toalha de banho, colchão, ambientação do quarto e outros tornam-se valiosos a ação de hospedar deve assegurar os processos de abastecimento (rouparia, medicações, alimentação) com respeito e qualidade e os processos de desabastecimento, como retirada de lixo, limpeza do quarto e utensílios.

O Alimentar: prover uma alimentação individual, permitindo escolhas por parte do paciente e adequando a patologia em questão.

O Entreter: atitudes que permitam um ambiente descontraído e aprazível que transforme o ambiente de espera e também o do cuidado agradável ao paciente e acompanhantes; seja com música, brincadeiras, contadores de histórias dentre outros.

2.4 Tecnologias de saúde

LORENZETT, et all. (2012) dizem que a tecnologia é dividida em produtos ou coisas materiais; e em processos de trabalho, saberes e ações humanas em atividades produtivas. Pode-se ter tecnologias que são equipamentos e máquinas e também tecnologias que são processos para utilização de produtos e para a organização das relações humanas.

Franco; Merhy (2012) discorrem sobre tecnologias de saúde do ponto de vista que o trabalho em saúde é subjetivo, se dá sempre por um encontro entre o cuidador e o assistido, sendo mediado pela ética do cuidado. Coloca o ser humano como centro produtor do cuidado.

O trabalho acolhedor com desenvolvimento de empatia entre o trabalhador e o usuário em qualquer situação de subjetividade está intermediando opções de cuidado, é nessa dimensão relacional do cuidar que encontramos as tecnologias leves; as quais aliadas as tecnologias leve-duras e as tecnologias duras, faz-se o processo produtivo. Salientando que a assistência à saúde contém necessariamente as três tecnologias.

O trabalho em saúde por ser de natureza relacional, é chamado de trabalho vivo porque os produtos da saúde se realizam em ato entre produtor e consumidor.

Por muitos anos o modelo assistencial esteve centrado em tecnologias duras, que são os instrumentos materiais de trabalho e tecnologias leves-duras que são os conhecimentos técnicos e assim a produção do cuidado era centrado em procedimentos.

As tecnologias leves produzem um trabalho vivo que dá possibilidade de interação entre profissional e usuário, trazendo um resultado mais satisfatório e colocando o usuário dentro da produção do seu cuidado; trazendo para ambos a corresponsabilização do cuidar.

Quando o centro da produção do cuidado está no trabalho vivo (relacional), há uma utilização predominante das tecnologias leves e secundariamente das demais, conforme as necessidades terapêuticas individuais.

3 | CONCLUSÃO

Alguns hospitais estão colhendo resultados gratificantes mesmo com as mudanças tímidas da hotelaria hospitalar, e se pode perceber algumas com o aumento de produtividade, melhoraram na organização e no atendimento gerando tranquilidade e confiança nos clientes. (TARABOULSI, 2003).

A hotelaria hospitalar pode ser definida conjunto de atividades que almejam o bem-estar e a segurança através boa assistência e qualidade no atendimento ao cliente, desde a sua entrada até a saída do hospital seja ele o paciente ou o acompanhante.

Funciona como elo entre setores e profissionais sem, contudo, interferir na parte técnica do exercício profissional, suas tecnologias de saúde visam proporcionar melhor qualidade de vida aos clientes, colaboradores e direção do estabelecimento. Se tratando especificamente das tecnologias leves a hotelaria hospitalar incita e proporciona meios para os profissionais dos serviços de saúde coloquem em prática diretrizes da humanização no cuidado à saúde. As características explanadas por Boerger (2017) de acolher, hospedar, alimentar e entreter são as principais tecnologias leves que se encontrou neste levantamento bibliográfico; e atreladas as demais tecnologias constitui as atribuições da hotelaria hospitalar do contexto atual.

Como as tecnologias leves estão centradas no trabalho vivo, onde o profissional conta com liberdade nas ações e exerce melhor a criatividade para a execução de procedimentos; permite fortalecer os aspectos relacionais e pode seguir as diretrizes da humanização, com acolhimento, estabelecimento de vínculo e acompanhamento de projetos terapêuticos individuais. (Franco; Merhy 2012).

REFERÊNCIAS

APPOLINÁRIO, Fábio. **Metodologia da Ciência: Filosofia e Prática de Pesquisa**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2006.

BRASIL. Ministério da saúde. **Política Nacional de Humanização**. 1ª edição. Brasília, DF; 2013.

BOEGER, Marcelo A. **Hotelaria Hospitalar: Implantação e Gestão**. 1ª edição. Curitiba: Editora InterSaberes, 2017.

FRANCO, Túlio B. MERHY, Emerson F. **Cartografias do Trabalho e Cuidados em Saúde**. Brasília: Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva Potencialidades e inovações nos processos de trabalho. Vol.06 nº 02. 2012.

KURCGANT, Paulina e *Col*. **Administração em Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991.

LORENZETTI, et all **Tecnologia, Inovação Tecnológica em Saúde: Uma reflexão necessária**. Revista Texto Contexto Enfermagem. Florianópolis, 2012, abr-jun; 21: 432-9.

MORAES, Ornélio de D. CÂNDIDO, Índio; VIEIRA, Elenara de V. **Hotelaria Hospitalar: Um Novo Conceito De Atendimento Ao Cliente Da Saúde**: Caxias do Sul, RS : Educ, 2004.

NISHIO, Elizabeth A.; FRANCO, Maria Teresa G. **Modelo de Gestão em Enfermagem: qualidade assistencial e segurança do paciente**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

TARABOLSI, Fadi A. **Administração de hotelaria hospitalar: serviços ao cliente, humanização do atendimento, departamentalização, gerenciamento, saúde e turismo**. São Paulos: Atlas:2003.

MORTE: PERCEPÇÕES DOS ESTUDANTES DE MEDICINA

Data de aceite: 01/12/2020

Fernanda de Carvalho Braga

Centro Universitário de Brasília
Brasília-DF

<http://lattes.cnpq.br/5838899501830250>

Mariana Carvalho Gomes

Centro Universitário de Brasília
Brasília-DF

<http://lattes.cnpq.br/6040233892175246>

Nayra Costa Moreira

Centro Universitário de Brasília
Brasília-DF

<http://lattes.cnpq.br/2173210138730680>

Andrea Lopes Ramires Kairala

Centro Universitário de Brasília
Brasília-DF

<http://lattes.cnpq.br/6018184320051636>

Luzitano Ferreira Brandão

Centro Universitário de Brasília
Brasília-DF

<http://lattes.cnpq.br/4925838088018093>

RESUMO: Objetivo: Verificar a percepção dos estudantes de medicina sobre a morte e o morrer, assim como o significado do tema para eles. **Método:** trata-se de um estudo transversal, quantitativo e qualitativo, baseado em questionários elaborados especificamente para o presente estudo. A amostra foi composta por 38 estudantes de medicina de uma instituição privada do Distrito Federal. **Resultados:** A

maioria dos estudantes sente necessidade de ter contato com a temática durante a graduação; 42% acreditam que terão dificuldade de lidar com o paciente e 44,8% com a família. Sobre as questões éticas envolvidas no final da vida, a maioria declara ser contra a distanásia e a favor da ortotanásia. No que diz respeito a ortotanásia, as respostas foram mais homogêneas: 23% discordaram, 23% concordaram, 13% discordaram parcialmente e 11% concordaram parcialmente. Os dados qualitativos foram separados em três categorias: percepção sobre o final da vida; sentimentos gerados pelo contexto; e cuidados paliativos. 84% sentem necessidade de abordar o tema durante sua formação; 52,6% afirmaram que a instituição de ensino não os prepara adequadamente para essa situação. O sentimento de impotência apareceu em 42,2% dos participantes. **Conclusão:** O cuidado de pacientes fora de perspectiva de cura baseado no modelo biomédico pode perpetuar tratamentos e intervenções fúteis. Nesse contexto, surgem as questões sobre terminalidade da vida. Os estudantes mostraram a necessidade de discussão sobre morte e morrer, uma vez que esse contato é uma realidade que eles serão expostos durante sua formação. A falta de posicionamento verificada nos resultados do estudo pode refletir falta de discussão do tema durante a graduação.

PALAVRAS-CHAVE: Morte, terminalidade, estudantes de medicina.

DEATH: PERCEPTIONS OF MEDICAL STUDENTS

ABSTRACT: Objective: Verify medical student's position about death and end of life, as well as understand the meaning of these subjects for them. **Methods:** Cross-sectional, quantitative/qualitative study based on a questionnaire elaborated specifically for the study. Sample composed of 38 medical students from a private institution of the Federal District, Brazil. **Results:** Most feel the need to study the subject during their graduation; 42% believe they will have difficulty dealing with the patient and 44,8% with the family. About the ethical behavior involving end of life, most declare to be against dysthanasia and in favor of orthothanasia. On euthanasia, the answers were more homogeneous, disagree 23%, agree 23%, disagree partially 13% and partially agree 11%. Qualitative data were separated into three categories: perception towards the end of life; feelings generated by the context; and palliative care: 89.4% feel the need to address the issue during their training; 52.6% stated that the educational institution does not adequately prepare them. The feeling of impotence appears in 42.2% of the participants. **Conclusion:** Care based on biomedical model for patients out of the healing perspective can perpetuate futile interventions and treatments. In this context, issues regarding the termination of life arise. Students have shown the need for discussion about death and finitude of life, since this contact is a reality to which they will be exposed during their formation. The lack of positioning verified in the results may reflect the low priority given to the subject at the undergraduate level.

KEYWORDS: Death, end-of-life, medical students.

1 | INTRODUÇÃO

A prática médica, por vezes, fundamenta-se na dicotomia dos dados científicos e da conduta ética (MARTA, MARTA, FILHO & JOB, 2009). Essa realidade acompanha o profissional de saúde cotidianamente e levanta questões importantes a serem discutidas. Segundo Marta et al. (2009), o tema da morte e morrer evoca tanto a responsabilidade das posturas quanto às condutas frente ao paciente terminal e por isso é relevante ser abordado.

Nesse contexto, o grande desenvolvimento científico e tecnológico das ciências médicas nas últimas décadas levou a uma melhor qualidade e prolongamento da vida dos seres humanos (KÓVACS, 2003). Entretanto, este mesmo desenvolvimento trouxe alguns impasses, especialmente em situações críticas de terminalidade de vida. Desse modo, o progresso técnico-científico da medicina transformou o viver e o morrer.

Segundo Moritz (2008), o morrer tornou-se mais solitário e desumano, uma vez que o indivíduo fica confinado em um hospital, onde seus parâmetros orgânicos recebem mais atenção do que seu sofrimento emocional. Antigamente, o doente morria no seio de sua família e a morte permeava o cotidiano das pessoas (ARIÈS, 2003; COSTA, 2010). Essa mudança na forma de vivência do final da vida levantou dilemas ético que necessitam ser observados.

Existe uma percepção global de que os cuidados médicos no término da vida envolvem a utilização indevida e excessiva de tecnologia (KIPPER, 2000). Neste âmbito, surgem as questões referentes à terminalidade da vida, como eutanásia, distanásia e ortotanásia. Nota-se que escolher uma dessas três correntes resulta em mortes com conotações morais diferentes (KIPPER).

O termo eutanásia vem do grego, podendo ser entendido como “boa morte”. Ela seria justificada como uma forma de findar um sofrimento insuportável acarretado por um longo período de doença (SIQUEIRA-BATISTA & SCHRAMM, 2005). Apesar de ter a conotação de um ato de bondade, essa atitude elimina tanto a dor quanto a pessoa que está sofrendo (MARTIN, 1998). Essa atitude acaba por antecipar a morte do indivíduo, interrompendo o processo de morrer (SIQUEIRA-BATISTA & SCHRAMM). Segundo o Código Penal Brasileiro, promover eutanásia é considerado homicídio, independente das circunstâncias (JUNGES, CREMONESE, OLIVEIRA, SOUZA & BACKES, 2010).

A distanásia pode ser compreendida como obstinação terapêutica em paciente irrecuperável e considerada morte com sofrimento (PESSINI, 2009). Na educação médica, o foco em salvar vidas pode incentivar tal prática, uma vez que a doença é o centro das atenções ao invés do paciente como um todo (JUNGES et al, 2010). Desse modo, a utilização do modelo médico curativo para pacientes com doenças avançadas e terminais pode levar à perpetuação de intervenções e de tratamentos que não agregam benefícios substanciais para estes pacientes (FLORIANI & SCHRAMM, 2008).

Já a ortotanásia, que etimologicamente significa morte correta - *orthos* = certo e *thanatos* = morte, é vista como a morte sem prolongamento do sofrimento ou sem alteração do processo de morrer (FELIX, COSTA, ALVES, ANDRADE, DUARTE & BRITO, 2013). Essa forma de entender a morte, como processo natural da vida, vai ao encontro da filosofia paliativa, que enfatiza a importância de permitir o curso natural da patologia em pacientes fora de perspectiva de cura, sempre aliviando seu sofrimento (BARROSO & MARTEL, 2010; & SANCHES, 2012)

O movimento dos cuidados paliativos traz uma nova maneira de ver e lidar com o final da vida, pois defende o cuidado integral do paciente fora de possibilidade terapêutica de cura a fim de contemplar tanto as necessidade biológicas como as sociais, psíquicas e espirituais (ARAÚJO, 2011).

Os complexos problemas relacionados aos cuidados no fim da vida nos impõem a necessidade de aprofundarmos o debate em torno deste tema e da realização de mais pesquisas em nosso meio sobre os vários aspectos que envolvem os cuidados no fim da vida (FLORIANI & SCHRAMM, 2008). Sendo assim, o objetivo do presente estudo é verificar como os estudantes de medicina se posicionam sobre a morte e a terminalidade da vida, conhecer suas percepções sobre a morte, bem como entender os significados desses temas para esses alunos.

2 | MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional e transversal. A fim de alcançar o objetivo, foi elaborado um instrumento específico para a presente pesquisa. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa e aprovado.

Os questionários foram entregues aos discentes, quando estes procuravam as pesquisadoras, e recolhidos após o término do preenchimento. O tempo previsto de aplicação era de 10 minutos, que poderiam ser interrompidos a qualquer momento a depender da disponibilidade e conforto do respondente na abordagem do tema. Durante o decorrer da pesquisa constatou-se que o tempo médio de preenchimento foi maior do que esperado.

Para composição da amostra, o convite foi feito para os alunos antes do início das aulas do período da manhã de cada turma. Aqueles que se interessaram a participar do estudo procuraram as pesquisadoras em horários pré-estabelecidos. Os critérios de inclusão são: ser estudante de medicina do UniCEUB e ter idade maior ou igual a 18 anos. Os critérios de exclusão são: estudantes de outros cursos; ser profissional de saúde; e ser autora do projeto de pesquisa.

Para coletar as informações, foi elaborado um instrumento específico para o presente estudo. Ele foi dividido em duas unidades: dados gerais e dados específicos. A primeira consiste em perguntas de caracterização da amostra. A segunda refere-se a questionamentos no sentido de se verificar o posicionamento de estudantes frente a questões éticas de terminalidade da vida e a questões sobre morte de pacientes, por isso foi subdividida. Cada subunidade, que agrega um dos grandes temas, possui perguntas objetivas e subjetivas relacionadas ao contexto.

A análise de dados quantitativos foi realizada por meio do programa SPSS. Já a qualitativa se deu pela análise de conteúdo de Bardin (2010), que se baseia em três etapas: análise, exploração do material e tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

3 | RESULTADOS

Responderam à pesquisa 38 estudantes de medicina de uma instituição de ensino privado do Distrito Federal, sendo 58% participantes do sexo feminino e 42% do sexo masculino. A maioria dos participantes tinha entre 18 e 27 anos de idade, sendo a média de 21 anos. No que diz respeito ao período letivo, 21 cursavam o quarto semestre, dois o terceiro, cinco o segundo e seis o primeiro.

A maioria afirmou que possuía religião (82%), sendo que 40% destes se declararam católicos, 11% espíritas, 11% evangélicos, 5% protestantes e 3% budistas. Dentre esses, 26% não são praticantes. No que concerne à morte de parentes de primeiro grau, 45% responderam já ter passado por essa experiência.

Ao abordar o assunto do final da vida, a maioria apontou a necessidade de ter contato com o tema durante a formação, pois crêem que terão dificuldade em lidar tanto com o paciente (42,2%) quanto com a família (44,8%). No que concerne o preparo psicológico para lidar com a situação, 44,7% dos respondentes afirmaram não ter um posicionamento sobre o assunto.

Sobre as condutas éticas que envolvem a terminalidade, a maioria dos discentes afirmaram ser contra a distanásia e a favor da ortotanásia. Sobre a eutanásia, a distribuição das respostas dos discentes foi mais homogênea (figura 1).

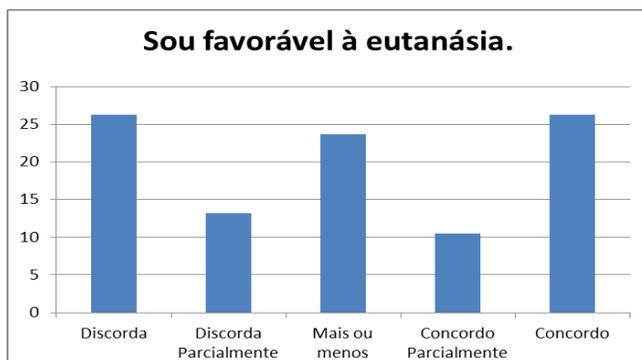


Figura 1: respostas sobre a questão da eutanásia.

No que concerne à parte qualitativa, as respostas foram divididas em três categorias, a saber: 1. Percepção dos estudantes de medicina frente ao final da vida, que se refere a como os alunos vêem seu papel na maneira de lidar com o final da vida; 2. Sentimentos gerados pela finitude, que explicitam como os discentes se sentiriam frente a situação; 3. Cuidados, revela a percepção do papel profissional.

Dentro da primeira categoria, foi possível verificar três temas que envolvem a forma como os estudantes vêem a terminalidade. O primeiro é a religião que traz questões existenciais relacionadas ao momento do término da vida.

"Ficaria muito triste, pois acredito que há sempre uma esperança de cura e quem dá a última palavra é Deus, por isso devemos lutar pela vida da pessoa até o fim, a menos é claro que o paciente não suporte mais o tratamento e não queira mais o fazer". (P38)

"Confusa, pois só Deus sabe o que é ou não incurável". (P40)

Outro ponto foi como a visão do papel da profissão permeia a forma de perceber o final da vida.

“Seria uma situação de desistência de salvar o paciente, o que me levaria a questionar por que a medicina não é mais avançada? Por que não podemos ter controle e cura de todas as doenças?”. (P96)

“Talvez chateada por não conseguir convencer o paciente a fazer algo que eu considero ser o melhor”. (P31)

Por fim, a ideia de que o profissional de saúde é o detentor do conhecimento sobre o que é melhor para seu paciente ficou explícito em algumas falas.

“Em casos extremos e que levariam a morte, me sentiria tranquila em poder atender a vontade do paciente, desde que eu também considerasse essa vontade a melhor pra ele”. (P99)

“Me sentiria impotente, a menos que o paciente deseje que ocorra dessa forma e que eu julgue certo o que eu esteja fazendo”. (P78)

A segunda categoria revela os sentimentos gerados pela situação de lidar com pacientes fora de perspectiva de cura.

“Me sentiria de mãos atadas perante essa situação, visto que eu gostaria de fazer algo, mas tenho que respeitar a situação”. (P2)

“Me sentiria impotente. Não acho que seria assassina, mas tenho quase certeza que me sentiria assim”. (P3)

Sobre o aspecto do cuidar, os alunos mostraram que devem respeitar a autonomia do paciente e basear suas tomadas de decisão sempre em conformidade com o enfermo.

“Acredito que sentiria que havia cumprido meu papel caso a decisão tenha sido tomada pelo próprio paciente de forma consciente e esclarecida”. (P61)

“Creio que qualquer profissional se sente frustrado no momento em que não há mais possibilidade de mudança de doença. Contudo, o tratamento deve ser seguido com os cuidados paliativos para amenizar a dor e o desconforto geral”. (P50)

Ao falar em final de vida, estamos nos referindo a garantir a qualidade da vida até seus últimos momentos. Apesar disso, muitas das indagações feitas sobre as condutas nesses períodos referem-se à morte. Dessa maneira, é importante entender como os alunos percebem esse acontecimento do ciclo da vida.

O estudo da tanatologia mostra que a forma como a sociedade vê a morte influencia o comportamento do indivíduo frente a ela. Quando indagados sobre essa influência, 31,6% dos discentes não discordaram nem concordaram. Já 39,5% discordam de tal interferência.

Foram analisados alguns sentimentos que podem aparecer frente à perda de um paciente. Sobre a sensação de impotência, 34,2% não concordaram nem discordaram.

Além disso, 42,2% concordaram parcial ou totalmente que se sentiriam impotentes. Outro sentimento explicitado foi a tristeza, a qual 81,6% afirmaram que apareceria no momento da morte do paciente. Já sobre o sentir-se aliviado, 55,3% discordam que teriam essa sensação.

Quando questionados sobre sua preparação sobre o assunto, a maioria dos estudantes concorda com a necessidade de abordar o tema durante a graduação (89,4%) e que esse também deve ser discutido entre a equipe de saúde. Ainda em relação a abordagem acadêmica do assunto, 52,6% dos respondentes acredita a instituição de ensino em que estão inseridos não os prepara para lidar com a morte.

Todos os participantes do presente estudo concordaram que a morte é parte do ciclo natural da vida. Essa afirmação está em acordo com a ideia de que o médico deve saber quando parar seus esforços para salvar a vida e iniciar cuidado que ofereça qualidade de vida até o momento da morte. Apesar disso, 81,5% afirmam que devem fazer de tudo para salvar a vida do seu paciente.

Sobre a influência da espiritualidade na forma como os discentes lidam com a morte de um paciente, 76,3% afirmam que esse aspecto é relevante e interfere na sua forma de enfrentar a situação.

Para 92,1% dos discentes do presente trabalho, é importante conhecer a visão do paciente sobre a morte. Entretanto, ao serem indagados se a visão do paciente interferiria na sua conduta, 23,7% dos participantes da presente pesquisa discordaram e 15,8% não concordaram nem discordaram.

O conteúdo das falas dos participantes sobre o tema da morte foi dividido em três categorias: 1. Estratégias que o médico utiliza para lidar com a morte: seja por meio da religião, ética ou reflexão sobre suas atitudes frente a morte do paciente; 2. Cuidados paliativos: atitudes e crenças que vão ao encontro da filosofia paliativa como apoio à família desde o início até após o óbito e a visão da morte como parte natural da vida; 3. Sentimentos: essa categoria se refere aos possíveis sentimentos relatados pelos participantes e a forma como consideram que o médico deveria lidar com eles.

Dentro da primeira esfera de análise, durante o discurso de como lidar diante da morte de um paciente, alguns estudantes apontaram a relevância de refletir sobre a conduta realizada.

“Ante a morte o médico deve ser um grande amigo do paciente de modo a apoiar até o último momento e pós-morte o médico deve refletir a respeito do que aprendeu com a vivência com aquele paciente e tentar levar o que julgar de valor para a própria vida”.(P79)

“Refletir sobre as ações tomadas durante o processo. Aceitar que o máximo possível dentro das escolhas do paciente foi feito ou aceitar que você foi negligente em certos aspectos”. (P76)

A outra maneira de enfrentar a perda de um paciente foi voltar-se para a religião como base para sustentar a conduta frente a morte.

“(...) Durante todo o processo penso que o médico nunca pode tirar a esperança da pessoa ou afirmar que ela realmente vai morrer, pois ele não é Deus para saber isso. Acredito que orientar buscar a Deus, alguma crença além do mundo material, independente de seguir ou não uma religião(...)”.
(P40)

Alguns estudantes optam por se embasar nos princípios éticos como fundamentação para trabalhar a questão da finitude.

“É sempre difícil lidar com a morte, mas o profissionalismo, a ética médica e o psicológico ajudam bastante na hora de lidar com a morte”. (P35)

“De acordo com o código de ética médica, mas é impossível não se importar”
(P34).

Apesar do termo cuidados paliativos não ter sido diretamente citado, seus princípios apareceram nas falas.

“O médico deve saber aceitar a morte como consequência da finitude da vida e deve estar preparado pra oferecer o apoio e o suporte necessário à família do paciente”. (P 61)

“O médico deve ver a morte como um processo natural da vida, não devendo antecipar, mas também não deve manter a vida a qualquer custo. Dessa forma convivendo com um limiar muito tênue”. (P 84)

Nove respondentes ressaltaram a importância do médico dar suporte à família do paciente quando do seu falecimento, que é uma das Regras de Ouro dos cuidados paliativos, preconizada pela OMS (WHO, 2011).

“Com calma, compaixão e dando assistência necessária à família”. (P24)

“Se fez tudo o que podia, deve lidar com humanidade, apoiando a família e tendo consciência de que, infelizmente, embora o paciente tenha falecido, ele ainda pode fazer muito pela família, que se encontra em um momento tão vulnerável”. (P 73)

No que concerne aos sentimentos, na maioria das falas, os participantes mostram uma condição: o médico tem o direito de sofrer, contanto que não afete o seu trabalho nem sua vida pessoal.

“Agir com profissionalismo, sentir sua perda é claro, mas de maneira que não afete seu desempenho profissional nem abale seu psicológico”. (P4)

“Eu acho que ele deve sentir a morte com tristeza, porém com a consciência tranquila de que fez o que podia para evitar ou aliviar os sintomas. Ao mesmo tempo que deve sentir tristeza, não deve levar aquele sentimento para sua vida pessoal, pois pode acabar influenciando na vida pessoal e até na saúde mental do médico” (P42)

Em algumas falas, os estudantes consideram que a morte não deve despertar sentimentos e que o racional deve sobrepor-se a eles.

“De forma respeitosa e tentar se distanciar emocionalmente. Dar o apoio familiar e seguir com o registro de óbito”. (P50)

“Não poderia se abalar, porém compreender o sentimento das famílias”. (P43)

Um discente coloca que deve-se tentar encontrar um meio-termo entre o racional e o emocional.

“Com equilíbrio. Nem se envolvendo demais para o caso do paciente não chegar a ser pessoal, nem sendo frio e desprezando a situação. Deve-se lidar racional e humanamente com a situação.” (P51)

4 | DISCUSSÃO

Segundo HILKNER & HILKNER (2012) a maioria das faculdades de medicina não possuem em seu currículo o tema terminalidade, contribuindo com a falta de maturidade para lidar com os diversos conflitos que essa situação desperta. A ausência de posicionamento verificada nos nossos resultados pode ser reflexo dessa pouca prioridade dada ao assunto na graduação.

De acordo com Marta et al. (2009), existe uma dificuldade do médico em decidir entre manter ou não um tratamento curativo de um paciente terminal. Essa dificuldade poderia ser minimizada por meio de discussões recorrentes durante a formação. A possibilidade de aprofundar sobre o tema poderia trazer benefícios tanto no âmbito profissional quanto pessoal para os profissionais de saúde.

Martin (1998) coloca que a grande questão, tanto para a eutanásia quanto para a distanásia, seria o sentido da morte quando acompanhada de dores e sofrimentos. Na distanásia, a morte adquire o sentido de inimigo a ser combatido. Já a eutanásia se preocupa com a morte como resolução do sofrimento, buscando eliminá-lo.

Em um estudo realizado com 180 estudantes de medicina em um hospital em São Paulo, a eutanásia foi aceita por cerca de 41% destes, o que se aproxima dos resultados encontrados nesta pesquisa. Essa “bondade” embutida no conceito de eutanásia traz questionamentos sobre até que ponto tal atitude é benéfica para o paciente, uma vez que o alívio do seu sofrimento é sinônimo de sua morte antecipada (SIQUEIRA-BATISTA & SCHRAMM, 2005; MARTIN, 1998).

Segundo Santos (2013), optar pela ortotanásia não é fácil nem para os pacientes, nem para os familiares, nem para os médicos. Isso se deve à visão moderna ocidental de morte como fracasso, podendo a não interferência da ciência gerar sentimentos negativos.

Estudos apontam que a visão individual da morte é histórica, determinada pelo momento vivenciado, pelos conhecimentos, valores e crenças de uma sociedade (MELLO & SILVA, 2012). Diante disso, tem-se que a sociedade contemporânea preza a ideia de que não se pode perder, tendo sempre que ganhar (EIZIRIK, POLANCZYK & EIZIRIK, 2000).

A morte pode ser vista como uma confirmação de que os seres humanos não são onipotentes, gerando sentimentos como depressão, tristeza e impotência. Corroborando com essa ideia, Morais (2010) traz que o termo morte vincula-se a sentimentos como dor, sofrimento, separação e perda. Uma vez que a cultura ocidental moderna busca a fuga desse tipo de sentimento, as pessoas acabam por evitar o contato com a morte. (MORAIS).

Segundo estudo realizado com alunos de graduação e residentes na CCMB-PUC-SP, 46% dos graduandos afirmaram que provavelmente ou certamente não estariam preparados para lidar com a situação de morte. Nesse contexto, as eventuais falhas apresentadas pelos entrevistados foram: escassez de debates, de práticas e vivências, de disciplinas específicas, de apoio psicológico aos alunos, bem como o fato de a formação médica estar centrada no salvar vidas (MARTA et al., 2009). Sendo assim, constata-se que todo profissional envolvido nos cuidados à vida humana deverá estar provido de instrumentos que lhe possibilitem uma intervenção eficaz, que leve em consideração tanto os aspectos biológicos como os emocionais desencadeados por eles (QUINTANA et al., 2002).

Em estudo realizado por Ratanawongsa, Teherani e Hauer (2005), na Universidade da Califórnia (EUA), com estudantes do terceiro ano de medicina, a maioria alegou que a matéria teórica relacionada ao fim da vida exerce menos impacto do que experiências supervisionadas em que é possível aplicar os conceitos aprendidos. Segundo os estudantes, o aprendizado ocorre de maneira mais efetiva durante a prática, quando entram em contato com a realidade. Desta forma, fica evidente que ainda existem lacunas no currículo das escolas médicas quanto a abordagem da morte e do processo do morrer. (LUCCHETTI, OLIVEIRA, KOENIG, LEITE & LUCCHETTI, 2013).

Ao longo do tempo houve uma mudança na visão da morte que deixou de ser parte natural do ciclo da vida e passou a ser uma entidade que deveria ser medicalizada e combatida. O médico passou a ter função de decidir o momento da morte e as circunstâncias do morrer, transformando-as em assuntos técnicos (NOVA, BEZERRA FILHO & BASTOS, 2000). Neste contexto, surge uma ideologia médica de distanciamento e frieza com negação da morte. Assim, estabeleceu-se um paradoxo: “quanto mais a morte se torna ‘médica’ menos dela se trata na formação” (NOVA et al., p. 90).

Dessa forma, o profissional passa a se enxergar como onipotente, priorizando salvar a vida do paciente a qualquer preço, a fim de corresponder às expectativas idealizadas pela

sociedade (COELHO, 2001 apud MARTA, 2009). Quando seus recursos se findam, eles saem impotentes e derrotados. A partir da ideia de que a morte, assim como o nascimento, faz parte do ciclo da vida, o médico passa a cuidar do seu paciente, entendendo que isso possa levar à cura ou não (BIFULCO, 2006 apud MELLO & SILVA, 2012).

Com o advento dos cuidados paliativos no século XX, surge a filosofia paliativa que procura tornar os profissionais de saúde conscientes dos limites próprios da prática profissional, estimulando-os a parar de pensar nas doenças crônicas e na finitude como um fracasso da medicina. Ela passa a restabelecer a importância de aliviar da dor e o sofrimento, objetivos clássicos da medicina (MORAIS, 2010).

A espiritualidade é um dos pontos relevantes dentro da abordagem dos cuidados paliativos e deve ser sempre considerada em sua prática (WHO, 2011). Ela é um aspecto importante na construção da forma como o indivíduo lida com sofrimento e perguntas existenciais trazendo conforto e significado (KÓVACS, 2003; BOUSSO, POLES, SERAFIM & MIRANDA, 2011).

No estudo realizado por Lucchetti et al. (2013), além desse aspecto os estudantes acreditam que a percepção do paciente sobre a morte influencia suas condições de saúde e como se dá relação médico-paciente. Ainda revela uma lacuna entre as expectativas dos estudantes sobre o assunto e suas práticas e preparação para lidar com o tema.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

As questões do final da vida são delicadas e de fundamental importância para os profissionais de saúde que estão cotidianamente trabalhando com elas. Os estudantes de medicina mostraram a necessidade de discussão sobre os temas da morte e finalidade de vida, uma vez que o contato com a finitude humana é uma realidade à qual eles serão expostos imprescindivelmente durante sua formação.

Essa realidade aparece claramente nos resultados da pesquisa quando os alunos colocam os sentimentos que aparecem frente à situação. A impotência é um sentimento recorrente na fala de profissionais de saúde que lidam com a morte. Ele está muito relacionado ao modelo biomédico que traz como objetivo principal do atendimento salvar a vida do paciente. Como consequência dessa forma de pensar, o médico pode interpretar o término da vida como um fracasso profissional.

A filosofia paliativa é uma base teórica que acrescentou muito na forma de compreender o cuidado com o paciente fora de perspectiva de cura. Ela defende princípios que norteiam um cuidado mais holístico do paciente, sempre respeitando sua autonomia e nunca esquecendo da sua rede de apoio. Percebe-se que esse movimento já permeia a vivência dos alunos, uma vez que aspectos e princípios dela surgiram nos depoimentos.

Para concluir, fica evidente a necessidade de incluir na formação médica um espaço para trabalhar o tema da morte e do morrer, uma vez que este não é abordado durante a

graduação. A maioria dos alunos relatou despreparo para lidar com a situação e revelaram que a instituição não está oferecendo essa oportunidade de aprendizagem.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Mônica Martins Trovó de. *Comunicação em cuidados paliativos: proposta educacional para profissionais de saúde*. Tese de doutorado. Universidade de São Paulo, São Paulo. 2011.

ARIÈS, Philippe. *História da morte no ocidente*. Editouro, Rio de Janeiro, 2003.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo* (4ª ed.). Edições 70, Lisboa, 2010.

BARROSO, Luís Roberto.; MARTEL, Leticia de Campos Velho. A morte como ela é: dignidade e autonomia individual no final da vida. *Panóptica*, v. 19, p. 69-104. 2010.

BOUSSO, Regina Szylit; POLES, Kátia; SERAFIM, Taís de Souza; MIRANDA, Mariana Gonçalves de. Crenças religiosas, doença e morte: perspectiva da família na experiência de doença. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 397-403. abr. 2011.

EIZIRIK, Cláudio Laks; POLANCZYK, Guilherme Vanoni; EIZIRIK, Mariana. O médio, o estudante de medicina e a morte. *Revista AMRIGS*, Porto Alegre, v. 44, n. 1,2, p. 50-55. jan-jun. 2000.

FELIX, Zirleide Carlos; COSTA, Solange Fátima Geraldo da; ALVES, Adriana Marques Pereira de Melo; ANDRADE, Cristiani Garrido de; DUARTE, Marcella Costa Souto; BRITO, Fabiana Medeiros de. Eutanásia, distanásia e ortotanásia: revisão integrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.18, n. 9, p. 2733-2746, set. 2013.

FLORIANI, Ciro Augusto; SCHRAMM, Fermin Roland. Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, p. 2123-2132. 2008.

HILKNER, Mauro; HILKNER, Regiane Rossi. A questão da terminalidade. *Saúde, Ética & Justiça*, v. 17, n. 2, p. 75-81. 2012.

JUNGES, José Roques; CREMONESE, Cleber; OLIVEIRA, Edilson Almeida de; SOUZA, Leonardo Lemos de; BACKES, Vanessa. Reflexões legais e éticas sobre o final da vida: uma discussão sobre a ortotanásia. *Revista Bioética*, v. 18, n. 2, p. 275-288. 2010.

KIPPER, Délio José. (1999). O problema das decisões médicas envolvendo o fim da vida e propostas para nossa realidade. *Revista Bioética*, Brasília, v. 7, n. 1, p. 59-70.

KÓVACS, Maria Júlia. Bioética nas questões da vida e da morte. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 14, p. 115-167. 2003.

Legislação do Testamento vital. Retirado de <http://testamentovital.com.br/legislacao/>. Acessado em 25/05/2015.

LUCCHETTI, Giancarlo; OLIVEIRA, Leandro Romani de; KOENIG, Harold G.; LEITE, José Roberto; LUCCHETTI, Alessandra LG. Medical students, spirituality and religiosity - results from multicenter study SBAME. *BMC Medical Education*, v. 13, p. 162. dez. 2013.

MARTA, Gustavo Nader; MARTA, Sara Nader; FILHO, Ayrton de Andrea; JOB, José Roberto Pretel Pereira. O estudante de medicina e o médico recém-formado frente à morte e ao morrer. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. 416-427. jul/set. 2009.

MELLO, Aline Andressa Martinez; SILVA, Lucia Cecília. A estranheza do médico frente à morte: lidando com a angústia da condição humana. *Revista da Abordagem Gestáltica*, Goiânia, v. XVIII, n. 1, p. 52-60. jun. 2012

MORAIS, Inês Motta de. Autonomia pessoal e morte. *Revista Bioética*, v. 18, n. 2, p. 289-309. jun. 2010

MORITZ, Raquel Duarte. Ponto Crítico. Sobre os cuidados paliativos na UTI. *Jornal da AMIB*, v. 46, p. 7-8. 2008.

NOVA, João Luiz Leocadio da; BEZERRA FILHO, José Joffily; BASTOS, Liana Albernaz de Melo. Lição de anatomia. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v. 4, n. 6, p.87-96. fev. 2000.

QUINTANA, Alberto Manuel; CECIM, Patrícia da Silva; HENN, Camila Guedes. O preparo para lidar com a morte na formação do profissional de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 26, n.3, p. 204-210. set - dez. 2002.

RATANAWONGSA, Neda; TEHERANI, Arianne; HAUER, Karen E. Third-year medical students' Experiences with dying patients during internal medicine clerkship: A qualitative study of the informal curriculum. *Academic Medicina*, v.80, n.7, p. 641-647. jul. 2005.

SANCHES, Kilda Mara Sanches y. *Ortotanásia: uma decisão frente à terminalidade*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília, Brasília. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Who definition of palliative care [website]. Recuperado de <http://www.who.int/cancer/palliative/en/> . Acessado em 24/08/2015.

CAPÍTULO 14

O VIÉS METODOLÓGICO DE ENSAIOS CLÍNICOS RANDOMIZADOS EM PRATICANTES DE TREINAMENTO DE FORÇA SOB SUPLEMENTAÇÃO PROTEICA

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 06/11/2020

Luis Henrique Almeida Castro

Fundação Universidade Federal da Grande
Dourados – UFGD
Programa de Pós-Graduação em Ciências da
Saúde – Doutorado / UFGD
Grupo de Pesquisa Biologia Aplicada à Saúde
Dourados – Mato Grosso do Sul
<http://lattes.cnpq.br/5150361516928127>

Raquel Borges de Barros Primo

Fundação Universidade Federal da Grande
Dourados – UFGD
Programa de Pós-Graduação em Ciências da
Saúde – Doutorado / UFGD
Grupo de Pesquisa Biologia Aplicada à Saúde
Dourados – Mato Grosso do Sul
<http://lattes.cnpq.br/1100475265608999>

Mariella Rodrigues da Silva

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares,
EBSERH, HU-UFGD
Dourados – Mato Grosso do Sul
<https://orcid.org/0000-0003-1649-0094>

Bruno César Fernandes

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares,
EBSERH, HU-UFGD
Dourados – Mato Grosso do Sul
<https://orcid.org/0000-0002-1147-8224>

Flávio Henrique Souza de Araújo

Fundação Universidade Federal da Grande
Dourados – UFGD
Programa de Pós-Graduação em Ciências da
Saúde – Doutorado / UFGD

Grupo de Pesquisa Biologia Aplicada à Saúde
Dourados – Mato Grosso do Sul
<https://orcid.org/0000-0003-1282-3162>

Thiago Teixeira Pereira

Fundação Universidade Federal da Grande
Dourados – UFGD
Programa de Pós-Graduação em Ciências da
Saúde – Doutorado / UFGD
Grupo de Pesquisa Biologia Aplicada à Saúde
Dourados – Mato Grosso do Sul
<http://lattes.cnpq.br/6348333429513769>

Diego Bezerra de Souza

Universidade Católica Dom Bosco
Programa de Pós-Graduação em
Desenvolvimento Local
<http://lattes.cnpq.br/3201613857218726>

Fernanda Viana de Carvalho Moreto

Fundação Universidade Federal da Grande
Dourados – UFGD
Programa de Pós-Graduação em Alimentos,
Nutrição & Saúde – Doutorado / UFGD
Grupo de Pesquisa Biologia Aplicada à Saúde
Dourados – Mato Grosso do Sul
<http://lattes.cnpq.br/2430568469169030>

RESUMO: Pesquisas em geral, mas principalmente ensaios clínicos randomizados, tem como principal objetivo responder a determinada hipótese de forma plausível de modo a atingir um padrão de excelência e obter resultados que sejam fidedignos; para tanto, contudo, é necessário que suas etapas sejam conduzidas seguindo algumas recomendações, sobre tudo, a metodologia abordada, que diz respeito ao passo a passo e como as

investigações serão executadas. Dessarte, uma ferramenta geralmente utilizada para identificar a qualidade metodológica do preparo, alinhamento, execução e análise do conjunto de estudos selecionados em uma RS é a análise do risco de viés. O objetivo desta pesquisa foi discutir o risco de viés de ensaios clínicos randomizados na efetividade dos tipos de whey protein em praticantes recreacionistas do treinamento de força. Foram avaliados 8 domínios para expressão de risco de viés em 114 estudos dos quais, apenas uma categoria de análise obteve baixo risco percentual superior as demais classificações. Faz-se a ressalva, contudo, de que boa parte deste resultado se deve à qualidade do relato em si, e não necessariamente à ocorrência real de falhas metodológicas na condução dos estudos incluídos nesta análise.

PALAVRAS-CHAVE: Risco de viés, ensaio clínico randomizado, revisão sistemática.

THE METHODOLOGICAL BIAS OF RANDOMIZED CLINICAL TRIALS ON STRENGTH TRAINING PRACTITIONERS UNDER PROTEIN SUPPLEMENTATION

ABSTRACT: Researches in general, but mainly randomized clinical trials, have as main objective to respond to a certain hypothesis in a plausible way in order to reach a standard of excellence and obtain results that are reliable; for this, however, it is necessary that their steps are conducted following some recommendations, above all, the methodology addressed, which concerns the step by step and how the investigations will be executed. Therefore, a tool generally used to identify the methodological quality of the preparation, alignment, execution and analysis of the set of studies selected in a SR is the bias risk analysis. The objective of this research was to discuss the risk of bias in randomized clinical trials on the effectiveness of whey protein types in recreational strength training practitioners. Eight domains for expression of bias risk were evaluated in 114 studies of which only one analysis category obtained low percentage risk higher than the other classifications. However, it is important to note that a good part of this result is due to the quality of the report itself, and not necessarily to the actual occurrence of methodological flaws in the conduct of the studies included in this analysis.

KEYWORDS: Risk of bias, randomized clinical trial, systematic review.

1 | INTRODUÇÃO

Pesquisas em geral, mas principalmente Ensaios Clínicos Randomizados (ECRs), tem como principal objetivo responder a determinada hipótese de forma plausível de modo a atingir um padrão de excelência e obter resultados que sejam fidedignos; para tanto, contudo, é necessário que suas etapas sejam conduzidas seguindo algumas recomendações, sobretudo, a metodologia abordada, que diz respeito ao passo a passo e como as investigações serão executadas (COOK, SACKETT & SPITZER, 1995; BERWANGER et al, 2007).

A revisão sistemática (RS) pode ser definida como uma investigação que segue um protocolo aplicando estudos originais de uma determinada população sobre algum tema, identificando os estudos com superioridade na qualidade metodológica utilizada. Um dos alvos das RS são os ECRs, estudos que frequentemente demonstram situações conflitantes devido à heterogeneidade metodológica que ocorre em pesquisas cujo o objeto

e objetivos são semelhantes, isto é, diferentes formas de se investigar o mesmo desfecho (BERWANGER et al, 2007).

Por padrão, em um ECR os participantes são aleatoriamente e cegamente alocados ao grupo que receberá a intervenção ou ao grupo controle e/ou placebo, sendo esta a metodologia de referência dentro das investigações clínicas por conta da minimização probabilística da ocorrência de erros e distanciamento dos resultados (PEREIRA, 2008; FLETCHER & FLETCHER, 2006).

Dessarte, uma ferramenta geralmente utilizada para identificar a qualidade metodológica do preparo, alinhamento, execução e análise do conjunto de estudos selecionados em uma RS é a análise do risco de viés (RV). Configura-se como viés ou erro sistemático a tendenciosidade que pode ser gerada na coleta, análise, interpretação, publicação ou revisão dos dados, conseqüentemente induzindo a conclusões que de forma sistemática e tendenciosa se distanciam dos resultados coerentes (SANTOS, PIMENTA & NOBRE, 2007; CARVALHO, SILVA & GRANDE, 2013).

O objetivo desta pesquisa foi discutir o risco de viés de ECRs na efetividade dos tipos de whey protein em praticantes recreacionistas do treinamento de força.

2 | METODOLOGIA

Foram colhidos ensaios clínicos randomizados (ECR) (1) publicados em língua inglesa (2) cujos sujeitos pesquisados eram, no momento do aceite, saudáveis (3), entre 18 a 60 anos de idade (4) e não sedentários (5). Ao menos duas intervenções deveriam estar presentes: a suplementação proteica (6), e a própria atividade física de força e/ou resistência (7). Estudos do tipo crossover foram incluídos condicionalmente à existência de intercâmbio total dos participantes entre os grupos e à ocorrência de intervalo de tempo suficiente (mínimo de 20% da duração total do protocolo) entre as rodadas do experimento (8).

A estratégia de busca central foi executada em 5 bancos de dados: PubMed, Cochrane (Central), Scopus, SPORTdiscus e Web of Science. Para os estudos publicados, a estratégia foi construída com base na estrutura PICO (População, Intervenção, Comparador e Desfecho), adotando unitermos relacionados e seus sinônimos mais comuns. Esta etapa foi executada de modo independente em três redes de acesso distintas entre os dias 10 e 14 de dezembro de 2018 e a busca que mais retornou resultados brutos foi escolhida para a triagem. Ademais, estudos elegíveis do referencial bibliográfico destes resultados também foram incluídos. A avaliação qualitativa dos ECR foi realizada, em pares e de modo cego, seguindo o instrumento de análise do risco de viés da Cochrane (HIGGINS & GREEN, 2001).

3 | RESULTADOS

A busca identificou 5250 resultados além de outros 49 que foram colhidos do referencial bibliográfico destes estudos, totalizando 5299 artigos. Ao final da triagem, 114 atenderam todos os critérios de elegibilidade. Compuseram a amostra um total de 1707 indivíduos sendo 1007 nos braços de intervenção e 700 nos grupos controles. O número de treinos por semana, em média e desvio padrão, foi de $5,56 \pm 6,2$ e o tempo de intervenção nutricional foi de $14,8 \pm 9,52$ dias.

Foram avaliados 8 domínios para expressão de risco de viés, a saber: geração da sequência aleatória, ocultação de alocação, cegamento dos participantes e profissionais, cegamento dos avaliadores de desfecho, desfechos incompletos, relato de desfecho seletivo, e outras fontes de viés. Para cada redoma de análise os artigos foram classificados nas categorias de baixo, alto ou risco de viés incerto. Os resultados desta análise, agrupados e seus respectivos percentuais ajustados, podem ser encontrados na Figura 1.

ANÁLISE DO RISCO DE VIÉS

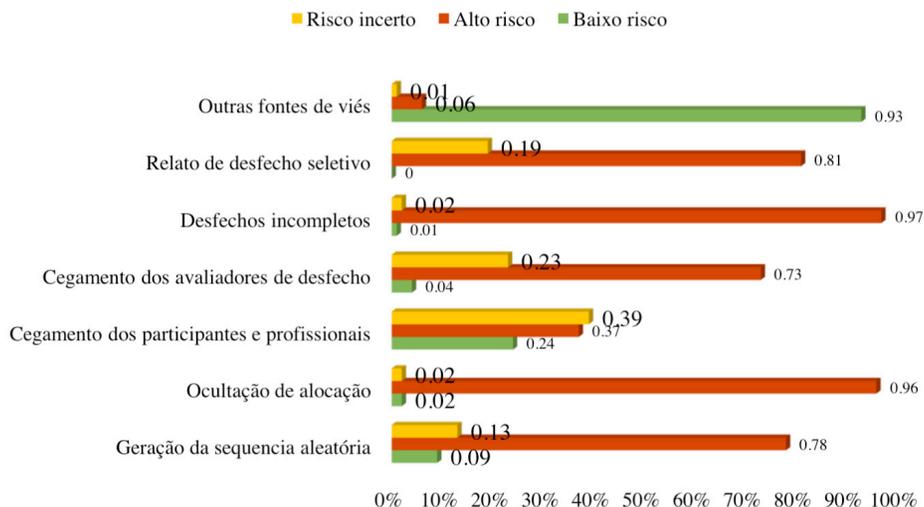


Figura 1. Percentual ajustado da análise do risco de viés.

Fonte: próprios autores.

Após apreciação do risco de viés, concluímos que os ECR tiveram relativa baixa qualidade metodológica. Contudo, alguns fatores nos levam a fazer uma ressalva importante a respeito deste resultado. Talvez como consequência de escolhas restritivas na seletividade narrativa ou pelo limite de caracteres imposto por várias editoras, em quase sua totalidade os autores não relataram no texto informações que, apesar de indiretamente

perceptíveis em alguns casos, contribuiriam para uma análise mais positiva do risco de viés. Um exemplo claro, é a omissão da restrição do consumo paralelo de outros suplementos além do previsto pelo protocolo de intervenção.

4 | CONCLUSÃO

Por mais que se considere a amplitude dos limites interpretativos da ferramenta, e mesmo sendo possível inferir algumas suposições por meio da análise de outros elementos descritivos, a simples dedução da ocorrência de um processo metodológico não dá respaldo suficiente, neste caso, para alcançar uma conclusão definitiva a respeito. Assim, fazemos a ressalva de que boa parte deste resultado se deve à qualidade do relato em si, e não necessariamente à ocorrência real de falhas metodológicas na condução dos estudos incluídos nesta análise.

REFERÊNCIAS

BERWANGER O et al. Como avaliar criticamente revisões sistemáticas e metanálises. **Rev Bras Ter Intensiva**, v. 19, n. 4, p. 475-80, 2007.

CARVALHO APV, SILVA V, GRANDE AJ. Avaliação do risco de viés de ensaios clínicos randomizados pela ferramenta da colaboração Cochrane. **Revista Diagnóstico e Tratamento**, v. 18, n. 1, p. 38-44, 2013.

COOK DJ, SACKETT DL, SPITZER WO. Methodologic guidelines for systematic reviews of randomized control trials in health care from the Potsdam Consultation on Meta-Analysis. **Journal of clinical epidemiology**, v. 48, n. 1, p. 167-171, 1995.

FLETCHER RH, FLETCHER SW. **Epidemiologia Clínica: elementos essenciais**. 4a ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.

HIGGINS, Julian PT; GREEN, Sally (Ed.). **Cochrane handbook for systematic reviews of interventions**. John Wiley & Sons, 2011.

PEREIRA MG. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.

SANTOS CMC, PIMENTA CAM, NOBRE, MRC. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 3, 2007.

PERCEPÇÕES E CAPACITAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM SUPORTE BÁSICO DE VIDA PARA ATUAÇÃO NA COMUNIDADE

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 01/09/2020

Domingas Machado da Silva

Universidade Federal do Oeste do Pará
(UFOPA);
Santarém-Pará.
<http://lattes.cnpq.br/5202168262491743>

Antenor Matos de Carvalho Junior

Universidade Estadual do Pará (UEPA);
Santarém-Pará.
<http://lattes.cnpq.br/2838717520870004>

Sâmella Silva de Oliveira

Universidade do Estado do Amazonas;
Manaus-Amazonas
<http://lattes.cnpq.br/4747620008417048>

Vanessa dos Santos Maia

Vitalmed – ALCOA. Albert Einstein.
Juruti-Pará.
<http://lattes.cnpq.br/1445416723286984>

Eloane Hadassa de Sousa Nascimento

Secretaria Municipal de Saúde.
Santarém-Pará.
<http://lattes.cnpq.br/5962736751589148>

Luana Almeida dos Santos

Secretaria Municipal de Saúde.
Santarém-Pará;
<http://lattes.cnpq.br/4025485316767996>

Lília Maria Nobre Mendonça de Aguiar

Centro Universitário da Amazônia (UNAMA);
Santarém-Pará.
<http://lattes.cnpq.br/3149704261770731>

RESUMO: A Parada Cardiorrespiratória - PCR é uma Emergência Clínica, sendo que o Suporte Básico de Vida em Ressuscitação Cardiopulmonar imediato visa preservar a vida, restabelecer a saúde, aliviar o sofrimento e diminuir incapacidades, tal procedimento é prioritário para os profissionais de saúde, como o Agente Comunitário de Saúde - ACS que faz parte de um sistema essencial para a saúde da população, uma vez que sua atuação é na comunidade. O presente estudo propôs identificar as percepções e capacitações de Agentes Comunitários de Saúde em Suporte Básico de Vida para atuação na Comunidade. Trata-se de uma pesquisa descritiva, do tipo exploratório, com abordagem qualitativa, realizada por meio da aplicação de um questionário semiestruturado à 8 ACS de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde, localizada no Município de Santarém - Pará. As percepções encontradas foram delineadas de elementos perceptíveis sendo: O desafio da formação de vínculo entre o profissional ACS e a comunidade. A aceitação do ACS pela comunidade, as condições ideais para desempenhar suas atividades (materiais adequados), almejam capacitações mais frequentes e sentem a necessidade de realização de trabalhos acadêmicos mais intensos na comunidade.

PALAVRAS-CHAVE: Capacitação, Agente Comunitário de Saúde, Suporte Básico de Vida.

PERCEPTIONS AND TRAINING OF COMMUNITY HEALTH AGENTS IN A BASIC LIFE SUPPORT FOR COMMUNITY ACTION

ABSTRACT: The Cardiopulmonary Arrest - CRP is a Clinical Emergency, and the Basic Life Support in immediate Cardiopulmonary Resuscitation aims at preserving life, restoring health, alleviating suffering and reducing disability, which is a priority for health professionals, such as the Agent Community Health System (ACS), which is part of an essential system for the health of the population, since its action is in the community. The present study proposed to identify the perceptions and capacities of Community Health Agents in Basic Life Support for action in the Community. This is a descriptive, exploratory type study with a qualitative approach, carried out by means of the application of a semi-structured questionnaire to 8 ACS of a Primary Health Care Unit, located in the Municipality of Santarém - Pará. The perceptions found were delineated Of perceivable elements: The challenge of forming a link between the professional ACS and the community. Acceptance of ACS by the community, the ideal conditions to perform its activities (adequate materials), seek more frequent training and feel the need for more intense academic work in the community.

KEYWORDS: Training, Community Health Agent, Basic Life Support.

1 | INTRODUÇÃO

Atualmente no cenário crescente das demandas sociais de saúde, observa-se que há necessidade cada vez mais, de que a equipe multiprofissional esteja capacitada e preparada para atuação em conformidade com os avanços técnico científico aprimorados, com o intuito de melhorias e qualidade na oferta de serviços de saúde.

Nesse cenário, observa-se o profissional Agente Comunitário de Saúde (ACS) como elo entre a equipe multiprofissional e a comunidade, sendo sua participação no contexto do cuidar de forma primordial para o fortalecimento da saúde pública.

Para tanto, o conhecimento das manobras de ressuscitação cardiopulmonar é prioritário para os profissionais de saúde, como o ACS (CANDEIAS, QUAINI, ANDRADE, 2014).

Por conseguinte, o ACS faz parte de um sistema essencial para a saúde da população, uma vez que sua atuação é na comunidade, tornando-se assim oportuno estar preparado para a realização das manobras de Suporte Básico de Vida (SBV) caso seja necessário, e intervindo adequadamente em parada cardiorrespiratória (PCR) aumentará, sobretudo as chances de sobrevida e a diminuição expressiva de possíveis sequelas aos clientes/pacientes acometidos.

A PCR é uma Emergência Clínica, sendo que o SBV em RCP imediato visa preservar a vida, restabelecer a saúde, aliviar o sofrimento e diminuir incapacidades (ALVES, BARBOSA, FARIA, 2013).

Victorelli e colaboradores (2013) afirmam que o SBV são procedimentos básicos que garantem a ventilação pulmonar e a circulação sanguínea de indivíduos que estejam passando mal, até sua recuperação, ou até que possam receber cuidados médicos avançados.

No Brasil o modelo assistencial à Saúde na Atenção Básica é organizado em Estratégia Saúde da Família (ESF) e no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Muitas das atividades estão relacionadas ao contexto da Educação em Saúde, para a promoção e prevenção de doenças. A educação permanente permitirá restaurar o processo de vida, e não apenas prolongar o processo de morte dos indivíduos (AVES, BARBOSA, FARIA, 2013).

Por conseguinte, de acordo com Pereira (2010) a Educação em saúde, tem como principais objetivos, promover saúde, evitar riscos à saúde, restaurar a saúde e prevenir doenças.

Faz-se necessário destacar que a equipe de saúde, para atuar em um atendimento de urgência e emergência, deverá conforme Volpato e colaboradores (2014) apresentar um conjunto de conhecimentos específicos e competências técnicas de forma rápida, segura e eficaz, a fim de fornecer aos necessitados cuidados adequados ao seu estado de saúde.

Nesse contexto recomenda-se aos serviços de saúde “realizar treinamento periódico em RCP com a finalidade de capacitar as equipes para atendimento rápido, seguro e eficaz, dentro do que é preconizado e manter a homogeneidade das condutas entre as equipes” (ALVES, BARBOSA, FARIA, 2013).

Os componentes de um RCP de alta qualidade no SBV conforme preconizado pelo American Heart Association no Guidelines (2015) segue os seguintes passos:

- 1º) Verificar a Segurança do local;
- 2º) Verificar a responsividade;
- 3º) Acionar o Serviço Móvel de Emergência;
- 4º) Avaliar a Respiração e Checar o Pulso;
- 5º) Compressões Torácicas/Ventilações;
- 6º) Iniciar 30 compressões para 2 ventilações;
- 7º) Realizar as compressões torácicas com frequência de 100 a 120/min;
- 8º) As compressões torácicas devem ser realizadas com a Profundidade de 5 cm e não deve exceder 6 cm;
- 9º) Cessar as compressões torácicas/ventilações com a chegada e a preparação de um Desfibrilador Externo Automático-DEA, ou até que a Equipe do SAMU assumam o cuidado da vítima, ou que a vítima comece a se mover.

Conforme as diretrizes preconizadas pelo American Heart Association no Guidelines (2015), os procedimentos de RCP devem ser realizados de acordo com a faixa etária, como descritas na tabela a seguir:

Procedimento de RCP conforme faixa etária			
Procedimento	Adulto	Crianças (1 ano até a puberdade)	Bebês – menores de 1 ano
Compressões Torácicas: relação Compressão e Ventilação (até a colocação da Via aérea avançada)	30:2 -> 1 ou 2 socorristas	30:2 ->um socorrista 15:2->dois socorristas	30:2 ->um socorrista 15:2->dois socorristas
Profundidade das compressões torácicas	No mínimo 2 polegadas (5 cm), não exceder 6 cm	No mínimo 1/3 do diâmetro antero posterior do toráx cerca de 2 polegadas (5 cm)	No mínimo 1/3 do diâmetro antero posterior do toráx cerca de 1,5 polegadas (4 cm)
Posicionamento das mãos	As 2 mãos sobre a metade inferior do esterno	As 2 mãos ou 1 mão (opcional para crianças pequenas) sobre a metade inferior do esterno.	*1 socorrista: 2 dedos no centro do toráx, logo abaixo da linha mamilar; *2 socorristas: técnica dos 2 polegares no centro do toráx, logo abaixo da linha mamilar.

Tabela 1

Fonte: Adaptado de American Heart Association (2015)

Os atendimentos de emergência representam um mecanismo de controle dos acidentes e outros agravos à saúde que se tornam um problema de saúde pública, na medida em que podem levar à morte ou causar sequelas permanentes no indivíduo (LUONGO, 2014).

Ainda mais no que se refere ao risco eminente de morte, onde as equipes em quaisquer níveis de atenção em saúde deverão estar preparadas para possíveis eventualidades que possam surgir, intervindo imediatamente durante o evento de forma segura e eficaz, aumentando a sobrevivência dos clientes/ pacientes e minimizando as sequelas.

Lami (2016) enfatiza em sua pesquisa que a Preparação por meio da educação é menos onerosa do que a aprendizagem através da tragédia, o que se observa ser imprescindível a educação permanente da equipe de saúde, como um todo.

No cenário da Atenção Básica, as equipes das Estratégias Saúde da Família, entre outros atendimentos, atendem clientes portadores de doenças cardiovasculares ou outras desordens crônicas, podendo surgir eventos que demandem cuidados imediatos por parte da equipe.

Assim sendo, Victorelli e colaboradores (2013), listam algumas situações inesperadas que podem contribuir, precipitando uma situação de emergência à essa clientela em questão, sendo:

O estresse emocional não controlado, dor inesperada, síncope vasovagal (desmaio), dor no peito (devido à crise de angina pectoris), hipoglicemia, hiperglicemia, crise convulsiva, crise asmática, obstrução das vias aéreas, lipotimia, crise hipertensiva, parada cardíaca.

Contudo enfatiza-se que o ACS ao conhecer e entender sobre a abordagem e as manobras de Suporte Básico de vida, são essenciais para a prevenção de intercorrências emergenciais, por meio da educação popular em saúde, como também, para aplicações do SBV em parada cardiorrespiratória, para assistência imediata até a chegada de equipe especializada ou do Serviço Móvel de Urgência (SAMU).

Os primeiros socorros de acordo com Luongo (2014) objetiva atender e manter a vítima com vida até a chegada do socorro especializado, pois os primeiros socorros visam evitar o agravamento das lesões, manter as funções vitais, realizar medidas e procedimentos até a chegada do SAMU, que por sua vez presta socorro pré-hospitalar aos usuários da saúde pública, que sofrem qualquer mal súbito e que ofereça risco a sua vida, no local da ocorrência, garantindo à (s) vítima (s) uma assistência rápida e de qualidade. No mais, infere-se que ao se realizar os primeiros socorros, o plano de ação, direciona-se em prevenir, alertar e socorrer a (s) vítima (s).

Contudo o presente estudo proporcionou a identificação das percepções e capacitações do Agente Comunitário de Saúde em Suporte Básico de Vida para a atuação na comunidade, o que propiciará debates a longo prazo com o intuito de fortalecer e implementar capacitações com a abordagem dessa temática, para que estes profissionais estejam aptos em reconhecer a parada cardiorrespiratória e intervir com as manobras de SBV quando necessário.

2 | MATERIAL E MÉTODO

Pesquisa descritiva, do tipo exploratório, com abordagem qualitativa. Conforme Bicudo (2011), as pesquisas qualitativas permitem compreender as características do fenômeno investigado e que ao assim procederem sustentam raciocínios articuladores importantes para tomadas de decisão políticas, educacionais, de pesquisa e aos poucos semeiam regiões de inquérito com análises e interpretações rigorosas.

Segundo Gil (2010), a pesquisa exploratória, tem como propósito proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito, apresentando planejamento flexível, pois interessa considerar os mais variados aspectos relativos ao fato estudado.

O estudo foi realizado em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde que abriga duas equipes de Estratégia Saúde da Família, localizada no Município de Santarém, Pará. Em cada Equipe contém 6 agentes de saúde, ou seja, totalizando 12 agentes de saúde. Desses somente 8 participaram do estudo. Foram excluídos 2 encontravam-se de férias, uma de licença maternidade e uma de folga por luto.

Os participantes foram convidados a participar da pesquisa de forma voluntária, e sua participação confirmada através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

A coleta de dados e a Capacitação em Suporte Básico de Vida em Ressuscitação Cardiopulmonar foram realizadas no mês de setembro de 2016, com a aplicação de um questionário contendo 10 perguntas, entregue ao participante mediante o aceite e à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As variáveis estudadas: idade, sexo, tempo de atuação como agente comunitário (a) de saúde, intervalo entre as capacitações, capacitação sobre Suporte Básico de Vida em Parada Cardiorrespiratória, desafios em exercer a profissão, perspectivas de atuação profissional, frequência de participação em capacitações, sua opinião sobre suporte básico de vida em ressuscitação cardiopulmonar, reconhecimento de parada cardiorrespiratória, conhecimento sobre medidas adotadas diante de situação de parada cardiorrespiratória, segurança na técnica de suporte básico de vida, necessidade de capacitação/educação continuada sobre a temática, sugestão para melhorias em capacitações/ educação.

Logo após a coleta de dados os participantes voluntários da pesquisa foram convidados a participarem de uma capacitação para aprimoramento do conhecimento sobre as manobras de Suporte Básico de Vida em Ressuscitação Cardiopulmonar com o intuito de somar conhecimento sobre a temática abordada, sendo realizada na mesma data e local da pesquisa agendada previamente com os supervisores das Equipes de ESF.

A capacitação/educação continuada sobre o suporte básico de vida em parada cardiorrespiratória foi realizada pela pesquisadora por meio da explanação da teoria com disponibilização impressa do conteúdo em papel A4 e demonstração da técnica em boneco.

Os dados coletados foram organizados em categorias e subcategorias utilizando tabelas do Microsoft Word. E os discursos analisados contextualizando-os conforme a percepção dos participantes acerca da temática.

A pesquisa foi desenvolvida de acordo com a Legislação Brasileira em vigor no que trata de pesquisas que envolvem Seres Humanos, atendendo aos fundamentos éticos e científicos pertinentes como preconizado na Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012, assegurando que fossem cumpridos os princípios da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade. Obteve-se o parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Pará, localizado no Campus XII / Santarém, situado na Avenida Plácido de Castro, 1399, bairro de Aparecida, no município de Santarém, estado do Pará. Sob o CAAE: 56781416.8.0000.5168. “Os CEP são colegiados interdisciplinares e independentes de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criados para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro dos padrões éticos” (Resolução n° 466/2012).

Utilizaram-se codinomes de pedras preciosas (Ametista, Diamante, Esmeralda, Jaspe, Perola, Rubi, Topázio, Opala) para preservar a identidade do pesquisado.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi composta de 8 Agentes Comunitários de Saúde, sendo 5 (60%) do sexo feminino e 3 do sexo masculino (40%). Quanto à faixa etária (1) de 18 à 28 anos de idade, (3) de 29 à 39, (3) de 40 à 50, (1) de 51 à 60 anos de idade. Conforme demonstra esses dados demográficos na tabela 1.

Pedras preciosas	Idade	Gênero
AMETISTA	48	F
DIAMANTE	43	F
ESMERALDA	29	F
JASPE	36	M
PEROLA	53	F
RUBI	23	M
TOPÁZIO	40	M
OPALA	30	F

Tabela 1. Dados demográficos dos participantes (idade e gênero).

Fonte: Pesquisadores

Em relação ao tempo de Atuação profissional como Agente Comunitário de Saúde a tabela 2, mostra que 50% possuem um tempo maior de atuação na comunidade e os outros 50% apresentam menor tempo de atuação na comunidade, o que pode representar que ainda, encontra-se em fase de adaptação e de formação de vínculo tanto na comunidade como também na equipe, o que pode gerar mais expectativas do profissional ACS.

Tempo (anos)	Quantidade de ACSs
De 1 a 5	04
De 5 a 10	00
De 10 a 15	03
De 15 a 20	01

Tabela 2. Tempo de Atuação Profissional Fonte: Pesquisadores

Devido à confiança e liberdade oferecida pela clientela, as equipes de Saúde da Atenção Básica estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a corresponsabilidade entre os profissionais e a comunidade (CORDOBA, 2013). O que pode apresentar alguns desafios em exercer a profissão como demonstrado nas falas a seguir:

Esmeralda, “Trabalhar muitas vezes sem material”;
Perola e Rubi “Risco de contrair muitas doenças”;
Ametista “Material adequado, conhecimento, capacitação”;

Pinto e colaboradores (2010) ressaltam que como fatores que dificultam o trabalho, a insuficiência de materiais para a execução de suas atividades, como equipamentos, instrumentos, espaço físico. Krug e Colaboradores 2015, enfatizam que a ausência das condições ideais para o desempenhar as atividades de agentes, podem configurar-se como fonte de desgaste e insegurança o que os torna vulneráveis ao sofrimento/adoecimento físico e psíquico.

Enquanto que também se observou como elemento desafiador a formação de vínculo entre o colaborador e a comunidade, como expressa a fala a seguir:

Topázio “O maior desafio é agradar toda a comunidade”;

Costa e colaboradores (2012) salientam que a empatia e o vínculo são elementos centrais na relação de cuidado. E para que o relacionamento entre o profissional de saúde e usuário seja promissor, é preciso o conhecimento mútuo, diálogo, respeito e confiança. A comunicação com as famílias atendidas, a formação de vínculo e a valorização do profissional pela comunidade fortalece, sobretudo as bases do cuidado humanizado.

Outro elemento a ser considerado é a educação permanente, uma vez que fortalece as bases do cuidado, e proporciona melhores resultados em se tratando de educação popular, relacionadas às práticas laborais dos ACS, como se demonstra na fala que se segue:

Opala: “um dos desafios é não ter conhecimento sobre alguns assuntos”.

Ademais em um cenário em constantes transformações, em que de acordo com Volpato et al (2014) o perfil do paciente/ cliente muda constantemente, as pesquisas na área da saúde avançam rapidamente. Essa situação exige aperfeiçoamento, aprimoramento, atualização e capacitação, a fim de oferecer assistência com qualidade.

Quanto à perspectiva da atuação profissional disseram que:

Ametista “Adquirir mais conhecimento para poder ajudar os pacientes, orientando melhor”;

Rubi “Melhorar o atendimento em saúde, ter o trabalho reconhecido pela população”;

Topázio “Melhoria de trabalho para a nossa classe e também para a população”.

Nessas falas pode-se observar o ensejo desses profissionais em adquirir mais conhecimento para melhor desempenhar sua função junto à comunidade, “uma vez que a educação em saúde é a finalidade principal das ações dos ACS”, aonde se busca juntamente com a comunidade intervir nos diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença (COSTA, 2012).

Em relação à frequência de participação de capacitações, cerca de 90% responderam que participam somente quando disponibilizado pela SEMSA, e 10% deixaram a questão em branco.

Para o questionamento se já haviam participado de capacitação sobre suporte básico de vida em ressuscitação cardiopulmonar, cinco participantes disseram que não. Dois participantes disseram que sim, e um pesquisado não respondeu ao item.

Quanto à percepção sobre suporte básico de vida em ressuscitação cardiopulmonar disseram que:

Rubi “É um atendimento importante, pois qualquer pessoa pode realizar e salvar vidas, se feito corretamente”;

Topázio “Algo muito importante, pois pode salvar muitas vidas”;

Opala “Apesar de não ter conhecimento sobre o assunto acredito ser muito importante pois pode salvar vidas”;

Já em relação ao conhecimento acerca do suporte básico de vida em ressuscitação cardiopulmonar, as respostas sinalizaram a necessidade da introdução dessa temática nas capacitações, pois se trata de um assunto primordial aos profissionais de saúde, não sendo diferente aos profissionais Agentes Comunitários de Saúde, uma vez que são membros integrantes da equipe de saúde, pois, “os primeiros socorros são cuidados imediatos que devem ser prestados à vítima, cuja ocorrência coloca em risco sua vida” (LUONGO, 2014). Essa necessidade foi evidenciada nos seguintes discursos:

Esmeralda “Desconheço o assunto”;

Jaspe “A massagem no peito”;

Rubi “Existem técnicas avançadas, atendimento inicial, afastar curiosos, desobstruir vias aéreas, sinais vitais, etc.”;

Topázio “Nada”;

Opala “Não tenho conhecimento sobre o assunto, mas já ouvi falar”

Para o questionamento, sobre o que faria caso você presenciasse um cliente/paciente em situação de parada cardiorrespiratória, disseram que:

Diamante “Massagem cardíaca”;
Esmeralda “Faria os primeiros socorros e ligaria para o SAMU, para melhor atende-lo”;
Jaspe “faria a massagem no peito do paciente”;
Rubi “Verificar o pulso, analisaria a cena, se não sentisse o pulso iniciaria a RCP”;
Topázio “Infelizmente nada, pois ainda não tive nenhum treinamento”;
Opala “Sinceramente ficaria de mãos atadas, pois não tenho conhecimento sobre o assunto”.

O elemento perceptivo, dessa abordagem, está intrínseco ao papel do cuidador na intervenção, das medidas prioritárias do atendimento inicial do suporte básico de vida, contudo, Alves e colaboradores (2013) ressaltam que para o atendimento ser eficaz e seguro os profissionais devem ter preparo e conhecimento sobre as manobras de reanimação, uma vez que a falta de conhecimento traz como consequência um agir inadequado, com prejuízos na assistência prestada e sobrevida.

As sugestões de melhorias apontadas para as capacitações/educação continuada foram inferidas da seguinte forma:

Ametista “Ter capacitação anualmente”;
Jaspe “Mais divulgações sobre o tema e capacitações para o profissional da área”;
Rubi “[...] trabalho dos acadêmicos mais intenso na comunidade”.
Opala: “Acredito que as capacitações deveriam acontecer pelo menos semestralmente”;

Nessa abordagem foram evidenciados dois elementos:

O primeiro elemento trata da necessidade de se obter capacitações com mais frequência. Cabe ressaltar que a educação permanente fortalece a assistência como um todo, Victorelli e colaboradores (2013) destacam que o ACS deve ser estimulado a buscar conhecimento, habilitando-se para realizar as manobras de SBV e de Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP).

O segundo elemento trata da necessidade de realização de trabalhos acadêmicos mais intensos na comunidade, quanto a esse direcionamento sugestivo, em uma pesquisa realizada por Evangelista e Colaboradores (2011), apontam que entre as atividades dos graduandos durante o estágio curricular supervisionado, encontra-se o levantamento das necessidades de capacitação da equipe de saúde local, visto que a educação permanente é objeto inerente ao fortalecimento do aprimoramento profissional.

Nessa perspectiva de aprimoramento profissional, todos os participantes foram convidados e todos aceitaram participar de capacitação em Suporte Básico de Vida por meio de teoria e prática realizada em boneco.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

As percepções dos Agentes Comunitários de Saúde identificadas neste estudo, foram delineadas de elementos perceptíveis sendo: O desafio da formação de vínculo entre o profissional ACS e a comunidade. A aceitação do ACS pela comunidade, as condições ideais para desempenhar suas atividades (materiais adequados), almejam capacitações mais frequentes e sentem a necessidade de realização de trabalhos acadêmicos mais intensos na comunidade.

Para tanto se observou no decorrer dessa pesquisa que o ACS não reconhece a Parada Cardiorrespiratória nem as medidas de Suporte Básico de Vida em RCP. Sendo necessário a inserção de temas essenciais relacionados às emergências nas equipes da atenção primária a saúde, uma vez que estes profissionais, também fazem parte do processo do cuidar e estão mais perto da Comunidade onde ocorre a maioria das PCR.

Por fim, somados a estes, seria necessário um olhar mais ampliado dos centros formadores de profissionais de saúde, em que pudessem desenvolver mais projetos de intervenções voltados pra as capacitações dos profissionais de saúde inseridos na Atenção Primária à Saúde, como elemento fortalecedor do cuidar e no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde disponibilizar para estes profissionais capacitações em diferentes áreas do cuidar de forma mais frequentes que possam ir ao encontro das necessidades enfrentadas por esses profissionais em suas práticas laborais, como por exemplo, o Suporte Básico de Vida em Ressuscitação Cardiopulmonar e a ampliação de Desfibrilador Externo Automático para as Unidades Básicas de Saúde, pois apresentam fluxo intenso de usuários.

REFERÊNCIAS

ALVES, C. A., BARBOSA, C. N. S., & FARIA, H. T. G. (2013). Parada Cardiorrespiratória e Enfermagem: O conhecimento acerca do Suporte Básico de Vida. **Cogitare Enfermagem**, 18(2). doi:10.5380/ce.v18i2.32579

BICUDO, Maria Aparecida Viggiani. **Pesquisa Qualitativa Segundo a Visão Fenomenológica**. São Paulo: Cortez, 2011. p. 21.

CANDEIAS, Marcos; QUAINI, Luciano; ANDRADE, Ivanete Soares. Suporte Básico e Avançado de Vida. IN: PETERLINI, Fábio Luís; SARTORI, Marcelo Ricardo de Andrade; FONSECA, Ariadne da Silva, (Orgs). **Emergências Clínicas**. São Paulo: Martinari, 2014.

CORDOBA, Elisabete. **SUS e ESF – Sistema Único de Saúde e Estratégia Saúde da Família**. São Paulo: Rideel, 2013.

COSTA, M. C. da, SILVA, E. B. da, Jahn, A. do C., RESTA, D. G., Colom, I. C. dos S., & Carli, R. de. (2012). Processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: possibilidades e limites. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 33(3), 134–140. doi:10.1590/s1983-14472012000300018

EVANGELISTA, Christiane Borges, et al. Capacitação em Suporte Básico de Vida em Uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS): Um relato de experiência. **Rev. Digital Buenos Aires**. v.17, n.174. Nov-2012.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5. Ed. São Paulo: Atlas, 2010. p. 27.

GUIDELINES. **Destaque da American Heart Association 2015, atualização das Diretrizes de RCP e ACE**. Disponível em: <<http://eccguidelines.heart.org>> .

KRUG, Suzane Beatriz Frantz; et al. Sofrimento e adoecimento no trabalho de agentes comunitários de saúde: um estudo em estratégias de saúde da família. **Rev. UNIABEU Belford Roxo**. v.8, n.20, p.363-379, Set-Dez, 2015. ISSN 2179-5037. Disponível em: <<http://www.uniabeu.edu.br>> .

LUONGO, JUSSARA (Org). **Tratado de Primeiros Socorros**. São Paulo: Rideel, 2014.

PEREIRA, Adriana Lemos. **Educação em Saúde**. In: VIANA, Dirce Laplaca; LEÃO, Eliseth Ribeiro; FIGUEIREDO, Nêbia Maria Almeida (Orgs). **Especializações em enfermagem: atuação, intervenção e cuidados**, Vol. II. São Paulo: Yendis, 2010.

PINTO, E. S. G., MENEZES, R. M. P. de, & Villa, T. C. S. (2010). Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. **Revista Da Escola de Enfermagem Da USP**, 44(3), 657–664. doi:10.1590/s0080-62342010000300015.

RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012/ Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br>>.

VICTORELLI, Gabriela; et al. Suporte Básico de Vida e Ressuscitação Cardiopulmonar em adultos: conceitos atuais e novas recomendações. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent. versão impressa ISSN 0004-5276** V.67, n.2, p.124-128, Mai-2013. Disponível em: <<http://revodonto.bvsalud.org>>.

VOLPATO, Andrea Cristine Bressane; VITOR, Cristiane de Souza; SANTOS, Maria Aparecida Modesto (Orgs). **Enfermagem em Emergência**. 2 ed. São Paulo: Martinari, 2014.

LAMI, M., Nair, P., & GADHVI, K. (2016). Improving basic life support training for medical students. **Advances in Medical Education and Practice**, 241. doi:10.2147/amep.s102111. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>>.

CAPÍTULO 16

TRAJETÓRIA DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL: CONFLITO HISTÓRICO, NEOLIBERALISMO, LUTAS DE CLASSE E RETROCESSOS

Data de aceite: 01/12/2020

Eli Fernanda Brandão Lopes

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
Campo Grande, Mato Grosso do Sul
<http://lattes.cnpq.br/4075564471785474>

Juliana Galete

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
Campo Grande, Mato Grosso do Sul
<http://lattes.cnpq.br/8893949021609404>

Carolina de Sousa Rotta

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
Campo Grande, Mato Grosso do Sul
<http://lattes.cnpq.br/2938294814764007>

Izabela Rodrigues de Menezes

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
Campo Grande, Mato Grosso do Sul
<http://lattes.cnpq.br/3246834134969947>

Leticia Nakamura

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
Campo Grande, Mato Grosso do Sul
<http://lattes.cnpq.br/8885396744356442>

Joelson Henrique Martins de Oliveira

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
Campo Grande, Mato Grosso do Sul
<http://lattes.cnpq.br/4292852920434284>

Giovana Ayumi Aoyagi

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
Campo Grande, Mato Grosso do Sul
<http://lattes.cnpq.br/1003730388806423>

Clesmânia Silva Pereira

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
Campo Grande, Mato Grosso do Sul
<http://lattes.cnpq.br/6387543492888773>

Alex Sander Cardoso de Souza Vieira

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
Campo Grande, Mato Grosso do Sul
<http://lattes.cnpq.br/641931949714786>

Lena Lansttai Bevilaqua Menezes

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
Campo Grande, Mato Grosso do Sul
<http://lattes.cnpq.br/1626675939929518>

Sirley Souza Alberto Chagas

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
Campo Grande, Mato Grosso do Sul.
<http://lattes.cnpq.br/5520828754303918>

Michael Wilian da Costa Cabanha

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
Campo Grande, Mato Grosso do Sul.
<http://lattes.cnpq.br/9509160998105299>

Maria de Fátima Bregolato Rubira de Assis

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
Campo Grande, Mato Grosso do Sul
<http://lattes.cnpq.br/9361073301014510>

RESUMO: O presente artigo aborda a temática da trajetória da política pública de saúde no Brasil, que se desenvolveu em meio à luta da classe operária por melhores condições de trabalho, evidenciando-se o conflito entre duas classes antagônicas: burguesia e proletariado. O trabalho tem como objetivo analisar a política de saúde sobre a perspectiva do ajuste neoliberal,

utilizado pelo Estado para manter a ordem do mercado capitalista. Como metodologia utilizou-se a pesquisa bibliográfica. Conclui-se que a gênese das políticas pública de saúde se deu em meio ao desenvolvimento da sociedade capitalista, atrelada a política de previdência social, impulsionada pela emergente questão social, que demandava do Estado e da própria sociedade civil resposta as demandas advindas da impulsão do capitalismo. Sendo assim o direito a saúde pode ser considerado como fruto de disputas entre interesses antagônicos de grupos e frações de classes distintas, um processo historicamente contraditório, e que na atualidade enfrenta o sucateamento provocado pelo desmonte dos direitos sociais.

PALAVRAS-CHAVE: Luta de Classes, Neoliberalismo, Política Pública de Saúde.

TRAJECTORY OF THE PUBLIC HEALTH POLICY IN BRAZIL: HISTORICAL CONFLICT, NEOLIBERALISMS AND CLASS STRUGGLES

ABSTRACT: This article deals with the thematic of the trajectory of public health policy in Brazil, which developed in the middle of the struggle of the working class for better working conditions, evidencing the conflict between two antagonistic classes: bourgeoisie and proletariat. The paper aims to analyze health policy on the perspective of neoliberal adjustment, used by the state to maintain the capitalist market order. As methodology was used the bibliographic research. It is concluded that the genesis of public health policies occurred in the midst of the development of capitalist society, tied to social security policy. The emergence of the emerging social question, which demanded from the state and civil society itself the demands arising from the impulsion of capitalism, and thus the right to health can be considered as the result of disputes between antagonistic interests of groups and fractions of distinct classes, a process historically contradictory.

KEYWORDS: Class struggle, Neoliberalism, Public Health Policy.

1 | INTRODUÇÃO

O presente artigo tem como tema de pesquisa a política pública de saúde no Brasil, desde a sua gênese até a sua consolidação pelo Sistema Único de Saúde (SUS) dentro da perspectiva da sociedade capitalista.

Para compreensão da política pública de saúde vigente no Brasil se faz necessária a análise da sua construção histórica, até a consolidação da saúde como direito do cidadão e dever do Estado como previsto na Constituição Federal (Brasil, 1988).

A saúde, regulada através do Sistema Único de Saúde de forma gratuita, universal e integral, esta alicerçada como um dos pilares do tripé da seguridade social, que compreende o conjunto de serviços e ações que garantem os direitos de saúde, previdência social e assistência social.

A saúde pública tem início no Brasil com a chegada da família real, quando são criadas as primeiras escolas de medicina. Ela caminha por dois âmbitos, um vinculado a previdência e outro as práticas campanhistas (DIMITROV, 2000). Sendo uma conquista da classe trabalhadora que em condições de trabalho subumanas nas fábricas, se reconhece como classe e passa a reivindicar seus direitos, diante a óptica do capitalismo.

A industrialização trazia o desenvolvimento a custo da exploração da mão de obra barata, o mercado capitalista buscava lucros cada vez maiores, com custos de produção cada vez menores. Com isso as jornadas de trabalhos se estendiam cada vez mais, os salários ficavam menores, não havia nenhum investimento na segurança do trabalhador, famílias inteiras trabalhavam nas fábricas, mulheres grávidas, idosos e crianças.

O mesmo ocorria com os trabalhadores das ferrovias, que eram utilizadas para o escoamento da produção, alguns trabalhavam expostos ao calor intenso, expostos a radiação solar, manuseando pás, picaretas, trilhos e objetos extremamente pesados, outros trabalhavam em lugares fechados, outros ainda expostos ao vento, poeira e chuvas, em regime de trabalho intermitente (VIEIRA, 2011).

De acordo com Almeida (2006, p. 10) “a noção de saúde destes trabalhadores estava presente direta e indiretamente nas reivindicações por melhores condições de trabalho e de vida”, desta forma observa-se que “a relação entre as precárias condições de trabalho e seu reflexo na saúde aparece de forma clara na fala destes operários”.

Mesmo após a consolidação da política pública de saúde através dos dispositivos legais presente na Constituição Federal e nas leis 8.080/90 e 8.142/90, o Brasil seguindo a lógica neoliberal passa a desresponsabilizar o Estado pela promoção da política de saúde. Com redução de gastos na área social, na década de 90, as necessidades de saúde passam a ser supridas, com maior intensidade, tanto pelo setor privado como pelo terceiro setor. Médici (1992, p. 81) afirma que o “setor privado em saúde no Brasil está associada, de um lado, à medicina liberal, e, de outro, à atenção médica das entidades beneficentes e filantrópicas, em geral pertencentes a instituições religiosas”.

A lógica neoliberalista cria a ideologia da responsabilidade social mediante as mazelas sociais vivenciadas pela população carente, e mais uma vez o sistema capitalista se sobrepõe ao direito a saúde, que se torna novamente responsabilidade da sociedade bibliográfica.

O trabalho apresenta os antecedentes históricos da política de saúde, esclarecendo que a sua construção é fruto da luta da classe operária por melhores condições de vida, e foi instituída com objetivo de acalmar os trabalhadores para que se mantivesse a economia de mercado, protegendo assim o sistema capitalista, caracterizando a criação de órgãos envolvidos com a política de saúde que era atrelada a política de previdência social, mesmo com a legislação vigente que a dispõe como direito do cidadão e dever do Estado.

O trabalho objetiva analisar a política de saúde no Brasil sobre a perspectiva da política de ajuste neoliberal, pela qual o Estado buscava manter a ordem do mercado capitalista e o poder da classe dominante, utilizando como metodologia a pesquisa.

21 DOS ANTECEDENTES HISTÓRICOS DA POLÍTICA DE SAÚDE AO PANORAMA ATUAL

A política de saúde brasileira nem sempre teve esse viés universalista democrático de cunho gratuito como na atualidade. O Brasil como um país de industrialização tardia se usou por vezes da política de saúde, como instrumento de contenção da classe trabalhadora operária. Em um contexto de lutas de classes, e para manter a ordem do mercado capitalista vigente, a política de saúde foi instituída para que se minimizassem os efeitos nocivos das atividades industriais e algumas campanhas de saúde começaram a ser idealizadas.

Em 1900, as campanhas de Saúde realizadas no Brasil eram de forma militarizadas, onde se dividia as cidades em distritos, e com o uso da coerção o doente era encarcerado e vacinado obrigatoriamente, os portadores de doenças contagiosas eram forçados às práticas sanitaristas. Em 1904, no Rio de Janeiro, ocorreu a chamada Revolta da Vacina, onde a população que desconhecia a vacina contra a varíola e temia seus efeitos, se negou a tomar a dose, e sofreram uma grande repressão do Estado, muitas pessoas tiveram suas casas invadidas por agentes sanitários, e foram vacinadas contra sua vontade e com o uso da violência, episódios como esses levaram a população a se rebelar, quebrando postes, arrancando trilhos, depredando e incendiando lojas, fazendo barricadas e atacando com paus e pedras as forças da polícia. A revolta terminou com centenas de pessoas presas, 30 mortos e 110 feridos, a questão da saúde estava mais relacionada com os interesses do Estado, do que com a própria saúde da população (OLIVEIRA, 2013).

A Política Pública de Saúde na história brasileira está intrinsecamente relacionada à lógica do planejamento governamental, se observa que antes de 1920 a questão social, as migrações dentre outros fatores não tinham proporções que fizessem com que Estado interferisse nesta área em específico. Entre a década de 20 e 40, o Estado se preocupou com a implantação de uma legislação previdenciária e trabalhista que viesse a tranquilizar e pacificar o movimento do operariado, para absorver questões de educação, saúde e assistência hospitalar e assim criou-se o Ministério da Educação e Saúde Pública (BARCELLOS, 1983).

Em 1917 ocorreu no Brasil um movimento articulado pelos operários e comerciantes de São Paulo, denominado de Greve Geral, cerca de 100 mil trabalhadores, homens, mulheres e crianças, paralisaram São Paulo. A paralisação começou na fábrica Cotonifício Crespi, no bairro da Moca, onde mais de 400 operários pediam condições melhores de trabalho, aumento salarial, redução da jornada de trabalho, proibição do trabalho infantil e do trabalho feminino noturno (TOLEDO, 2017).

As reivindicações dos trabalhadores nos protestos de 1917 eram, em termos gerais, jornada de oito horas, semana de cinco dias e meio, fim do trabalho de crianças, restrições à contratação de mulheres e adolescentes, segurança no trabalho, pagamento pontual dos salários, aumento salarial, redução do preço

dos alugueis e do custo dos bens de consumo básicos, respeito ao direito de sindicalização, libertação dos trabalhadores presos durante as greves e recontração de todos os grevistas demitidos (TOLEDO, 2017, p. 507).

Segundo Toledo (2017) as reivindicações expressavam as dificuldades de vida e de trabalho que os operários enfrentavam naquele período, exigindo uma ação tanto do Estado como dos empregadores, as reivindicações eram tanto conjunturais, ligadas ao contexto da época, como estruturais ligadas as demais questões afetas ao modo de produção capitalista.

A paralisação de São Paulo se estendeu para mais estados brasileiros, que sofreram com a forte repressão da polícia e do exército, algumas pessoas morreram, muitas ficaram feridas e outras foram presas, sendo muitas delas crianças. Foi um período de grande agitação do movimento operário que teve início em junho de 1917 e só terminou no início dos anos 1920, evidenciando o amplo processo de organização dos operários (TOLEDO, 2017).

Diversas categorias profissionais foram se juntando ao movimento (...). Operários da Pernambuco Tramways também aderiram. A repressão policial provocou ferimentos em vários operários, inclusive crianças. Diversas associações, ligas e sindicatos redigiram documentos, com a liderança do Sindicato de Ofícios vários que se tornou também alvo da repressão. A polícia evacuou o sindicato e prendeu seu secretário (...). A partir daí, a repressão dissolveu o movimento em Recife, mas as manifestações se estenderam a outras cidades do estado. (TOLEDO, 2017, p. 507).

Após a mobilização da classe dos trabalhadores por melhores condições de vida, o governo temendo que a insatisfação do operariado urbano afetasse a economia do país, iniciou a regulamentação de alguns direitos no âmbito do seguro social, através da lei Eloy, criando as CAPs (Caixas de Aposentadoria e Pensões) primeiramente voltadas aos trabalhadores das empresas ferroviárias, e logo mais se estendendo aos marítimos, portuários e bancários (FLEURY TEIXEIRA; OLIVEIRA, 1989).

Com a *promulgação da lei Eloy Chaves* em 24 de janeiro de 1923 consolidava-se no Brasil a base do sistema previdenciário, a partir deste período a saúde dos trabalhadores se vincula à previdência formando assim um sistema de proteção para a classe (COHN; ELIAS, 1996). Nesta mesma década é formada pelo médico sanitário Oswaldo Cruz, a Diretoria Geral de Saúde Pública, com o objetivo de combater as epidemias urbanas e as endemias rurais, implementando progressivamente as instituições públicas de higiene e saúde (LUZ, 1991).

Entretanto o direito às CAPs garantia proteção apenas aos trabalhadores do ramo de atividades fundamentais para o desenvolvimento e expansão do capitalismo no Brasil, ou seja, de empresas que estavam ligadas à exportação e ao comércio, deixando os demais trabalhadores a margem desta proteção (FLEURY TEIXEIRA; CARVALHO, 2011). Outro fator problemático em relação às CAPs eram as desigualdades dos benefícios entre

os trabalhadores, pois as empresas de grande porte tinham trabalhadores com maiores contribuições e conseqüentemente benefícios maiores, segundo Silva e Mahar (1974, p. 15):

À medida que ocorria a disseminação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (...), verificava-se a precariedade do esquema financeiro do sistema, uma vez que a maioria das Caixas mantinha número reduzido de segurados, mobilizando recursos insuficientes para garantir a prestação de serviços médicos (SILVA; MAHAR, 1974, p. 15).

Visando combater a disparidade do sistema, Getúlio Vargas criou os IAPS (Institutos de Aposentadorias e Pensões) que eram vinculados às categorias profissionais, e geridos pelo Estado, unificando assim as CAPs e estendendo ao demais trabalhadores (LUZ, 1991).

As CAPs e IAPs foram posteriormente unificadas com a criação do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) no ano de 1966, passando a incluir novos beneficiários como os trabalhadores rurais em 1971, as empregadas domésticas em 1972 e trabalhadores autônomos em 1973, e com isso ampliando a prestação de serviços de assistência médico-hospitalar (COHN; ELIAS, 1996).

Observa-se que o surgimento dos IAPs estava relacionado à importância econômica de alguns grupos de trabalhadores para o capital, estes institutos eram criados por Decreto-lei e nem sempre havia a obrigatoriedade da prestação de assistência médica aos trabalhadores, tornando-a secundária, gerando uma cultura não assistencial. Os IAPs não detinham redes próprias de assistência médica, devido às restrições orçamentárias, isso acarretava a compra de serviços médicos por parte desses institutos, este modelo previdenciário perdurou no Brasil, entre a década de 30 e 60 (BATICH, 2004).

O desenvolvimento das políticas sociais, no governo totalitário de Vargas, implantava a ideia de desenvolvimento econômico e social no país para a elite dominante. A estratégia intervencionista de Vargas consistia na criação de diversas instituições, que satisfizessem os anseios nacionalistas da população brasileira, atendendo as diversas questões trabalhistas, formulando algumas políticas sociais, mas sem a real resolução da problemática social. As políticas eram paliativas e direcionadas ao segmento assalariado (SANTOS, 1993).

No Estado Novo período entre 1937 e 1945, houve maior consolidação das políticas econômicas e sociais, com maior atuação governamental, pois o Estado autoritário promoveu maior autonomia na definição de ações para a promoção do desenvolvimento nacional. A Grande Guerra exigia o reordenamento da economia mundial, ocasionando nesta época no Brasil a tentativa da construção do Welfare State (PANDOLFI, 1999).

No Estado Novo, a política social mantinha forte inclinação paternalista, com viés centralizador, burocrático e corporativista. Viabilizando-se através de medidas apoiadas preferencialmente em decretos, Vargas implantou seu projeto de industrialização com expansão do capitalismo no Brasil. Para

neutralizar o movimento trabalhista e conter seu ímpeto reivindicatório, muitas das demandas dos trabalhadores foram satisfeitas, incluindo-se entre estas a garantia dos sindicatos para promover e negociar os direitos dos assalariados. Esta “conquista” dos trabalhadores, compreendida como uma estratégia do Governo Vargas, resultou na inserção dos sindicatos livres no aparelho de Estado, em 1934, transformando-os em instituições de direito público, como uma ação despolitizadora. Dessa forma, os sindicatos tomaram-se um instrumento de aliciamento, coesão e exercício de poder sobre a classe assalariada (SILVA, 1996, p.3).

Como oposição ao modelo de restrição de gastos para o fortalecimento do regime de capitalização, ideias consonantes foram incorporadas ao Plano Beveridge, movimento previdenciário surgido na Europa que investia no capital humano, pois se pensava que com assistência e ampliação dos serviços médicos, os trabalhadores poderiam melhorar sua produtividade e retornar mais cedo ao trabalho, quando acometido por alguma doença. O Plano Beveridge chocava-se diretamente com o projeto Neoliberal (SILVA, 1996).

O novo modelo retratava o posicionamento do Estado capitalista frente à situação de guerra, marcando a reação neoliberal à ascensão das ideologias socialistas, nazistas e fascistas, pressionado, ainda, pela instalação de governos social-democratas e trabalhistas na Europa. A necessidade de intervenção governamental na questão social foi modelada em busca do que se convencionou denominar Welfare State, Estado de Bem Estar Social, implicando em maiores investimentos públicos no setor social. (SILVA, 1996, p.27)

Na década de 40, o regime ditatorial no Brasil se mostrava fragilizado com a derrota do nazi-fascismo na II Guerra Mundial, verificou-se um novo processo de transformação no perfil do Estado brasileiro, havia um revigoramento do pensamento liberal e democrático e um desgaste do autoritarismo estado novista que emanava da elite (BARCELOS, 1983).

Em 1941, ocorreu no Rio de Janeiro a primeira Conferência Nacional de Saúde com o tema “Situação sanitária assistencial dos estados e municípios”. As conferências tiveram uma importância muito grande na construção da política de saúde hoje vigente (BRASIL, 2013). No ano de 1950 foi realizada a segunda Conferência Nacional de Saúde voltada a higiene e a segurança no trabalho; e nos anos de 1960, dez anos mais tarde, ocorria a terceira conferência que tinha como proposta a descentralização da área de saúde (BRASIL, 2013)

Entre os anos de 1946 e 1964, a política social é marcada pelo populismo, Dutra e JK utilizando-se de mecanismos populistas consolidaram empreendimentos que garantiram o crescimento dos movimentos populares e a manipulação das aspirações dos trabalhadores (PANDOLFI, 1999).

Em 1960, foi criada a LOPS (Lei Orgânica da Previdência Social) que estabelecia a unificação do regime previdenciário passando a ser direcionado apenas para os trabalhadores em regime celetista (regidos pela CLT), os trabalhadores dos demais regimes foram excluídos (FLEURY TEIXEIRA; CARVALHO, 2011).

Com o Golpe Militar de 1964, e com suspeita de fraude e má utilização dos recursos previdenciários, foi instituída em 1966 uma comissão formada por membros dos Ministérios do Trabalho, Planejamento, Saúde e Fazenda como a preposição de reformular do sistema de Previdência Social, para que se houvesse um melhor gerenciamento dos benefícios e recursos (BATICH, 2004).

Para dificultar a apropriação indevida de recursos sem alterar a política de compra de serviços estruturados, foi criada a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV) com o objetivo de formular instrumentos de controle de contas e procedimentos das entidades contratadas e conveniadas (FLEURY TEIXEIRA; CARVALHO, 2011).

Em 1964 com a instalação do Regime Militar, a política social passa a ter um caráter técnico-burocrático, a Saúde Pública no Brasil, durante a ditadura, começa a criar as primeiras bases para o surgimento do SUS (Sistema Único de Saúde), na década de 1990.

Durante o período da ditadura militar, foram realizadas quatro Conferências Nacionais de Saúde:

- Em 1967 ocorreu a 4ª Conferência Nacional de Saúde com o tema “Recursos humanos para as atividades de saúde”;
- Em 1975 ocorreu a 5ª Conferência Nacional de Saúde com o tema “Constituição do Sistema Nacional de Saúde e a sua institucionalização”;
- Em 1977 ocorreu a 6ª Conferência Nacional de Saúde com o tema “Controle das grandes endemias e interiorização dos serviços de saúde”;
- Em 1980 ocorreu a 7ª Conferência Nacional de Saúde com o tema “Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos” (BRASIL, 2013).

No ano de 1977 foi criado o SINPAS (Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social) e o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social).

O SINPAS, com a missão de implantar sistemas de controle para sanar as distorções existentes, foi integrado pelo INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), pelo INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), pela LBA (Legião Brasileira de Assistência), a FUNABEM (Fundação Nacional do Menor); as IAPAS (Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social) e o DATAPREV (Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social). (SILVA, 1996, p.38)

O INAMPS ficou incumbido de prestar a assistência médica aos trabalhadores, ao IAPAS a gestão financeira, ficando o INPS apenas com a concessão de benefícios. Segundo Fleury Teixeira e Carvalho (2011):

[...] o INAMPS, como o braço da saúde do Sinpas, teve suas ações condicionadas ou limitadas pela disponibilidade dos recursos existentes, já que os benefícios previdenciários, por sua natureza contratual, têm primazia

na alocação dos recursos do sistema. As despesas do INAMPS, que em 1976 correspondiam a 30% do orçamento da previdência social, em 1982 atingiram apenas 20% do total, correspondendo a uma perda de 1/3 da participação nos gastos (FLEURY TEIXEIRA; CARVALHO, 2001, p. 4).

Para Gentile de Mello (1978,) o INAMPS continuava sendo o mesmo reprodutor de fraudes:

Desgraçadamente, os produtores do anteprojeto de lei do Novo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, o INAMPS, em lugar de modificar o modelo, introduziram um dispositivo que permite à Previdência Social a cobrança de parte do custeio do sistema com o nível de renda do segurado. Consagra-se, mais uma vez, o sistema produtor de pacientes fantasmas, de cirurgias, internações e outros serviços desnecessários (GENTILLE DE MELLO, 1978, p. 179).

Na década de 80, o milagre brasileiro chegava ao fim, marcado pela intensa recessão e inflação ascendente, chegava-se ao auge da crise previdenciária, com isso advinha muitos questionamentos em relação à atuação do Estado no setor de saúde, havia uma insatisfação generalizada quanto aos serviços prestados. O Brasil enfrentava a estagnação econômica, havia uma redução das receitas e despesas na área da saúde, provocadas pelo baixo nível de queda de arrecadação, nesta época para atender as necessidades de saúde da população de classe média, surge uma nova modalidade de prestação de assistência médica, no setor privado, encabeçadas por empresas como Amil e Bradesco (SILVA, 1996).

No ano de 1985, após a queda do regime militar, o Brasil passa por uma redemocratização. O Estado buscava responder, de forma minimalista, as demandas sociais, advindas do movimento sanitário, formado na década anterior. O movimento da Reforma Sanitária lutava pela universalização do acesso e a reestruturação do setor da saúde, pela criação de um Sistema Unificado de Saúde, descentralizado e com financiamento efetivo (BRASIL, 2013).

Começava a Nova República. Sarney buscou responder às pressões e às demandas sociais, estabeleceu novos pactos de entendimento com a sociedade, também como resposta às demandas do já mencionado movimento sanitário. Nesse momento, ingressa no cenário um novo ator institucional: o gestor municipal de saúde, sintonizado com a pauta do movimento sanitário, reivindicando maior apoio frente às crescentes responsabilidades dos municípios (BRASIL, 2013, p. 26).

Foi durante esse processo de grande mobilização social, e euforia pela transição do regime ditatorial para o regime democrático que ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde no ano de 1986, tendo como tema “Saúde como direito, reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento do setor”. Esta conferência é considerada o marco histórico da formulação do SUS (BRASIL, 2013), foi à primeira conferência aberta à sociedade, dela resultou-se a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) no ano de 1987.

Com o SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde), o Estado passou a descentralizar as ações de saúde, esse novo sistema passa a ser norteado sobre a diretriz da universalização, da equidade no acesso aos serviços, e da integralidade dos cuidados, entretanto as ações ainda estavam restritas à lógica hegemônica da queixa-conduta e do trabalho centrado na figura do médico (FLEURY TEIXEIRA; CARVALHO, 2011).

Para institucionalizar as proposições da VIII Conferência, foi criada, por decreto, uma Comissão Interministerial, denominada Comissão Nacional de Reforma Sanitária - CNRS, com a responsabilidade de propor, em apenas 180 dias, a nova Política Nacional de Saúde. Mantendo as diretrizes aprovadas na VIII Conferência, a CNRS encaminhou, em março de 1987, a proposta do novo modelo à Assembléia Constituinte. Para acelerar o processo, e conter as demandas por prestação de serviços, foram instituídos, também por Decreto (nº 94.657 de 20/07/88), os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) nos estados brasileiros, como uma etapa intermediária à implantação definitiva do SUS. Neste processo, que contou com a participação consensual dos Ministérios da Saúde e da Previdência, foi fundamental a pressão exercida pelo Movimento de Reforma Sanitária, cujos integrantes, na ocasião, ocupavam importantes cargos nas instituições federais do Governo Sarney [...] O SUDS representava, dessa forma, a integração das atividades e unidades assistenciais do INAMPS às Secretarias Estaduais de Saúde, tomando os Governos estaduais e municipais efetivamente responsáveis pelo gerenciamento das ações de saúde em seu território (SILVA, 1996, p.50).

A política de saúde no Brasil perpassou por vários caminhos, primeiramente esteve restrita à distribuição de serviços e benefícios, pelos Ministérios da Previdência e Assistência Social e da Saúde, logo após teve suas bases estruturadas pela Constituição Federal de 1988, como um sistema único e universal, construindo-se os pilares para o SUS (Sistema Único de Saúde).

O Brasil transitou de um sistema de saúde segmentado, estritamente voltado à prestação de serviços médico-hospitalares aos trabalhadores, para um sistema de saúde desenhado para garantir o acesso universal aos serviços e ações de saúde, com base no princípio da seguridade social (SENA, 2013).

Segundo a Constituição Federal (BRASIL, 1988, p. 60), em seu art. 196, “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” Ou seja, após a Constituição Federal a saúde passou a ser um direito universal e gratuito e não mais atrelado à previdência social, não mais se precisava de contribuição social, como acontecia no INAMPS.

Com o advento da Constituição Federal (1988) o SUS passa a ser regido pelas seguintes diretrizes:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade (BRASIL, 1988, p. 60).

Essas diretrizes legitimavam e consolidavam as lutas ocorridas ao longo dos anos 80 pelo Movimento da Reforma Sanitária, deste então o SUS vem passando por inúmeros processos de aceitação, com problemas de financiamento, de resistência à descentralização e de desequilíbrio funcional e organizacional, para se combater as dificuldades de implantação do SUS criou-se de uma série de órgãos, instituídos em comissões, inspetorias e conselhos, com funções deliberativas, administrativas e executivas entre os níveis centrais e municipais, trabalhando paralelamente as ações estatais.

O INAMPS foi incorporação ao Ministério da Saúde através do Decreto nº 99.060, de 07 de março de 1990. E o SUS foi finalmente estabelecido pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990). Esta lei dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, regulando em todo o território nacional as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente, eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado (SIMON, 2015).

A Lei 8.080/90 trata da organização, da direção e da gestão do SUS; das competências e atribuições das três esferas de governo; do funcionamento e da participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde; da política de recursos humanos; dos recursos financeiros, da gestão financeira, do planejamento e do orçamento (SIMON, 2015).

Alguns meses depois, foi promulgada a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que imprimiu ao SUS uma de suas principais características: o controle social, promovendo a participação dos usuários na gestão e formulação dos serviços, instituindo os Conselhos Gestores e as Conferências, segundo o art. 1º da Lei nº 8.142:

Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: I - a Conferência de Saúde; e II - o Conselho de Saúde. § 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde. § 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (BRASIL, 1990, p. 1)

Após a década de 90 o projeto privatista, como ideais advindo do neoliberalismo, entra em confronto direto com o projeto da reforma sanitária.

O projeto privatista pauta-se na política de ajuste neoliberal, tem como foco a contenção dos gastos com a política de saúde, a racionalização da oferta de serviços, e a desresponsabilização do Estado, ao qual cabe apenas garantir um mínimo aos cidadãos mais necessitados, ficando assim para o setor privado o atendimento aos cidadãos consumidores (BRAVO; MATOS, 2006).

A partir do exposto, considera-se que, na atualidade, os dois projetos existentes na saúde, referidos anteriormente, ainda estão em disputa: o projeto da reforma sanitária x o projeto privatista. O atual governo ora fortalece o primeiro projeto e ora mantém a focalização e o desfinanciamento, características do segundo (BRAVO; MATOS, 2006, pag. 15).

O Brasil no ano de 1990 seguia os ditames do mercado capitalista sobre a óptica do neoliberalismo, baseando a política de saúde nesta mesma perspectiva. O Estado por meio da ideologização da solidariedade, do voluntariado, do individualismo e da responsabilidade social passou a envolver a sociedade civil na corresponsabilização na promoção da política de saúde.

As propostas neoliberais, mais especificamente para política de saúde, consistem na focalização, privatização, estímulo aos seguros privados, atendimento básico à população que não pode pagar, dentre outros. Ou seja, uma concepção individualista e fragmentada da saúde em contraposição a concepção coletiva e universal do Projeto da Reforma Sanitária (SALVADOR, TERRA, ARÉAS, 2015, pag. 10).

O direito a saúde passou por um longo processo contraditório, entre disputa de poder e interesses antagonísticos, até sua consolidação com a promulgação da Constituição Federal 1988, porem desde então esta política vem sofrendo retrocessos.

Em 1990 houve implantação do projeto neoliberal no país, pelo governo de Fernando Collor de Mello, e logo após no governo de Fernando Henrique Cardoso é instaurada a contrarreforma do Estado marcada pela expropriação de direitos sociais, promovendo cortes gradativos nas políticas sociais (BRAVO; MATOS, 2006, pag. 9).

Nos anos 2000 a política de saúde pública apresenta alguns avanços, tendo ganhado destaque, a política de atenção básica em saúde, na agenda federal no período de 2003 a 2010 (CASTRO; MACHADO, 2012). No ano de 2002, durante a transição de governos, a saúde bucal, passa a ganhar maior visibilidade (MACHADO; BAPTISTA; NOGUEIRA, 2011).

Durante o governo Lula, de 2003 a 2008, se implementam quatro políticas prioritárias, sendo elas: a ESF (Estratégia de Saúde da Família), o Brasil Sorridente, o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) e a Farmácia Popular. Políticas estas “voltadas para a solução de problemas relevantes do sistema de saúde brasileiro, respectivamente nas

áreas de atenção primária à saúde, saúde bucal, atenção às urgências e assistência farmacêutica” (MACHADO; BAPTISTA; NOGUEIRA, 2011, p. 527). Representando avanços no acesso em áreas relevantes para concretização dos princípios de universalidade e integralidade na saúde, previstos pela Constituição Federal de 1988.

Segundo Menicucci (2011) políticas de saúde no governo Lula, podem ser analisadas como um modelo de desenvolvimento híbrido, com a política econômica impondo restrições às políticas sociais, e as gestões ministeriais da saúde apresentaram maior continuidade entre si, com diferenças em relação aos processos e aos conteúdos da política. O correndo “mudanças incrementais em âmbitos estratégicos para a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) nos campos de atenção à saúde, recursos humanos e insumos, assim como alterações no modelo de intervenção federal” (MENICUCCI, 2011, p. 522).

Para Silva, Batista e Santos (2017) o governo Lula foi “marcado pela racionalidade da contrarreforma na política de saúde, em virtude da inserção dos ideais privatistas, um exemplo são essas Fundações Estatais de Direito Privado”. Tendo o governo Dilma dado continuidade a esta lógica com o estabelecimento da privatização da saúde através da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), aprimorando um modelo de gestão voltado para os investimentos do setor privado.

Entre 2010 e 2019, o SUS passa pelo processo de desmonte e sucateamento, devido aos ataques às políticas sociais públicas e regressão de direitos sociais, provocados pela contrarreforma do Estado articulado à ascensão do neoliberalismo.

De acordo com Lopes (2019, p. 87) em uma análise do panorama da Atenção Básica e da Urgência e Emergência em uma cidade da região Centro Oeste, o sucateado do SUS reflete “diretamente na qualidade da saúde prestada à população”.

O retrocesso e o desmonte dos direitos sociais, que ataca às políticas públicas, segundo Paim (2018) foi acentuado pela crise econômica no Brasil. Tendo o governo Temer dado seguimento “a hegemonia contrária ao SUS, tornando-o ainda mais reduzido, com o risco de se tornar um simulacro”. Entre as políticas de austeridade fiscal, pode ser citado a Emenda Constitucional 95 (EC-95/2016) que instituiu um novo Regime Fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, que congelou o orçamento público, incluindo neste o da saúde, durante vinte anos.

Em seus estudos, Rasella *et al.* (2019), apontam que as consequências do desmonte do SUS para 5.507 municípios brasileiros, decorrente da aprovação da Emenda Constitucional 95 (EC-95/2016), como a retração do Programa Mais Médicos, podem chegar a 50 mil mortes prematuras, de pessoas com idade inferior a 70 anos de idades, entre 2017 e 2030. Sendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) um dos programas mais afetados, com redução na sua cobertura, o que provoca “efeitos mais fortes na mortalidade por doenças infecciosas e deficiências nutricionais e impactariam desproporcionalmente os municípios mais pobres” (RASELLA *et al.*, 2019, p. 6).

Em protesto a Emenda Constitucional 95 (EC-95/2016), os participantes da 16ª Conferência Nacional de Saúde, cerca de cinco mil pessoas, realizaram uma manifestação em defesa do SUS, na Praça do Museu da República, em Brasília. Sendo desmonte das políticas sociais no Brasil, criticados por parlamentares, representantes de categorias e movimentos sociais (CNS, 2019). A 16ª Conferência Nacional de Saúde, ocorreu entre os dias 04 a 07 de agosto de 2019, e teve como temática central “Democracia e Saúde” discutida sobre três eixos: “Saúde como Direito”, “Consolidação do SUS” e “Financiamento Adequado para o SUS”.

Evidencia-se que entre os anos de 2010 e 2019, houve um decréscimo no número de hospitais no Brasil, tendo o número de 6.907 hospitais reduzido para 6.702. Sendo que entre os hospitais com fins lucrativos houve uma redução de 109 unidades. Neste mesmo período ocorreu uma redução de 25.568 leitos, tendo o número de leitos em hospitais no Brasil de 435.793, decaído para 410.225 (CNSAÚDE, 2019).

Entre 2010 e 2019 houve a redução de 34.741 leitos em hospitais privados (ou -11,8%), enquanto houve o aumento de 9.200 leitos em hospitais públicos (ou +6,6%). Houve redução de 32.157 leitos em hospitais privados com fins lucrativos (ou -24,6%) e redução de 2.611 leitos em hospitais privados sem fins lucrativos (ou -1,6%) (CNSAÚDE, 2019, p.14).

Neste sentido, pode se afirmar que haverá um aumento elevado no número de óbitos evitáveis, diretamente ligados ao congelamento de investimentos na política de saúde e demais políticas de austeridade fiscal adotadas.

3 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A trajetória da política de saúde no Brasil perpassou por disputas de projetos antagônicos, sendo estes o projeto privatista e o projeto da reforma sanitária. As ações na área da saúde se alternavam entre ações privatistas de mercado e ações de participação do Estado.

Em um contexto de capitalista onde o operariado trabalhava em condições insalubres, em uma carga horária de trabalho excessiva chegando há 18 horas por dia, com alto grau de periculosidade onde por falta de segurança acidentes eram comuns, muitos operários morriam outros ficavam mutilados, em nome do lucro gerado pelo modo de produção capitalista a burguesia massacrava a classe operaria.

Isso acirrava o conflito existente entre essas duas classes antagônicas, burguesia e proletariado, assim sendo o operariado se reconhece como classe e passa a lutar por melhores condições de vida, de saúde e de trabalho. A política de saúde não foi construída de forma pacífica, não pode ser vista como algo que foi dado, se faz necessário que ela seja compreendida no seu contexto histórico de luta, de repressão, e de greves dos operários das fábricas.

O Estado temendo que o motim dos operários, que faziam greves e paralisavam a produção, tomasse proporções maiores, afetando assim o mercado capitalista, se utilizou da política de saúde como um artifício de contenção da massa trabalhadora. Em outro momento o Estado recebendo influências do Plano Beveridge, começa se utilizar da política de saúde como um investimento em capital humano, pois se percebe que trabalhador dispondo de mais saúde se tornaria mais produtivo.

Com passar dos anos a política de saúde no Brasil sofreu avanços e retrocessos, ora atendendo os interesses do capital ora atendendo os interesses do proletariado, o direito à saúde está intrinsecamente ligado a garantia de formulação e execução de políticas públicas que visem diminuir o risco de agravo à saúde, pelo Estado.

Constata-se que nos últimos anos, política de saúde, permeada pela racionalidade hegemônica tem priorizada uma saúde de cunho assistencialista e seletiva. Sendo executada de forma focalizada e individualista com ações curativa. Atendendo aos interesses do setor privado, apresentando-se cada vez mais sucateada e se se afastando dos ideários de equidade e justiça social, perdendo seu caráter de gratuidade e universalidade.

Diante do que foi exposto, tem se a complexidade da política de saúde no Brasil, que ora representa conflito de classe, ora representa instrumento de contenção e ora representa uma ferramenta de impulsão do capitalismo. Para que haja compreensão sobre a política de saúde se faz necessário o estudo e a análise de todos os aspectos da sua totalidade desde sua concepção até o desdobramento da atualidade.

Conclui-se que a política de saúde no Brasil foi construída mediante tensões de duas classes antagônicas, atrelada a política de previdência social, gestada em um contexto de lutas de classe em um país capitalista de industrialização tardia, periférico e extremamente desigual, que na atualidade enfrenta o sucateamento provocado pelo desmonte dos direitos sociais.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Anna Beatriz de Sá. As parcelas (in) visíveis da saúde do anônimo trabalhador: falas operárias sobre trabalho, saúde e doença (1890-1920). **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 9-18, mar. 2006.

BARCELLOS, Tanya Maria Macedo de (Coord.). **A Política Social Brasileira 1930-1964**. Porto Alegre: Fundação de Economia e Estatística, 1983.

BATICH, Mariana. Previdência do trabalhador: uma trajetória inesperada. **São Paulo Perspec.**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 33-40, 2004.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 31 dez. 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. **Para entender o controle social na saúde / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 178 p.

BRASIL. Presidência da República. Ministério da Saúde. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990:** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. Presidência da República. Ministério da Saúde. **Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990:** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Costa. **Projeto ético-político do serviço social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate.** In: MOTA, Ana Elizabete. Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2006.

CASTRO, Ana Luisa Barros de; MACHADO, Cristiani Vieira. A política federal de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 477-506, 2012 .

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. **Saúde no Brasil:** políticas e organização de serviços. Ed Cortez/cedec. São Paulo. 1996.

CNS. Conselho Nacional de Saúde. **Ato em defesa do SUS reúne 5 mil pessoas contra desmonte das políticas sociais.** 2019. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/750-ato-em-defesa-do-sus-reune-5-mil-pessoas-contr-desmonte-das-politicas-sociais> Acesso em: 1 fev. 2020

CNSAÚDE. Confederação Nacional de Saúde. Cenário dos Hospitais no Brasil 2019. **Relatório da Situação dos Hospitais Privados no Brasil. Federação Brasileira de Hospitais.** Confederação Nacional de Saúde. Brasília: Federação Brasileira de Hospitais. 2019

DIMITROV, Pedro. Chegamos a 2000 d.C., e a saúde para onde vai? **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 24, n.1, p. 19-30, Jan. / Fev. 2000

FLEURY TEIXEIRA, Sônia; OLIVEIRA, Jaime de Araujo. **Previdência Social:** 60 anos de História da Previdência no Brasil. Petrópolis: Coleção Saúde e Realidade Brasileira, Ed. Vozes, 1989.

FLEURY TEIXEIRA, Sônia; CARVALHO, Antonio Ivo (Org.). **INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.** In: Dicionário Histórico- Biográfico Brasileiro (2ª edição). Rio de Janeiro: FGV, 2001.

GENTILE DE MELLO, Carlos. Medicina Previdenciária. **Saúde e Medicina no Brasil:** Contribuições para um Debate. (org.) Reinaldo Guimarães. Série Saúde e Sociedade. Rio de Janeiro: Graal, 1970.

LOPES, Eli Fernanda Brandão. Projeto VER-SUS: panorama da atenção básica e da urgência e emergência no município de Campo Grande/MS. **Extensio: Revista Eletrônica de Extensão**, Florianópolis, v. 16, n. 33, p. 85-99, 2019.

LUZ, Madel Therezinha. **Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” - anos 80.** PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva, São Paulo, v.1, n.1. 1991.

- MACHADO, Cristiani Vieira; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria; NOGUEIRA, Carolina de Oliveira. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 521-532, 2011.
- MÉDICI, André Cezar. Incentivos governamentais ao setor privado de saúde no Brasil. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 79-115, abr./jun. 1992.
- MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. A política de saúde no governo Lula. **Saude soc.**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 522-532, 2011.
- OLIVEIRA, Willian Marques de. **O Papel do Estado Brasileiro no Direito Sanitário**. Brasília, 2013. 49 f. Monografia. (pós-graduação em direito administrativo)- Instituto Brasiliense de Direito Público, Brasília, 2013.
- PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos - Thirty years of the Unifed Health System (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1723–1728, 2018
- PANDOLFI, D. (Org.). **Repensando o Estado Novo**. Rio de Janeiro: FGV, 1999, p. 173-193.
- RASELLA, D. *et al.* Mortalidade associada a políticas alternativas de atenção primária à saúde: um estudo nacional de modelagem por microssimulação no Brasil. **BMC Med**, v. 17, n. 82, p. 1-11, 2019.
- SALVADOR, Marina Alvares Côrtes; TERRA, Paula Valéria de Oliveira; ARÉAS, Raquel dos Santos. **Política de Saúde no Brasil: história e desafios atuais**. VII Jornada Internacional de Políticas Pública. São Luis: Maranhão, 2015, f.12.
- SANTOS, Wanderley Guilherme dos. **Razões da Desordem**. Rio de Janeiro: ROCCO, 1993.
- SENA, Alderico. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)**. 2013. Disponível em: <http://www.noticialivre.com.br/index.php/2014-03-09-16-39-32/21932-historia-da-previdencia-social-no-brasil>. Acesso em: 4 jan. 2018
- SILVA, Agnes Carine; BATISTA, Jessica Hellen Santos; SANTOS, Wene Carolina Mota. **Desmonte e Sucateamento do SUS: o ataque neoliberal à política de saúde no Brasil**. In: 7º. Seminário da Frente Nacional contra a privatização da saúde: saúde em tempos de retrocesso e retirada de direitos, Maceió. . Anais Seminário FNCPS: Saúde em Tempos de Retrocessos e Retirada de Direitos. Alagoas, outubro, 2017
- SILVA, Fernando; MAHAR, Dennis. **Saúde e Previdência Social: uma análise econômica**. Rio de Janeiro, IPENINPS, Coleção Relatórios de Pesquisa, n° 21, 1974.
- SILVA, Heliana Marinho da. **A Política Pública De Saúde No Brasil: Dilemas e Desafios para a Institucionalização do SUS**. Rio de janeiro, 1996. 133 f. Dissertação. (mestrado em administração pública)- Escola Brasileira De Administração Pública, Fundação Getulio Vargas. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/8657/000076050.pdf>. Acesso em: 4 jan. 2018
- SIMON, Letícia Coelho. **Desafio: Concretização do Direito à Saúde Pública no Brasil** Conselho Nacional De Secretários De Saúde – CONASS. 2015. Disponível em: https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/colecao2015/CONASS-DIREITO_A_SAUDE-ART_31.pdf. Acesso em: 6 de jan. de 2018

TOLEDO, Edilene. **Um ano extraordinário**: greves, revoltas e circulação de idéias no Brasil em 1917. Rio de Janeiro: Estudos Históricos, vol. 30, n. 61, p. 497-518, 2017.

VIEIRA, Leda Rodrigues. **Trabalho e ferrovia**: cotidiano do trabalho dos ferroviários na cidade de Parnaíba-PI, 1950-1990. Revista Brasileira de História & Ciências Sociais. v. 3, n. 5, p. 113-126, 2011. Disponível em: <https://rbhcs.com/rbhcs/article/viewFile/90/89>. Acesso em: 12 de jun. de 2018

CAPÍTULO 17

USO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL POR PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NA PANDEMIA COVID-2019

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão 05/11/2020

Bruna Caroline Rodrigues Tamboril

Faculdade de Terra Nordeste-FATENE
<http://lattes.cnpq.br/5375914018898541>

Edislane Silva Souza

Centro Universitário Maurício De Nassau
-UNINASSAU
<https://orcid.org/0000-0003-0420-2227>

Cláudia Emiliana de Sousa Oliveira

Centro Universitário Maurício De Nassau
-UNINASSAU
<http://lattes.cnpq.br/4655581851955814>

Antônia Danúzia Batista Gomes

Centro Universitário Maurício De Nassau
-UNINASSAU
<http://lattes.cnpq.br/2951414571992456>

Pâmela Campêlo Paiva

Faculdade de Terra Nordeste-FATENE
<http://lattes.cnpq.br/9207522940215619>

Nicolau da Costa

Universidade Federal do Ceará-UFC
<http://orcid.org/0000-0001-9845-7292>

Felipe da Silva Nascimento

Centro Universitário Maurício De Nassau
-UNINASSAU
<http://lattes.cnpq.br/3749988587363318>

Mailza da Conceição Santos

Centro Universitário Maurício De Nassau
-UNINASSAU
<http://lattes.cnpq.br/2400071539790595>

Ana Beatriz Diógenes Cavalcante

Universidade Federal do Ceará-UFC
<http://orcid.org/0000-0002-6660-9164>

Luis Adriano Freitas Oliveira

Universidade de Fortaleza-UNIFOR
<https://orcid.org/0000-0002-8248-1404>

RESUMO: atualmente, a contaminação respiratória tem levantado novos riscos e anseios nos profissionais atuantes nos serviços de saúde, haja vista a emissão de novos patógenos, como o coronavírus. a enfermagem, que lida cotidianamente com todos esses riscos no ato do exercício profissional, é a categoria que mais apresentou ocorrência de acidentes de trabalho. objetivo: investigar através da literatura científica sobre o uso de equipamentos de proteção individual por profissionais de enfermagem perante covid-2019. Realizou-se uma revisão integrativa, com abordagem qualitativa, descritiva e exploratória. o levantamento ocorreu nas bases de dados LILACS, BDEF, MEDLINE, SCIELO e COCHRANE *library*. foram escolhidos trabalhos em português, inglês e espanhol, atemporal, realizados nas enfermarias, arquivos originais completos *on-line*. resultados: foram identificadas quatro categorias, que foram: tipos de epis necessários a prestação de assistência; justificativas dos profissionais para o não uso dos epis; redução de epis para profissionais de saúde; assistência de enfermagem frente a pandemia do covid-19. conclusão: apesar do uso de epis ser obrigatório em outros setores

hospitalares, foi importante verificar como os profissionais atuantes nas enfermarias utilizam estes recursos. com esta pesquisa foi possível identificar que a equipe de enfermagem atuante nas enfermarias utilizava e conhecia apenas precauções padrão para a realização de procedimentos e que, devido à pandemia de covid-19, foi necessário realizar uma reciclagem de todo conhecimento disponível para adaptarem-se à nova realidade.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermarias, Equipamentos de Proteção, Assistência de Enfermagem, Saúde do Trabalhador, COVID-19.

USE OF PERSONAL PROTECTION EQUIPMENT BY NURSING PROFESSIONALS IN PANDEMIA COVID-2019

ABSTRACT: Currently, respiratory contamination has raised new risks and concerns in professionals working in health services, given the emission of new pathogens, such as COVID-19. Nursing, which deals with all these risks on a daily basis in the act of professional practice, is the category that most presented the occurrence of work accidents. Objective: To investigate through the scientific literature on the use of personal protective equipment by nursing professionals before covid-2019. Materials and Methods: An integrative review was carried out, with a qualitative, descriptive and exploratory approach. The survey took place in the LILACS, BDNF, MEDLINE, SciELO and Cochrane Library databases. Timeless works in Portuguese, English and Spanish were chosen, carried out in the wards, complete original files online. Results: Four categories were identified, which were: Types of PPE needed to provide assistance; Professionals' justifications for not using PPE; Reduction of PPE for health professionals; Nursing Assistance in the face of the COVID-19 pandemic. Conclusion: Although the use of PPE is mandatory in other hospital sectors, it was important to verify how the professionals working in the wards use these resources. With this research it was possible to identify that the nursing team working in the wards used and knew only standard precautions for performing procedures and that, due to the COVID-19 pandemic, it was necessary to carry out a recycling of all available knowledge to adapt to the new reality.

KEYWORDS: Wards, Protective Equipment, Nursing Assistance, Workers health, COVID-19.

1 | INTRODUÇÃO

Em 31 de dezembro de 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi notificada pela presença de um vírus na cidade de Wuhan, província de Hubei na China, que estava infectando pessoas com um nível exponencial e levando a óbito. Em 30 de janeiro de 2020, foi declarada Emergência de Saúde Pública Internacional, devido à gravidade e à rápida disseminação da Doença do Coronavírus 19 (COVID-19) pelo mundo. Segundo dados de 1º de abril de 2020, no mundo, havia 827.419 casos confirmados, 40.777 óbitos, 206 países/territórios afetados (WHO, 2020).

A COVID-19 é uma doença recém-descoberta e altamente contagiosa causada pelo Coronavírus com evolução para Síndrome Respiratória Aguda Grave 2 (SARS-CoV-2) (SARALADEVIN, *et al.*, 2020). Os coronavírus (CoV) são patógenos causadores de doenças respiratórias, comuns em infecções em animais. São caracterizados por apresentar ácido

ribonucleico (RNA) de fita simples como material genético. Tais vírus podem atravessar barreiras interespecies, e causar doenças. Desconhece-se atualmente a gênese exata do SARS-CoV-2, especula-se, porém, que possa ser de origem animal (CASCELLA *et al.*, 2020).

Nesta ambiência, a RDC N° 356, de 23 de Março de 2020, determina que em virtude da emergência de saúde pública internacional relacionada ao SARS-CoV-2, os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) necessários para a realização da assistência em serviços de saúde são máscaras cirúrgicas, respiradores particulados (N95, PFF 2 ou equivalentes), óculos de proteção, protetores faciais (face shield), vestimentas hospitalares descartáveis (aventais, capotes), gorros e propés (BRASIL, 2020).

A assistência ao paciente no ambiente hospitalar é complexa e envolve ações rápidas, atenção, raciocínio lógico e tomada de decisão. É nesse cenário da prática multiprofissional que os acidentes de trabalho podem ocorrer, sendo assim, pela forma acelerada de trabalho ou desatenção dos profissionais que estes incidentes podem ocorrer (ANDRADE; MOURA, 2013).

Apesar da contingencial necessidade de leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), devido a gravidade dessa patologia, é nas enfermarias que se encontra o maior número de pacientes. Estima-se que em São Paulo, o estado mais atingido pela doença, haja mais de 8267 pessoas internadas nas enfermarias enquanto que o número de internamentos em UTIs sejam em torno de 5618 (CRUZ, 2020). Este alto fluxo de pacientes graves potencializa assim a ocorrência de acidentes de trabalho nas enfermarias hospitalares.

De acordo com dados da Organização Internacional do Trabalho (OIT), ocorrem anualmente 270 milhões de acidentes de trabalho em todo o mundo. Aproximadamente 2,2 milhões deles resultam em mortes. No Brasil, segundo o relatório, são 1,3 milhão de casos, que têm como principais causas o descumprimento de normas básicas de proteção aos trabalhadores e más condições nos ambientes e processos de trabalho (WAGEL indicator, 2020).

Atualmente, a contaminação respiratória também tem levantado novos riscos e anseios nos profissionais atuantes nos serviços de saúde, haja vista a emissão de novos patógenos com aspectos ainda não elucidados pela ciência, especialmente o COVID-19.

Assim, vale ressaltar que a enfermagem, que lida cotidianamente com todos esses riscos no ato do exercício profissional, é a categoria que mais apresentou ocorrência de acidentes de trabalho, sendo a maior vítima o auxiliar de enfermagem, no momento da administração de medicamentos e o maior objeto as agulhas, transmitindo contato com sangue (LIMA *et al.*, 2016).

Para Barros *et al.*, (2016); Vieira *et al.*, (2017) os fatores que levam os profissionais da enfermagem resistir ao uso dos EPI's são: excesso de confiança; desconforto; estresse; falta de tempo; falta de EPI's em tamanho adequado; autoconfiança; desinteresse; incômodo

para determinados procedimentos; comodismo; segurança e habilidade, entre outros.

A utilização de EPIs ainda é um problema a ser considerado nas unidades de saúde, dado que pesquisas demonstram escassez do emprego dos mesmos pela equipe de enfermagem, que, na maioria das vezes, realiza somente o uso de luvas para realização de procedimentos (VIEIRA *et al.*, 2017).

Neste cenário, questionou-se primariamente: Como está sendo a utilização dos EPIs na prestação da Assistência de Enfermagem durante a pandemia de COVID-19?. Como questões secundárias, identificou-se: Os EPIs estão disponíveis para a equipe de Enfermagem em quantitativo suficiente? Há dificuldades quanto ao uso destes equipamentos?

Assim, a realização desta pesquisa pela necessidade constante de observar as estatísticas sobre a contaminação dos profissionais da enfermagem. O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) identificou que, no Brasil, o impacto da COVID-19 já resultou em mais de 30 óbitos e 4 mil afastamentos, além de mais de 4.800 denúncias pela falta de epis (COFEN, 2020). Considerando a relativa escassez de pesquisas sobre o tema, por se tratar de uma doença nova com alta taxa de contágios e estes agentes ocupacionais tornam-se fatores potenciais para o adoecimento.

Este trabalho é relevante ao expor dados referentes ao uso de EPIs, irá expandir a ótica sobre a problemática, a fim de fortalecer as políticas públicas já empregadas ao exercício seguro da Enfermagem, principalmente sob a manifestação da pandemia de SARS-CoV-2.

O presente estudo objetiva a investigar através das literaturas científicas sobre uso de equipamentos de proteção individual por profissionais de enfermagem perante a pandemia por COVID-2019.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa. Este fora selecionado por se tratar de um método que permite uma compilação de conhecimentos, emprego de estudos experimentais e não experimentais a fim de propiciar um entendimento dos objetivos propostos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Este tipo de pesquisa tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. A grande maioria dessas pesquisas envolve: (a) levantamento bibliográfico; (b) entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; e (c) análise de exemplos que estimulem a compreensão (GIL, 2007).

Para o delineamento desta pesquisa, será adotado o referencial de Mendes, Silveira e Galvão (2008, p. 760), os quais explicitam a necessidade de percorrer seis etapas para compilação de estudos de revisão integrativa, sendo estas: 1) Estabelecimento da questão

problema; 2) Busca na Literatura; 3) Categorização dos estudos; 4) Apresentação da revisão; 5) Interpretação dos resultados; 6) Avaliação dos estudos incluídos na revisão.

Os mesmos autores supracitados ressaltam que, nesta primeira etapa, a escolha de um tema deve basear-se no interesse do revisor e utilizar-se de um problema vivenciado na prática clínica, pois isto torna este processo mais encorajador, factível e dinâmico (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A segunda etapa ou busca na literatura consistiu no acesso a bases de dados, visando à aquisição de trabalhos científicos por meio da seleção após leitura dos títulos, resumos e pesquisas na íntegra. Para a categorização de estudos na terceira etapa, foram categorizados os resultados de acordo com autores, título, ano, periódico e síntese dos resultados.

Na quarta e na quinta etapa, os resultados são dispostos e correlacionados com outras literaturas inclusas e não inclusas na revisão, a fim de fundamentar os dados recolhidos. Por fim, os estudos são avaliados quanto ao peso, validade e qualidade sobre o tema abordado.

No presente trabalho, para a elaboração da questão problema, utilizou-se o método da Estratégia PICO (Problema ou paciente; Intervenção; Comparação ou controle e *Outcomes* ou desfecho), na qual a pergunta problema é aplicada a uma situação prática, devendo ser estruturada nestes quatro elementos, os quais simplificam o processo de pesquisa (SANTOS *et al.*, 2007).

	MESH	DeCS
P (and)	<i>Nursing Care</i>	Assistência de Enfermagem
I (and)	<i>Protective Equipment</i>	Equipamentos de Proteção
C (and)	<i>Wards</i>	Enfermarias
O	<i>Worker's health</i>	Saúde do Trabalhador

Quadro 1 – Estratégia PICO. Fortaleza/CE, 2019.

Neste contexto, questionou-se: Como está sendo a utilização dos EPIs na prestação da Assistência de Enfermagem durante a pandemia de COVID-19?

O levantamento literário ocorreu através de publicações indexadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), por meio da exploração das bases de dados Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO) bem como na *Cochrane Library*.

Os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) empregados foram: “Equipamentos de Proteção”, “Enfermarias”, “Assistência de Enfermagem”, “Saúde do Trabalhador”,

combinados pelo uso do operador booleano “AND”, conforme Quadro 2. A fim de obter resultados ainda mais relevantes para a pesquisa, as autoras acrescentaram o descritor “COVID-19”. Também foram utilizados seus correspondentes em inglês contidos no *Medical Subject Headings (MeSH)*: “*Protective Equipment*”, “*Wards*”, “*Nursing Care*”, “*Occupational Health*” e “*COVID-19*”.

Assistência de Enfermagem AND Equipamentos de Proteção
Assistência de Enfermagem AND Enfermarias
Assistência de Enfermagem AND COVID-19
Assistência de Enfermagem AND Saúde do Trabalhador

Quadro 2 – Correlação dos Descritores.

Fonte: elaboração própria das autoras, Fortaleza (CE), 2020.

Para delimitar os achados, foram utilizados trabalhos em idioma português, inglês e espanhol, atemporal, realizados nas enfermarias, arquivos originais completos disponíveis para acesso na íntegra *on-line*. Foram excluídas da amostra publicações duplicadas, em outros idiomas, repetidas entre as bases, incompletas, artigos de revisão, monografias com profissionais que não sejam da área da enfermagem e os que não se encaixarem nos critérios de inclusão.

Após inserção das palavras-chave nas bases de dados e consecutiva aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, os trabalhos encontrados foram submetidos à leitura dos títulos, posterior leitura dos resumos para averiguação da complacência com a temática, que culmina em uma leitura exploratória e seletiva dos artigos, a fim de identificar a amostra final do trabalho. As informações dos artigos da amostragem foram registradas em instrumento específico contendo base, título, autores, periódico, ano de publicação e resultados. A escolha das informações que compilarão o instrumento foi pautada em responder a questão norteadora desta pesquisa.

A seleção foi realizada por duas pesquisadoras, de forma independente e simultânea, conforme cronograma pré-estabelecido no projeto, a fim de garantir a completude da pesquisa no período previsto.

Após leitura minuciosa das pesquisas selecionadas, houve consequente categorização dos resultados, visando atingir os objetivos da pesquisa. Por ser um estudo do tipo revisão, que se apropria de artigos já publicados para a realização do mesmo, o presente trabalho não necessitou ser submetido ao Comitê de Ética, contudo, as autoras garantem o respeito às legislações disponíveis sobre direitos autorais entre outros aspectos relativos a esse tipo de pesquisa. Este trabalho compromete-se em seguir as normas que regem a referência de obras científicas, conforme os critérios estabelecidos pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

3 I RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por meio da metodologia supramencionada, foram identificados 2482 artigos (Quadro 3) com a inserção dos descritores cruzados nas bases. Foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão, restando assim 1035 publicações indexadas nas bases. Destes, foram selecionados 52 estudos para leitura na íntegra após leitura flutuante, dos quais 44 foram avaliados para elegibilidade. Por fim, foi obtida a amostra final, totalizando 07 artigos (Figura 1).

	LILACS	BDEF	MEDLINE	SCIELO	COCHRANE
Assistência de Enfermagem AND Equipamentos de Proteção	34	32	172	4	158
Assistência de Enfermagem AND Enfermarias	18	19	37	0	368
Assistência de Enfermagem AND COVID-19	7	9	56	0	3
Assistência de Enfermagem AND Saúde do Trabalhador	143	133	551	72	426

Quadro 3 – Busca dos artigos nas bases de dados.

Fonte: elaboração própria das autoras, Fortaleza (CE), 2020.

Por meio da seleção dos artigos, verificou-se que a maioria (n=3) pertencia ao ano de 2020, o que pode significar um aumento do interesse sobre os EPIs de forma recente e exponencial. O ano de 2018 foi representado por duas publicações, enquanto que 2019 e 2017 expuseram duas publicações relevantes.

É interessante a indexação de pesquisas sobre o tema em diversas revistas nacionais e internacionais, sendo que nenhuma apresentou mais de uma publicação. A base de dados MEDLINE retratou três publicações, enquanto que a LILACS e BDEF dois artigos cada. A SCIELO não expressou nenhum artigo relevante que atendesse aos critérios de elegibilidade desta pesquisa.

A enfermagem tem como característica sua formação generalista. Deve exercer o cuidado a todo cliente, de forma holística e individualizada, sem negligenciar sua autoproteção. Para tanto, deve associar seus conhecimentos teóricos à prática, adotando estratégias para realizar uma assistência segura, com uso dos equipamentos de proteção (SPINDOLA *et al.*, 2018).

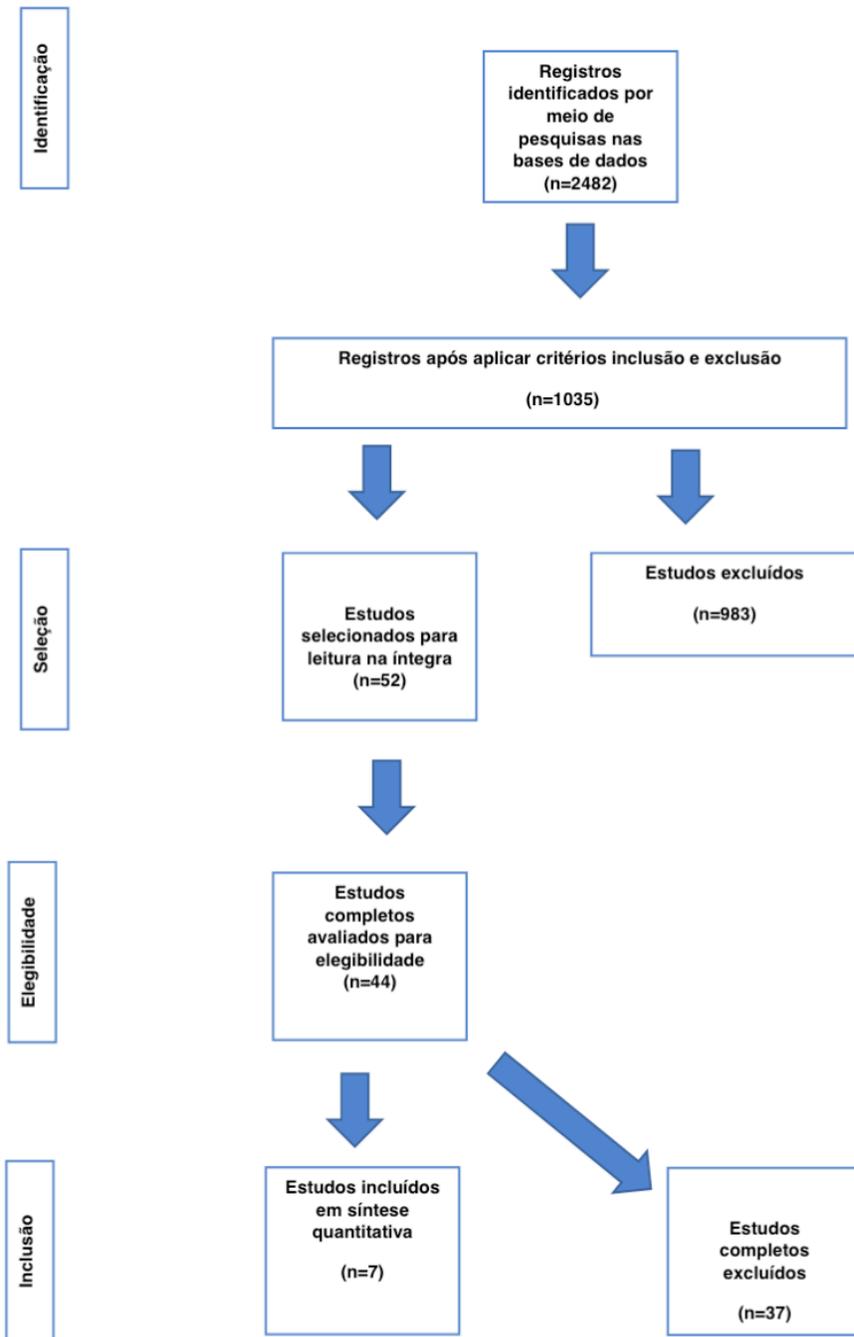


Figura 1 – Fluxograma adaptado do método PRISMA (2009). Adaptação das autoras, Fortaleza (CE)2020.

BASE	TÍTULO	AUTORES	PERIÓDICO	ANO	SÍNTESE DOS RESULTADOS
BDEFN	Conhecimento da equipe de enfermagem perante os principais tipos de infecções hospitalares.	BATISTA, J. R. et al.,	Revista de Enfermagem da UFPE <i>on line</i>	2017	No geral, 72,5% dos profissionais utilizam os equipamentos de proteção adequadamente e 27,5% não.
BDEFN	A autoproteção contra o HIV para profissionais de enfermagem: estudo de representações sociais.	SPINDOLA, T.; <i>et al.</i>	Revista de Enfermagem da UERJ	2018	Nas descrições, nota-se que o EPI e EPC são formas de autoproteção reconhecidas na prática laboral. O conhecimento e o medo estão associados ao emprego da autoproteção pelos profissionais de enfermagem na vida profissional e pessoal.
MEDLINE	Working experiences of nurses during the Middle East respiratory syndrome outbreak.	KANG, H. S.; SON, Y. D.; CHAE, S.; CORTE, C.	International Journal Nursing Practice	2018	Os profissionais tiveram boa aderência aos EPIs apesar do desconforto, mudança frequente de protocolos e escassez, pois se sentiam protegidos.
MEDLINE	Personal Protective Equipment: Protecting the Eyes.	MCGOLDRICK, MARY.	Home Healthcare Now	2019	Os dados mais recentes mostram que 48% dos incidentes de exposição foram incidentes de exposição ocular (conjuntiva), com apenas 3% dos profissionais de saúde usando proteção ocular no momento do incidente de exposição. Há menor adesão às práticas de controle de infecção envolvendo óculos ou proteção ocular quando expostos a líquidos corporais (69,6%) e uso de máscara facial descartável sempre que possibilidade de respingos (81,9%)
MEDLINE	Reflexiones derivadas de la pandemia COVID-19.	RAURELL-TORREDÀ, M.; <i>et al.</i>	Enfermería Intensiva	2020	Os profissionais informam a falta de equipamento de proteção individual (EPI). Não há tempo suficiente para colocação dos EPIs.
LILACS	Condições de trabalho e o impacto na saúde dos profissionais de enfermagem frente ao Covid-19.	MIRANDA, F. M. D.; <i>et al.</i>	Cogitare Enfermagem	2020	Os Profissionais de Enfermagem vivenciam um dilema ético e moral: assistir os pacientes sem a utilização dos EPI adequados devido à escassez destes
LILACS	Desafios da enfermagem frente ao enfrentamento da pandemia da Covid19.	OLIVEIRA, A. C.	Revista Mineira de Enfermagem	2020	A segurança e a proteção ocupacional do profissional nem sempre têm sido alcançadas de forma suficiente. Muitos relatos de profissionais sem ter o equipamento de proteção individual (EPI) adequado e/ou disponível em quantitativo suficiente ou sem ter a garantia da efetividade de seus EPIs

Quadro 1 – Caracterização e dos estudos utilizados na revisão integrativa. fortaleza– Ceará. 2020

Fonte: Autoras (2020)

Em relação aos anos de publicações dos estudos, nota-se que o ano de 2020 teve maior publicação com 03 artigos (53, %), seguido do ano de 2018 com 02 artigos cada (29, %), e o ano 2017 e 2019 ambos com 01 artigo (18%). Em relação aos periódicos, percebe-se que não houve a predominância; todos os artigos foram publicados em diferentes revistas.

Diante das leituras de todos os artigos analisados, foi possível observar que os pesquisadores abordaram quatro (4) categorias, conforme mostra o fluxograma abaixo:



Figura 01: Fluxograma da distribuição das categorias da revisão integrativa fortaleza-Ce2020

3.1 Tipos de EPIs necessários a prestação de assistência

Na prestação dos cuidados, os profissionais de enfermagem realizam práticas inerentes ao seu fazer, independentemente do diagnóstico dos clientes, sendo estes os responsáveis por cuidar das pessoas que necessitam de atenção à saúde, mas precisam zelar, também, pela sua saúde. Esse cuidado, contudo, nem sempre é considerado (SPINDOLA *et al.*, 2018).

Um estudo de revisão de literatura apontou que a resistência à autoproteção por estes profissionais pode estar relacionada à autoconfiança advinda da experiência na execução de atividades rotineiras, tempo de serviço, baixa responsabilização, baixa percepção dos riscos, perda de habilidade ou desconforto ao usar EPIs, aprendizagem e orientação inadequadas no processo de educação em saúde e segurança no trabalho, além de ausência de controle e vigilância pela equipe de saúde ocupacional (DIAS; FIUZZ; OENNING, 2015). Sendo assim, a relevância da insalubridade e periculosidade da enfermagem deve ser explorada.

A atividade destes profissionais inclui o manuseio de equipamentos e medicamentos, além da exposição ciente e inconsciente a patógenos infectocontagiosos. Dessa forma, a autoproteção, deve se fazer presente em todo e qualquer contato com pacientes. Para isso, existem os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), que são formas de autoproteção reconhecidas na prática laboral. O EPI deve ser associado à perícia na execução do procedimento, sendo necessário manter a atenção na ação que está sendo realizada, e priorizar o seu uso independente do diagnóstico do cliente a ser assistido (SPINDOLA *et al.*, 2018).

No cenário de doenças infectocontagiosas, a exemplo do HIV/AIDS e COVID-19, os EPIs são considerados uma das melhores formas de evitar acidentes no exercício laboral, especialmente no que tange à assistência à saúde. Trata-se de uma barreira protetora para o trabalhador e para o paciente. No geral, 72,5% dos profissionais utilizam os equipamentos de proteção adequadamente e 27,5% não (SPINDOLA *et al.*, 2018; BATISTA *et al.*, 2017).

De acordo com Raurell-Torredà *et al* (2020, p. 92), “os EPIs devem incluir: - Luvas e roupas de proteção, Proteção respiratória e Proteção para os olhos e o rosto”. Basicamente, esses equipamentos englobam luvas, avental impermeável de mangas longas, gorros, sapato fechado, propés, máscara cirúrgica, máscara de proteção respiratória (N95), óculos e escudo facial (BRASIL, 2020; KANG *et al.*, 2017; OLIVEIRA, 2020; MCGOLDRICK, 2019; MIRANDA *et al.*, 2020).

Esses produtos, especialmente luvas e máscaras, devem possuir certificação de destino à assistência à saúde fornecida pelos órgãos responsáveis, a fim de prevenir doenças no paciente e contaminação do profissional que o utiliza (KANG *et al.*, 2017; OLIVEIRA, 2020; RAURELL-TORREDÀ *et al.*, 2020).

Para a certificação do EPI é necessário que as suas características de desempenho sejam avaliadas e descritas em relatório de ensaio por um laboratório credenciado junto à Secretaria de Inspeção do Trabalho (Ministério do Trabalho e Emprego), ou emitido pelo Sistema Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (SINMETRO NETO, 2020).

Geralmente, a recomendação é usar EPI descartáveis ou, se não, eles podem ser desinfetados após o uso, seguindo as recomendações do fabricante (RAURELL-TORREDÀ *et al.*, 2020).

3.2 Justificativas dos profissionais para o não uso dos EPIs

Assim vale destacar que o uso individual do EPI é um processo comportamental que envolve vários componentes, dentre eles a percepção dos trabalhadores sobre riscos, facilidade de uso e quão confortável ou desconfortável é usá-lo (THANH *et al.*, 2016).

Um estudo quantitativo e exploratório-descritivo, realizado com técnicos de enfermagem e enfermeiros, identificou que, com relação ao uso correto dos EPIs e fornecimento pela instituição, 20% dos enfermeiros e 30% dos técnicos relataram não fazer

uso corretamente dos equipamentos de proteção (BATISTA *et al.*, 2017).

No percurso de síntese da literatura, tem se observado que muitos profissionais associam a proteção do trabalhador apenas ao uso da luva e não mencionam outros aspectos relevantes, utilizando como justificativa o pouco conhecimento, adotar apenas as precauções padrão por não haver necessidade no setor do uso de outros EPIs (SPINDOLA *et al.*, 2018, P.03).

Corroborando com estudo Formozo; Oliveira,(2009) a firmou que os profissionais estavam cientes do uso de EPIS apenas na iminência do risco de contágio durante o cuidado de enfermagem ao realizarem procedimentos específicos, porém não estavam acostumados ao uso preventivo de tantos equipamentos, destes que nem se quer compunham sua prática cotidiana. Apesar disso, reconhecem que o uso de precaução padrão deve ser utilizado para todos os pacientes independente de sua doença.

O tempo necessário para colocar e retirar o EPI também tem sido relatado como barreiras ao uso destes, ocorrendo que, por vezes, não há tempo necessário para a paramentação, sendo estes utilizados apenas quando critérios sérios de recomendação prevalecem (RAURELL-TORREDÀ *et al.*, 2020).

Outro estudo realizado por Kang, *et al.*, (2017) que a equipe de Enfermagem também menciona desconforto em usar EPI durante todo o dia em serviço. Frente a isso, o tempo de uso de EPI tende a variar de acordo com o trabalho e a gravidade da condição dos pacientes. Muitos relatam queixas principalmente com relação às máscaras, que os levam a dificuldades respiratórias

Ainda os mesmo autores justificam que os padrões de permanecer na sala de isolamento variam de instituição para instituição, em que alguns profissionais permanecem nas salas de isolamento por no máximo 2 horas, outros ficaram na antecâmara (uma sala em frente à sala de isolamento de pressão negativa) e voltaram para a sala de isolamento quando necessário e também hospitais em que a equipe permanece na sala de isolamento por todo o turno, exceto na hora do almoço (KANG *et al.*,2017).

Para Mcgoldrick, (2019). no seu estudo relata que os profissionais utilizam o EPI no paciente ao invés de usá-lo. Também classificam por si mesmos se o procedimento necessita ou não da paramentação, sem consultar referências ou Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) hospitalares.

No entanto com essa nova pandemia uso generalizado de EPIs para além das precauções padrão culminou na exposição do desconhecimento do uso dos mesmos pelos profissionais. A maioria destes afirma que aprenderam a maneira apropriada de utilizá-los por meio de colegas de trabalho, instruções particulares ou em grupo, havendo relatos de que o conhecimento sobre a paramentação e desparamentação proporciona maior sensação de segurança para a execução do processo de trabalho (KANG *et al.*,2017).

Neste sentido, como prevenção de melhores práticas, a estratégia de educar a equipe para adicionar proteção e impedir uma exposição ocupacional a patógenos

infecciosos ainda é de suma importância. Além disso, é necessário instruir os trabalhadores sobre outras medidas para além dos EPIs, tais como não tocar conscientemente o rosto, realizar higiene das mãos e outras medidas de etiqueta de higiene (MCGOLDRICK, 2019).

Estudo realizado na china por Thanh *et al.*, (2016) frisou a importância do treinamento e capacitação dos profissionais são indispensáveis à execução segura da atividade laboral no seu cumprimento diário do dia-a-dia

3.3 Acesso aos EPIs para profissionais de saúde

Devido ao aumento exponencial do uso de equipamentos de proteção individual, houve necessidade de reorganizar o trabalho da equipe de Enfermagem para reduzir os custos e evitar o risco de infecção. Muitos procedimentos foram revisados para ver o grau de exposição e, com base no risco de adaptação, é fornecido o EPI necessário. As atividades são agrupadas o máximo possível e o EPI controlado por um supervisor. Alguns hospitais separam os EPIs por turno de trabalho deixando apenas a quantidade estritamente necessária (RAURELL-TORREDÀ, 2020, P. 50).

Corroborando com estudo de Batista *et al.*, (2017) que identificaram em seu estudo que em relação às instituições hospitalares com 70% dos enfermeiros e 80% dos técnicos relataram receber os equipamentos de proteção, enquanto 30% dos enfermeiros e 20% dos técnicos disseram que não.

De acordo com o Conselho Federal de Enfermagem desde do início da pandemia já recebeu quase 3,6 mil denúncias de falta, escassez, má qualidade e improvisação dos equipamentos de proteção individual, os quais são divulgados pelas mídias, aumentando a preocupação da população e dos servidores de saúde e, principalmente, da enfermagem, dado seu contato contínuo e ininterrupto com os pacientes (OLIVEIRA, 2020; RAURELL-TORREDÀ *et al.*, 2020).

Diante deste cenário atual em que os profissionais de enfermagem estão demonstrando reconhecimento que mesmo com a complexidade adicional de falta de EPI e sobrecarga emocional ao cuidar de pacientes expostos a um alto risco de contágio, em situação francamente difícil e desafiante, conseguem realizar uma assistência honrada e imprescindível (RAURELL-TORREDÀ, 2020).

3.4 Assistência de Enfermagem frente à pandemia do COVID-19

Quando novas doenças infecciosas respiratórias se disseminam, como durante a pandemia do COVID-19, a adesão dos profissionais de saúde às diretrizes de prevenção e controle de infecções se torna ainda mais importante. As medidas incluem o uso de equipamento de proteção individual (EPI), separação de pacientes e rotinas de limpeza mais rigorosas. Essas estratégias podem ser difíceis e demoradas para aderir na prática. As autoridades e os estabelecimentos de saúde, portanto, precisam considerar a melhor forma de apoiar os profissionais de saúde a implementá-los (HOUGHTON *et al.*, 2020).

Entende-se que a enfermagem vivencia um momento ímpar decorrente da pandemia da COVID-19, pela sobrecarga de trabalho, pela especificidade da alta transmissão do vírus e pela manipulação de equipamentos específicos de proteção, sendo esta uma experiência vivenciada tanto pela rede pública quanto privada a nível mundial (MIRANDA *et al.*, 2020).

A maioria relata ter medo de se infectar com o COVID-19 enquanto cuida dos pacientes. Eles tomam precauções usando EPIs e confiam neles. No entanto, eles ainda demonstram preocupação com o fato de o EPI não oferecer proteção absoluta e pelas dúvidas na utilização correta (KANG *et al.*, 2017).

Além disso, a escassez de EPIs, nesse contexto, muitas vezes leva esses profissionais atuantes no enfrentamento da pandemia a prestar assistência pelo bem do paciente, sob acentuado estresse psicológico (OLIVEIRA, 2020).

O momento é tenso, uma realidade desconhecida, uma guerra contra um vírus que avança dia a dia, de forma jamais imaginada. Países acometidos não têm conseguido abastecer os serviços de saúde com insumos e equipamentos de proteção individual para seus profissionais, levando ao seu reuso, a condições inseguras e até a políticas de insegurança ocupacional. Enquanto isso, os casos de infecção só aumentam, a mortalidade continua a ocorrer de forma progressiva. (OLIVEIRA, 2020, p. 2).

Além disso, ainda que providos de paramentação, há o número insuficiente de profissionais e os que estão atuantes, por vezes, são obrigados a manterem-se no “*front*” a fim de preencher as lacunas nos serviços de saúde. Os registros de lesões por pressão devido ao uso continuado por horas a fio das máscaras e falta de tempo também são constantes. Acrescenta-se a isso a falta de treinamento para lidar com pacientes portadores da Covid-19 e também para usar e retirar os equipamentos de proteção individual. O medo que estes profissionais têm de contagiar a família amplia efeitos psicológicos, aumentando sua dor, sofrimento e a sensação de mais responsabilidade (OLIVEIRA, 2020; RAURELL-TORREDÀ *et al.*, 2020).

Desta forma, a alta probabilidade de acidentes de trabalho, o que implica em uma quarentena de aproximadamente duas semanas de duração, sujeita a uma variação que pode ir da convalescência ao óbito destes profissionais. Ressalta-se que devem ser cumpridos períodos de descanso estritamente adequados, em qualquer caso conforme recomendado pela legislação vigente (RAURELL-TORREDÀ *et al.*, 2020).

Um estudo realizado por Oliveira, (2020) redução da força de trabalho em saúde consiste em uma das necessidades mais críticas no mundo. E foi nessa perspectiva que a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu no Dia Mundial da Saúde, em 7 de abril de 2020, a escassez de cerca de quase 6 milhões de profissionais de enfermagem no mundo ().

Corroborando com Raurell-Torredà *et al.*, (2020) que os cuidados com a saúde não tivessem levado a uma diminuição nas equipes de enfermagem, hoje teríamos uma equipe

de complemento otimizada para atender um dos profissionais de primeira linha que devem cumprir a quarentena, respeitar as pausas e diminuir a duração dos turnos.

Neste sentido, espera-se com este estudo chamar a atenção para a criação de um ambiente de trabalho seguro, fornecendo equipamentos de proteção pessoal de melhor qualidade e treinamentos, visando reduzir a contaminação dos trabalhadores da saúde na prestação de cuidados (KANG *et al.*, 2017).

Acredita-se na enfermagem como um elo na corrente multiprofissional em saúde no enfrentamento ao COVID-19, com foco na vida humana, atentando para a saúde do trabalhador e a segurança do paciente. Considerado um momento de se reinventar e reaprender diante de um cenário desafiador ao trabalhador e às instituições, a presença e posicionamento dos conselhos e associações de classe são indispensáveis (MIRANDA *et al.*, 2020).

Assim vale refletir que há necessidade de engajamento dos políticos e gestores das instituições governamentais dependentes dos Ministérios da Saúde e Educação que aprendam com essa experiência para não cometer os mesmos erros: especialidade, aumentar o pessoal das equipes de enfermagem e proteger o sistema público de saúde. Superaremos o coronavírus e, imediatamente depois, continuaremos lutando pelo reconhecimento da profissão de enfermagem (RAURELL-TORREDÀ, 2020).

Dessa forma, envoltos em todo esse apoio, a Enfermagem poderá solidificar os direitos adquiridos neste momento de dificuldades, a fim de garantir que a saúde destes trabalhadores seja finalmente privilegiada.

4 | CONCLUSÃO

A realização desta pesquisa visou identificar as mudanças no cotidiano da prestação da assistência de enfermagem no que diz respeito ao uso de EPIs na iminência e desdobramento da pandemia. O que antes se limitava às precauções-padrão hoje reflete na ciência de que há outros EPIs fundamentais à autoproteção do trabalhador e a necessária reciclagem constante de todo conhecimento disponível para adaptarem-se à nova realidade.

Apesar da paramentação e desparamentação ser rotineira e obrigatória em outros setores hospitalares, como UTIs e Centros Cirúrgicos, foi importante verificar como os profissionais atuam nas unidades clínicas, pois estes fazem parte de uma realidade distinta do restante do hospital.

Se por um lado o uso de novos EPIs trouxe dificuldades respiratórias, dores, lesões por pressão, entre outros problemas a esses trabalhadores, ainda há a interface da escassez desses equipamentos, o que culmina no adoecimento de milhares destes.

Espera-se que esta síntese compilada nesta pesquisa possa contribuir para a elaboração e aperfeiçoamento de novas políticas que visem à Saúde do Trabalhador e à Saúde Mental dos nossos já tão adoecidos profissionais.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA BRASIL. **Acidentes de trabalho, um problema de saúde pública.** 27/07/2018. Disponível em: < <https://cnts.org.br/noticias/acidentes-de-trabalho-um-problema-de-saude-publica/>>. Acesso em: 11/06/2020.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). **Norma Brasileira Regulamentadora 6023:** informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2018. documents/40070/848544/abntnbr6023.pdf/092b145a-7dce-4b97-8514-364793d8877e

BARROS, J. S. O.; RODRIGUES, A. P. R. A.; MIRANDA, L. N.; ARAÚJO, M. A. S. A enfermagem e a resistência ao uso dos equipamentos de proteção individual Ciências Biológicas e da Saúde, v. 3, n. 3, p. 189-200, 2016. recuperado de <https://periodicos.set.edu.br/fitbiossaude/article/view/3444>

BATISTA, J. R.; LEITE, K. N. S.; OLIVEIRA, S. X.; MEDEIROS, R. C.; SOUZA, T. A.; LIMA, M. M. G. Conhecimento da equipe de enfermagem perante os principais tipos de infecções hospitalares. **Revista de Enfermagem da UFPE on line**, v. 11, n.12, p.4946-4952, 2017. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a22317p4946-4952-2017>

BRASIL. Ministério do trabalho e emprego. Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005. **Aprova a Norma Regulamentadora nº 32** (segurança e saúde no trabalho em estabelecimentos de saúde). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), novembro de 2005. <http://www.guiatrabalhista.com.br/legislacao/nr/nr32.htm>

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução - rdc nº 356, de 23 de março de 2020.** Disponível em:<<http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-rdc-n-356-de-23-de-marco-de-2020-249317437>>. Acesso em: 24 de abril de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Hospital Federal de Bonsucesso. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. **Rotina A 2.** RIO DE JANEIRO, 13/04/2010. Disponível em: <http://www.hgb.rj.saude.gov.br/ccih/todo_material_2010/rotina%20a%20-%20medidas%20de%20prevenção%20e%20controle%20das%20infecções%20hospitalares/rotina%20a%202%20-%20epi%202.pdf>. Acesso em: 23/09/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde e Segurança do Trabalhador.** Disponível em: < <https://coronavirus.saude.gov.br/saude-e-seguranca-do-trabalhador-epi>>. Acesso em: 01/06/2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **COVID-19 Orientações sobre a colocação e retirada dos equipamentos de proteção individual (EPIs).** Brasília; COFEN; 2020. 18 p. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1095780>

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS. **Manual de perguntas e respostas frequentes COVID-19.**Belo Horizonte; COREN-MG; 2020. 104 p. <https://www.corenmg.gov.br/wp-content/uploads/2020/05/Manual-de-Perguntas-e-Respostas-Frequentes-Covid-19-versao-10-04.05.2020.pdf>

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Brasil tem 30 mortes na Enfermagem por COVID-19 e 4 mil profissionais afastados.** Disponível em: < http://www.cofen.gov.br/brasil-tem-30-mortes-na-enfermagem-por-covid-19-e-4-mil-profissionais-afastados_79198.html>. Acesso em: 25/04/2020.

CRUZ, E. P. **Taxa de ocupação das UTIs está em torno de 64,3% no Estado.** (07/07/2020). Disponível em: < <https://agenciabrasil.etc.com.br/saude/noticia/2020-07/estado-de-sao-paulo-registra-mais-de-332-mil-casos-de-covid-19>>. Acesso em: 07/07/2020.

CUNHA, J. D. S.; Gomes, R. N. S. Riscos de acidentes com materiais perfurocortantes em profissionais de enfermagem: revisão integrativa. **REONFACEMA**, v.3, n.2, p.499-505, 2017. <http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/195>

DIAS, C. C. B.; FIUZA, E. N. S.; OENNING, N. S. X. **Adesão ao uso dos epis pela equipe de Enfermagem no ambiente hospitalar**: causas da resistência. Repositório Institucional- Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, 2015. Disponível em: < <http://www7.bahiana.edu.br/jspui/bitstream/bahiana/753/1/tcc%20bahiana%20carla%20edvania.pdf>>. Acesso em: 11/06/2020.

ERCOLE, F. F.; MELO, L. S.; ALCOFORADO, C. L. G. C. Revisão Integrativa versus Revisão Sistemática. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n.1, p. 1-260, 2014. doi.org/10.5935/1415-2762.20140001

FORMOZO, G. A.; Oliveira, D. C. Auto-proteção do profissional e cuidado de Enfermagem ao paciente soropositivo ao HIV: duas facetas de uma representação. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 392-398, 2009. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000400007>

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. 1. ed. Porto alegre: editora da ufrs, 2009.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

HOUGHTON, C.; *et al.* Barreiras e facilitadores à adesão dos profissionais de saúde às diretrizes de prevenção e controle de infecções (IPC) para doenças infecciosas respiratórias: uma rápida síntese qualitativa de evidências. **Banco de Dados Cochrane de Revisões Sistemáticas**. 21 de abril de 2020. Disponível em: < <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013582/epdf/full>>. Acesso em: 31/05/2020.

KANG, H. S.; SON, Y. D.; CHAE, S.; CORTE, C. Working experiences of nurses during the Middle East respiratory syndrome outbreak. **International Journal Nursing Practice**, v. 24, n. 5, 2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7165521/>

LIMA, E. A. G.; ROCHA, I. B.; LIMA, D.; AMENDOLA, F. Revisão integrativa sobre acidente de trabalho com pérfuro cortante em profissionais de Enfermagem. **Revista Saúde**, v.10, n.1-2, 2016. <http://revistas.ung.br/index.php/saude/article/view/1583>

MCGOLDRICK, MARY. Personal Protective Equipment: Protecting the Eyes. **Home Healthcare Now**, v. 37, n.4, p. 234-235, 2019

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVAO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, Dec. 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso>. access on 03 Nov. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>

MICHELE, S.D.N.A.; MOURA, JOSELY PINTO DE. exposição ocupacional de material biológico envolvendo profissionais de saúde da área hospitalar. **Ciência et praxis**, v. 6, n. 12, p. 19-28, 2013.

MIRANDA, F. M. D.; SANTANA, L. L.; PIZZOLATO, A. C.; SAQUIS, L. M. M. Condições de trabalho e o impacto na saúde dos profissionais de enfermagem frente a Covid-19. **Cogitare Enfermagem**, v. 25, 2020. <https://revistas.ufrpr.br/cogitare/article/view/72702/pdf>

MORAES, K. K. O.; *et al.* Exposição da Equipe de Enfermagem aos riscos biológicos em Unidade De Terapia Intensiva: revisão integrativa. **Revista Inova Saúde, Criciúma**, v. 5, n. 2, 2016. DOI:10.18616/is.v5i2.3016Corpus ID: 63117016

NETO, T. **O que é Certificado de Aprovação e qual sua importância?** Disponível em: <<https://onsafety.com.br/o-que-e-o-certificado-de-aprovacao-e-qual-sua-importancia/>>. Acesso em: 01/06/2020.

OLIVEIRA, A. C. Desafios da enfermagem frente ao enfrentamento da pandemia da Covid19. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 24, 2020. <http://www.reme.org.br/exportar-pdf/1448/e1302.pdf>

RAURELL-TORREDÀ, M. Gestión de los equipos de enfermería de UCI durante la pandemia covid-19. **Enfermería Intensiva**, v. 31, n.2, p. 49-51, 2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7213958/>

RAURELL-TORREDÀ, M.; MARTÍNEZ-ESTALELLA, G.; FRADE-MERA, M. J.; RODRÍGUEZ-REY, L. F. C.; PÍO, E. R. S. Reflexiones derivadas de la pandemia COVID-19. **Enfermería Intensiva**, v. 31, n.2, p. 90-93, 2020. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130239920300389?via%3Dihub>

SANTOS, M. Q.; LEITE, J. C. R. A. P. A vulnerabilidade dos profissionais de Enfermagem frente aos riscos biológicos: um estudo em sala de emergência. **Saber Científico**, v. 7, n. 2, p. 1 – 12, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.22614/resc-v7-n2-963>

SANTOS, M. R.; *et al.* **Segurança do paciente crítico em uso de sistema fechado de aspiração: uma revisão integrativa.** 19ª Semana de Pesquisa da Universidade Tiradentes. "Matemática para o desenvolvimento da Ciência" 23 a 27 de outubro de 2017. <https://eventos.set.edu.br/semespq>

SPINDOLA, T.; *et al.* A autoproteção contra o HIV para profissionais de enfermagem: estudo de representações sociais. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, V. 26, 2018. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2018.34277>

SULZBACHER, E.; FONTANA, R. T. Concepções da equipe de Enfermagem sobre a exposição a riscos físicos e químicos no ambiente hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 1, p. 25-30, 2013. <https://www.scielo.br/pdf/reben/v66n1/v66n1a04>

THANH, B. Y. L.; *et al.* Intervenções comportamentais para promover o uso de equipamentos de proteção respiratória pelos trabalhadores. **Banco de Dados Cochrane de Revisões Sistemáticas.** 7 de dezembro de 2016. Disponível em: < <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010157.pub2/information>>. Acesso em: 31/05/2020.

Tribunal superior do trabalho. **O Ceará registrou uma média de 34 acidentes de trabalho por dia em 2018.** Disponível em: <http://www.tst.jus.br/web/trabalhoseguro/programa/-/asset_publisher/0sup/content/ceara-registrou-uma-media-de-34-acidentes-de-trabalho-por-dia-em-2018?inheritredirect=false>. Acesso em: 18/11/2019.

Vieira, B. G. M.; Moraes, L. P.; Ferreira, J. S.; Pereira, e. A. A.; Souza, M, M. T.; Passos, J. P. Causas de acidentes com material biológico no trabalho de Enfermagem. **Revista Pró-universUS**, v.08, n.1, p. 26-30, 2017.

WAGEL INDICATOR. **Acidentes de trabalho: Brasil é o quarto em número de mortes.** Disponível em: <<https://meusalario.uol.com.br/trabalho-decente/acidentes-de-trabalho-brasil-e-o-quarto-em-numero-de-mortes-1>>. Acesso em 18/11/2019.

SOBRE O ORGANIZADOR

LUIS HENRIQUE ALMEIDA CASTRO - Possui graduação em nutrição pela Universidade Federal da Grande Dourados concluída em 2017 com a monografia “*Analysis in vitro and acute toxicity of oil of Pachira aquatica Aublet*”. Ainda em sua graduação, no ano de 2013, entrou para o Grupo de Pesquisa Biologia Aplicada à Saúde sendo um de seus membros mais antigos em atividade realizando projetos de ensino, pesquisa e extensão universitária desde então. Em 2018 entrou no Curso de Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal da Grande Dourados com o projeto de pesquisa: “Avaliação da Toxicidade Reprodutiva Pré-clínica do Óleo da Polpa de Pequi (*Caryocar brasiliense* Camb.)” no qual, após um ano e seis meses de Academia, obteve progressão direta de nível para o Curso de Doutorado considerando seu rendimento acadêmico e mérito científico de suas publicações nacionais e internacionais; além disso, exerce no mesmo Programa o cargo eletivo (2018-2019) de Representante Discente. Em 2019 ingressou também no Curso de Especialização em Nutrição Clínica e Esportiva pela Faculdade Venda Nova do Imigrante. Atua desde 2018 enquanto bolsista de Pós-Graduação pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) desenvolvendo pesquisas em duas principais linhas de atuação: nutrição experimental, na qual desenvolve estudos farmacológicos e ensaios de toxicidade com espécies vegetais de interesse para a população humana; e, nutrição esportiva, no tocante à suplementação alimentar, metabolismo energético, fisiologia do exercício e bioquímica nutricional. Atualmente é revisor científico dos periódicos *Journal of Nutrition and Health Sciences*, *Journal of Human Nutrition and Food Science* e do *Journal of Medicinal Food*. É ainda membro do Corpo Editorial do *Journal of Human Physiology* e membro do Conselho Técnico Científico da própria Atena Editora.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Agente Comunitário de Saúde 137, 138, 141, 143

Ambiente Hospitalar 5, 8, 57, 113, 114, 169, 183, 184

Antineoplásicos 88, 89, 90, 91, 93, 94, 95

Atenção Básica 27, 28, 30, 31, 32, 35, 38, 39, 41, 43, 46, 47, 49, 50, 52, 53, 107, 139, 140, 143, 160, 161, 164

Atenção Médico Domiciliar 42, 43, 50

Atendimento de Urgência 139

Atendimento Domiciliar 50

Avaliação Microbiológica 54, 57

B

Biossegurança 59, 60, 61, 62

C

Capacitação 105, 137, 142, 144, 145, 146, 147, 148, 179

Comunicação 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 22, 36, 46, 66, 93, 105, 107, 130, 131, 144

Comunidade 11, 24, 25, 27, 32, 35, 37, 43, 50, 51, 84, 103, 137, 138, 141, 143, 144, 145, 146, 147, 159, 164

Covid-19 98, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 175, 177, 179, 180, 181, 182, 183, 184

D

Depressão 29, 37, 52, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 128

Doenças Infecciosas 56, 96, 97, 98, 100, 101, 102, 109, 161, 179, 183

E

Educação Física 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72

Emergência 5, 59, 60, 61, 62, 137, 138, 139, 140, 148, 161, 164, 168, 169, 184

Enfermagem 1, 3, 4, 5, 8, 9, 22, 25, 26, 27, 28, 30, 32, 33, 34, 36, 39, 40, 41, 48, 49, 56, 62, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 96, 109, 112, 117, 118, 130, 136, 147, 148, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184

Ensaio Clínico Randomizado 133

Epidemiologia 136

Equipamento de Proteção Individual 175, 179

H

Hospital Escola 10, 11, 12, 13, 16

Hospitalização 47, 96, 97, 101

Hotelaria Hospitalar 111, 112, 113, 114, 117, 118

I

Idoso 17, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 37, 39, 40, 51, 52

J

Judicialização 89, 94, 95

M

Medicina 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 23, 32, 42, 43, 50, 51, 56, 60, 61, 62, 76, 77, 78, 79, 80, 82, 83, 86, 96, 105, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 127, 128, 129, 130, 131, 150, 151, 164, 183

Metodologia 3, 10, 12, 14, 25, 32, 56, 65, 75, 98, 112, 117, 132, 133, 134, 150, 151, 170, 173

N

Neoliberalismo 149, 150, 160, 161

O

Óbito 47, 91, 93, 96, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 125, 127, 168, 180

P

Políticas Públicas 24, 29, 30, 37, 40, 89, 161, 163, 170

Profissional de Saúde 54, 57, 115, 120, 122, 124, 144

S

Saúde Pública 16, 17, 23, 28, 55, 87, 89, 94, 95, 96, 102, 104, 138, 140, 141, 150, 152, 153, 156, 160, 165, 168, 169, 182, 183

Segurança 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 26, 36, 44, 61, 112, 113, 117, 118, 139, 142, 151, 152, 155, 162, 170, 175, 176, 178, 181, 182, 184

Suplementação Proteica 132, 134

Suporte Básico de Vida 137, 138, 141, 142, 145, 146, 147, 148

T

Treinamento de Força 132, 133, 134

U

Universidade 1, 10, 11, 15, 21, 22, 28, 42, 50, 54, 62, 63, 71, 73, 76, 79, 80, 82, 83, 85, 86, 96, 99, 111, 128, 130, 131, 132, 137, 142, 149, 167, 184, 185

V

Viés 132, 133, 134, 135, 136, 152, 154

W

Whey Protein 133, 134

Condições Teórico-Práticas das Ciências da Saúde no Brasil 2



www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 

Atena
Editora

Ano 2020

Condições Teórico-Práticas das Ciências da Saúde no Brasil 2



www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 

Atena
Editora

Ano 2020