

Políticas sociais e de atenção,
promoção e gestão em

enfermagem⁺

Ana Maria Aguiar Frias
(Organizadora)

2⁺



Políticas sociais e de atenção,
promoção e gestão em

enfermagem⁺

Ana Maria Aguiar Frias
(Organizadora)

2



Atena
Editora
Ano 2021

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Assistentes editoriais

Natalia Oliveira

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Natália Sandrini de Azevedo

Camila Alves de Cremo

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

Revisão

Os autores

2021 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2021 Os autores

Copyright da Edição © 2021 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



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 com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da 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

Profª Drª Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa

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. Arnaldo Oliveira Souza Júnior – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Crisóstomo Lima do Nascimento – 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
Prof. Dr. Humberto Costa – Universidade Federal do Paraná
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. José Luis Montesillo-Cedillo – Universidad Autónoma del Estado de México
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
Prof. Dr. Miguel Rodrigues Netto – Universidade do Estado de Mato Grosso
Prof. Dr. Pablo Ricardo de Lima Falcão – Universidade de Pernambuco
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. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Vanessa Ribeiro Simon Cavalcanti – Universidade Católica do Salvador
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
Prof. Dr. Arinaldo Pereira da Silva – Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Profª Drª Carla Cristina Bauermann Brasil – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados
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. Jayme Augusto Peres – Universidade Estadual do Centro-Oeste
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 Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
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 Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
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 Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
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 Federacl 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 da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Profª Drª Ana Grasielle Dionísio Corrêa – Universidade Presbiteriana Mackenzie
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Cleiseano Emanuel da Silva Paniagua – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás
Prof. Dr. Douglas Gonçalves da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Érica de Melo Azevedo – Instituto Federal do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Profª Dra. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Marco Aurélio Kistemann Junior – Universidade Federal de Juiz de Fora
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. Sidney Gonçalo de Lima – Universidade Federal do Piauí
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
Profª Drª Edna Alencar da Silva Rivera – Instituto Federal de São Paulo
Profª Drª Fernanda Tonelli – Instituto Federal de São Paulo,
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

Políticas sociais e de atenção, promoção e gestão em enfermagem 2

Diagramação: Maria Alice Pinheiro
Correção: Flávia Roberta Barão
Indexação: Gabriel Motomu Teshima
Revisão: Os autores
Organizadora: Ana Maria Aguiar Frias

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P769 Políticas sociais e de atenção, promoção e gestão em enfermagem 2 / Organizadora Ana Maria Aguiar Frias. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2021.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5983-393-1

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.931211308>

1. Enfermagem. 2. Saúde. I. Frias, Ana Maria Aguiar (Organizadora). II. Título.

CDD 610.73

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; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, desta forma não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

APRESENTAÇÃO

A coleção “Políticas Sociais e de Atenção, Promoção e Gestão em Enfermagem” apresenta 65 artigos originais e resulta do esforço conjunto de diferentes profissionais de saúde portugueses e brasileiros. Espera-se, que o leitor explore os conteúdos da presente obra, que a mesma possibilite aumentar e aperfeiçoar os conhecimentos sobre as diversas abordagens teóricas e práticas e que contribua para a melhoria da prática da enfermagem e conseqüentemente para o cuidado qualificado à pessoa, seja na prevenção, promoção ou recuperação da saúde.

A obra foi dividida em 3 (três) volumes com diferentes cenários que envolvem o “Cuidar”, desde o profissional, até ao cliente/paciente: o volume 1 aborda assuntos relacionados com a formação em enfermagem, procurando a valorização dos “saber-saber”, “saber-ser”, “saber-estar” e “saber-fazer”, utilizando-os para guiar o processo educativo. Aborda, ainda, a saúde da mulher ao longo do ciclo de vida, desde a gravidez, parto, puerpério e Recém-Nascido, assim como situações de violência; o volume 2 concentra estudos relacionados com a gestão de e em cuidados de saúde, salientando novos instrumentos de gestão e humanização, qualidade de vida e satisfação com os cuidados; o volume 3 trata da prática de enfermagem e enfatiza as questões relacionadas com a saúde mental; a situação pandémica provocada pelo SARS CoV2 e ações de educação contínuas, treino e capacitação das equipas, não esquecendo a segurança da pessoa a cuidar.

Reconhece-se a inestimável colaboração de cada um dos participantes desde autores e coautores, equipa editorial e de tantos outros que participaram no processo de publicação.

Temas científicos diversos e interessantes são, deste modo, analisados e discutidos por pesquisadores, professores e académicos e divulgados pela plataforma Atena Editora de forma segura, atual e de interesse relevante para a sociedade em geral e para a enfermagem em particular.

Ana Maria Aguiar Frias

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA GESTÃO EM SAÚDE: UMA REVISÃO DE LITERATURA


Raynara Laurinda Nascimento Nunes
Paloma Gomes de Araújo Magalhães
Jannayne Lúcia Câmara Dias
Ely Carlos Pereira de Jesus
Aline Gomes Silva de Souza
Bruna Renata Duarte Oliveira
Joyce Lemos de Souza Botelho
Ingred Gimenes Cassimiro de Freitas
Solange Macedo Santos
Thamara Lacerda Campos
Leandro Felipe Antunes da Silva
Thais Gonçalves Laughton

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9312113081>

CAPÍTULO 2..... 10

ATUAÇÃO DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE ACIDENTES DE TRABALHO NO AMBIENTE HOSPITALAR: REVISÃO INTEGRATIVA


Miralice Medeiros Ferreira
Rosane da Silva Santana
Luana Miranda de Almeida
Ruth Elen de Alcântara Chaves
Angélica Linhares Silva Lima
Jorgiana Moura dos Santos
Francisca Ellen Bantim Sousa Cunha
Adriana de Sousa Brandim
Ana Cristina Ferreira Pereira
Dulcimar Ribeiro de Matos
Ana Kelline da Silva Rodrigues
Leidiane Costa Soares

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9312113082>

CAPÍTULO 3..... 20

GESTÃO DE INFORMAÇÃO E DIMENSIONAMENTO EM ENFERMAGEM: INDICADORES DE UNIDADES DE CUIDADOS DE INTERNAMENTO NUM HOSPITAL CENTRAL PORTUGUÊS

José Manuel Lúcio Chora
Maria Antónia Fernandes Caeiro Chora
Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins
Maria Cecília Moreira Varandas
Amélia Maria Brito Gracias
Cristina Maria Barradas Moreira Duarte Paulino


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9312113083>

CAPÍTULO 4.....37

GERENCIAMENTO EM ENFERMAGEM: PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS DE UM HOSPITAL PÚBLICO

Ivo Ferreira de Santana

Joélio Pereira da Silva


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9312113084>

CAPÍTULO 5.....49

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE COMO INSTRUMENTOS DE HUMANIZAÇÃO NA GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE

Luiza Costa Tanure

Glaubert Gomes de Souza


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9312113085>

CAPÍTULO 6.....61

INSTRUMENTO DE GESTÃO PARA O ENFERMEIRO: PERFIL DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES NO PERÍODO DE 2018 A 2020 DO ESTADO DE SANTA CATARINA

Bruna Aparecida Costa Moreira

Sarah Cristina Chiesa Massoco

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9312113086>

CAPÍTULO 7.....67

PERCEPÇÃO DE GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE SOBRE A FORMAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Beatriz Santana Caçador

Ana Cristina Fontes de Souza

Carolina da Silva Caram

Lílian Cristina Rezende

Maria José Menezes Brito

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9312113087>

CAPÍTULO 8.....79

A JUDICIALIZAÇÃO NA SAÚDE PÚBLICA E SUAS IMPLICAÇÕES PARA O TRABALHO DE ENFERMAGEM: UM ESTUDO DE CASO

Eloá Carneiro Carvalho

Helena Maria Scherlowski Leal David

Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza

Samira Silva Santos Soares

Thereza Christina Mó y Mó Loureiro Varella

Karla Biancha Silva de Andrade

Sandra Regina Maciqueira Pereira


Ellen Márcia Peres

Helena Ferraz Gomes

Bruna Maiara Ferreira Barreto Pires

Antonio Marcos Tosoli Gomes


Patrícia Lima Pereira Peres

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9312113088>

CAPÍTULO 9..... 93

A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO E ADESÃO AO LEAN HEALTHCARE


Verusk Arruda Mimura
Cinthia dos Santos Alves Rocha
Natália de Castro Nascimento
Luccas Lolatto Said

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9312113089>

CAPÍTULO 10..... 112

QUALIDADE DE VIDA DO ENFERMEIRO QUE ATUA NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA


Jassia Kaline Silva Oliveira
Francisco Italo Ferreira da Silva
Maria Nauside Pessoa da Silva
Layane Teresa Ferreira de Sousa
Natalia Sales Sampaio
Bianca Sousa Vieira Alves
Germano Soares Martins
Ketilene da Silva Oliveira
Luciene Oliveira Silva
Cinthia Thaise de Oliveira Costa
Jullymária Glenda Soares Alencar
Railany de Sousa da Conceição

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.93121130810>

CAPÍTULO 11..... 123

AVALIAÇÃO DO GRAU DE SATISFAÇÃO DO DOENTE SUBMETIDO A CIRURGIA CARDÍACA: A INFLUÊNCIA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM


Ana Maria Aguiar Frias
Nuno Miguel de Paiva Frias
Cristina Alexandra Vieira Caramelo Frias
André Miguel Paiva Frias

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.93121130811>

CAPÍTULO 12..... 136

COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL NO CENTRO CIRÚRGICO: CONTRIBUIÇÃO PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE


Ariane Leite Pereira
Nayara Kelly Felix Ferreira
Jaqueline Maria da Silva
Edna Andrade dos Santos
Samyris Palloma da Silva Domingos
Marina Cordeiro da Silva
Etiene de Lima Godoy
Juliana Ismênia Barbosa de Freitas
Naiana dos Anjos Santos
Paloma Micaely da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.93121130812>

CAPÍTULO 13..... 141

BOAS PRÁTICAS PARA SEGURANÇA MEDICAMENTOSA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA


Flavia Giron Camerini
Luana Ferreira de Almeida
Renata de Oliveira Maciel
Luciana Guimarães Assad
Camilla Garcia de França Gonçalves
Beatriz Albuquerque Machado

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.93121130813>

CAPÍTULO 14..... 150

ESCALA DE RISCO DE QUEDAS EM PACIENTES HOSPITALIZADOS: UM MODELO BRASILEIRO


Isis Marques Severo
Ricardo de Souza Kuchenbecker
Talita Portela Cassola
Leandro Barbosa de Pinho
Amália de Fátima Lucena
Débora Feijó Villas Boas Vieira
Lylia Midori Suzuki
Michele Schmid
Deise Vacario de Quadros
Vanessa Frighetto Bonatto
Miriam de Abreu Almeida

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.93121130814>

CAPÍTULO 15..... 167

AS CONTRIBUIÇÕES DO VES-13 NA IDENTIFICAÇÃO DO IDOSO VULNERÁVEL

Maria Renita Burg
Miria Elisabete Bairros de Camargo
Fernanda Stassen dos Santos


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.93121130815>

CAPÍTULO 16..... 181

HOTELARIA HOSPITALAR: RELEVÂNCIA DESSE SERVIÇO PARA O USUÁRIO DO SUS

Wilma Lemos Privado
Sérgio Alcântara Alves Poty
Agrimara Naria Santos Cavalcante
Lorena Stephany Lopes Fernandes
Flavio Eduardo Pereira Lima
Kassya Fernanda Freire
Nalma Alexandra Rocha de Carvalho
Roama Paulo Ulisses Vaz da Costa
Polyana Coutinho Bento Pereira


Daniel Campelo Rodrigues

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.93121130816>

CAPÍTULO 17..... 191

DIFICULDADES ENFRENTADAS POR ENFERMEIROS DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA


Denise Sabrina Nunes da Silva
Rosane da Silva Santana
Wesley Brandolee Bezerra Fernandes
Danielly Matos Veras
Iasmin Resende
Francisco Alex do Nascimento da Silva
Paula Cruz Fernandes de Sousa
Laurice da Silva Nascimento
Francisco Itálo Ferreira da Silva
Adalberto Fortes Rodrigues Júnior
Ravena de Sousa Alencar Ferreira
Gabriela Oliveira Parentes da Costa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.93121130817>

CAPÍTULO 18..... 200

PERFIL DOS ATENDIMENTOS DE UM SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA-SAMU/192: SOB A ÓTICA DOCUMENTAL


Amanda Domingos Ferreira
Juliano de Souza Caliari
Marilene Elvira de Faria Oliveira
Wallan de Oliveira Lopes Silva
Wilson Goulart Estêvão

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.93121130818>

CAPÍTULO 19..... 209

LESÕES POR ESFORÇO REPETITIVO EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NO AMBIENTE HOSPITALAR

Maria da Silva Brandão
Francisca Vania Araújo da Silva
Grazyella da Paz Santos Giannini
Sandra Helena Ferreira do Nascimento Oliveira
Cristiane Maria da Conceição
Kassia Rejane dos Santos
Karla Andréa Ribeiro da Silva
Maria do Socorro Fontenele Brandão
Maria Almira Bulcão Loureiro
Silvana do Espírito Santo de Castro Mendes
Adriana de Sousa Brandim
Ana Cristina Ferreira Pereira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.93121130819>

CAPÍTULO 20.....	219
CAPITAL SOCIAL, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTOS SAUDÁVEIS: UMA EXPERIÊNCIA VIVENCIADA COM TRABALHADORAS RURAIS	
Hildegard Hedwig Pohl	
Patrik Nepomuceno	
Carine Muniz dos Santos	
Marcelo Henrique Glänzel	
Polliana Radtke dos Santos	
Cassiano Severgnini	
Miriam Beatrís Reckziegel	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.93121130820	
CAPÍTULO 21.....	227
RISCO DE INFECÇÃO EM PESSOAS COM DOENÇA RENAL CRÓNICA SUBMETIDOS A HEMODIÁLISE: ESTUDO DE CASO	
Dora Canelas Folgado	
Filipa Dias	
Joana Ramalinho	
Luís Manuel Mota Sousa	
Isabel Bico	
Maria do Céu Marques	
Ana Maria Aguiar Frias	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.93121130821	
CAPÍTULO 22.....	243
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PACIENTE GESTANTE COM DIAGNÓSTICO DE CARDIOPATIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	
Andressa Maria Laurindo Souza	
Herla Maria Furtado Jorge	
Ravena de Sousa Alencar Ferreira	
Nataline de Oliveira Rocha	
Viviany de Sousa Araújo	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.93121130822	
SOBRE A ORGANIZADORA.....	252
ÍNDICE REMISSIVO.....	253

CAPÍTULO 1

A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA GESTÃO EM SAÚDE: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Data de aceite: 01/08/2021

Data de submissão: 30/04/2021

Raynara Laurinda Nascimento Nunes

Discente da Faculdade de saúde Ibituruna -
Fasi
Montes Claros - MG
ORCID: 0000-0001-9418-926X

Paloma Gomes de Araújo Magalhães

Discente das Faculdades Unidas do Norte de
Minas Gerais - Funorte
Montes Claros - MG
ORCID: 0000-0002-3280-4236

Jannayne Lúcia Câmara Dias

Docente das Faculdades Unidas do Norte de
Minas Gerais - Funorte
Montes Claros - MG
ORCID: 0000-0002-1987-3413

Ely Carlos Pereira de Jesus

Docente das Faculdades Unidas do Norte de
Minas Gerais - Funorte
Montes Claros - MG
ORCID: 0000-0003-2071-6287

Aline Gomes Silva de Souza

Discente das Faculdade de saúde Ibituruna -
Fasi
Montes Claros - MG
ORCID: 0000-0002-8943-626X

Bruna Renata Duarte Oliveira

Discente das Faculdade de saúde Ibituruna -
Fasi
Montes Claros - MG
ORCID:0000-0003-0720-309X

Joyce Lemos de Souza Botelho

Egressa da Faculdade Santo Agostinho - Fasa
Queimados - RJ
ORCID: 0000-0002-2284-9844

Ingred Gimenes Cassimiro de Freitas

Docente da Faculdade Santo Agostinho - Fasa
Montes Claros - MG
ORCID: 0000-0001-8325-0985

Solange Macedo Santos

Egressa da Faculdade Santo Agostinho - Fasa
Montes Claros - MG
ORCID:0000-00021956-44880

Thamara Lacerda Campos

Discente das Faculdades Prominas
Montes Claros - MG
ORCID:0000-0003-3752-5823

Leandro Felipe Antunes da Silva

Discente das Faculdades Unidas do Norte de
Minas Gerais - Funorte
Japonvar - MG
ORCID:0000-0003-2195-6709

Thais Gonçalves Laughton

Discente das Faculdades Unidas do Norte de
Minas Gerais - Funorte
Montes Claros - MG
ORCID:0000-0001-9060-2870

RESUMO: Objetivo: Analisar a importância da atuação do enfermeiro na gestão em saúde.

Métodos: Trata-se de uma revisão integrativa de literatura. A coleta de dados foi realizada no período de Maio a Julho de 2020 e a coleta de dados ocorreu através da busca nas bases de

dados *Biblioteca científica eletrônica online* (SciELO) , *Literatura latina-americana e do caribe em ciência da saúde* (Lilacs). **Resultados:** Realizada a busca de 34 artigos que abordassem o tema proposto nos anos de 2016 a 2019, sendo excluídos 27 artigos, devido a fuga do tema proposto. Finalizando com 7 artigos potencialmente elegíveis para a discussão. **Discussão:** Os enfermeiros promovem o trabalho em equipe, oferecem liberdade na comunicação com a equipe, capacidade estratégica de análise e uma preparação desde a graduação para atuar como um gestor e desenvolver uma ótica de organização e resolução de erros e conflitos. **Conclusão:** Como integrante da equipe o enfermeiro possui um olhar diferenciado, além de estratégias trabalhadas ainda na graduação. Perante isso, no decorrer da evolução do exercício do papel do gestor, é possível compreender que sua atuação requer atributos que através da pesquisa, a enfermagem desenvolve cada vez mais.

PALAVRAS - CHAVE: Enfermeiros. Liderança. Gestão em saúde.

THE IMPORTANCE OF THE ROLE OF NURSES IN HEALTH MANAGEMENT: A LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: Objective: To analyze the importance of the role of nurses in health management. **Methods:** This is an integrative literature review. Data collection was carried out from May to July 2020 and data collection occurred by searching the *online electronic scientific library* (SciELO), *Latin American and Caribbean literature on health science* (Lilacs) databases. **Results:** A search was made for 34 articles that addressed the proposed theme in the years 2016 to 2019, with 27 articles being excluded due to the flight from the proposed theme. Concluding with 7 articles eligible for discussion. **Discussion:** Nurses promote teamwork, provide freedom in communication with the team, strategic analytical skills and preparation since graduation to act as a manager and develop an organizational perspective and resolve errors and conflicts. **Conclusion:** As a member of the team, the nurse has a different perspective, in addition to working during graduation. In view of this, in the course of the evolution of the manager's role, it is possible to understand that his practice requires the attributes that, through research, nursing develops more and more.

KEYWORDS: Nurses. Leadership. Health management.

INTRODUÇÃO

Em 1860, Florence Nightingale já destacava a importância do enfermeiro no gerenciamento das ações de enfermagem ao categorizar os profissionais em Nurses e Lady-Nurses, diferenciando os deveres (COSTA et al., 2009). As Nurses eram as responsáveis pela execução de tarefas manuais e as Lady-Nurses pelo ensino e supervisão do trabalho (SOUZA et al., 2006).

A partir da compreensão que gestão e gerência são sinônimos, e o seu significado envolve a ação, o pensar e a decisão, leva a compreendê-las como uma estratégia de obter resultados que podem ser pré-definidos (MORORÓ et al., 2017). Desse modo, podem ser tratadas como algo tanto científico quanto racional, do qual se procedem questões analíticas relações de causa e efeito. Ainda que, compreendida como algo passível de imprevisibilidades e de interações humanas, o que lhes confere uma dimensão intuitiva,

emocional e espontânea (MOTTA, 2004).

No âmbito da enfermagem, a gestão ou gerenciamento do cuidado é executada sobre a articulação entre as dimensões gerencial e assistencial no processo de gestão enfermeiro (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009). Quando o profissional atua na gerência, ele desenvolve ações voltadas para organização do trabalho e de recursos humanos cujo com intuito de viabilizar as condições adequadas para a oferta do cuidado ao paciente, bem como a atuação da equipe de enfermagem (SANTOS et al., 2013). Já a dimensão assistencial, define as necessidades do cuidado de saúde com a finalidade de atendê-las de forma integral definida como foco principal de intervenção do enfermeiro (DINORAH et al., 2017).

A formação do enfermeiro é um estudo de grande relevância na atualidade e isso se deve às modificações socioeconômicas que surgiram através da globalização. Destaca-se que, pelo crescente avanço tecnológico, científico e industrial está associado à facilidade do acesso das informações e à comunicação (GORENDER, 1997). Dessa forma a dinâmica das organizações de saúde está em mudança contínua, adaptando-se a cada novo modelo de assistência que se vincula às características e aos comportamentos de cada sociedade (KAROLINA et al., 2017).

Para Mororó (2015), quando o enfermeiro se encontra em exercício no âmbito gerencial, na maioria das vezes, é permeado por alguns conflitos devido ao fato dele ainda desenvolver atividades administrativas pouco vinculadas ao âmbito assistencial.

Entende-se que, uma rede de gestão e gerência estruturou-se, aumentando as disponibilidades para o exercício laboral não só na área assistencial, mas em cargos administrativos e gerenciais (CHAVES; TANAKA, 2012). Nota-se que o gerenciamento já é parte do processo de trabalho da Enfermagem por anos, visto que os enfermeiros tentam conciliar o modelo administrativo ao seu cotidiano, cujo papel principal consiste no cuidar do paciente (FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2018). Acrescenta-se que o gerenciamento do cuidar é complexo e exige uma visão de administração do macroambiente e microambiente de trabalho onde esses assuntos se relacionam, possibilitando o cuidado direto e indireto ao paciente (GABRIELLA et al., 2016).

Dessa forma, conceituam os termos gestão e gerência, como as funções de gestão em saúde que representam o aprendizado aplicado no manejo das organizações em seu âmbito geral, na capacidade de gerenciar um sistema maior, onde estão inseridos aspectos gerenciais que consideram os diagnósticos situacionais, locais de redes, esferas públicas, hospitais, laboratórios, clínicas e demais instituições e serviços de saúde (LORENZETTI et al., 2014). Assim, induzem os profissionais a planejar, prevenir, prover e controlar os recursos materiais e humanos para o bom funcionamento do serviço; além disso, desenvolvem a gerência do cuidado com habilidades cognitiva, analítica, comportamental e de ação (KAROLINA et al., 2017).

No Brasil, a atuação do enfermeiro é regulamentada pela Lei nº 7.498, de 25 de

junho de 1986 que no Art. 11º cita as ações privativas do enfermeiro gestor: a direção e chefia dos órgãos de enfermagem nas instituições públicas ou privadas; a organização das atividades técnicas e auxiliares; e o planejamento, coordenação, execução e avaliação dos serviços prestados pela enfermagem, entre outros (JORGE et al., 2007).

Pelo fato das especialidades da lei acima serem privativas do enfermeiro, é possível evidenciar que nos serviços hospitalares a prática gerencial necessita de organização, planejamento, conhecimentos e competência para coordenar, o que pode dificultar o desempenho mais efetivo de tais profissionais como agentes responsáveis pelo gerenciamento e desenvolvimento da sua equipe e da assistência direta ao paciente (SANTOS, 2010). Assim, o objetivo deste estudo é identificar a importância da atuação do enfermeiro na gestão de saúde.

MÉTODOS

Trata-se de uma de revisão da literatura, elaborada de acordo com as seguintes 8 etapas: 1) pergunta norteadora 2) objetivos 3) critério de inclusão e exclusão 4) seleção das bases de dados 5) seleção dos artigos 6) resultado 7) discussão 8) conclusão. Teve como questão norteadora: “Qual a importância de um enfermeiro na gestão em saúde?”. A busca dos artigos aconteceu no primeiro semestre de 2020. Foi utilizado o operador Booleano AND combinados com os descritores: “enfermeiros AND liderança AND gestão em saúde”. As bases de dados utilizadas para este estudo foi: *Biblioteca científica eletrônica online* (SciELO) , *Literatura latina-americana e do caribe em ciência da saúde* (Lilacs). Os critérios de inclusão foram artigo completo na íntegra, publicado nos idiomas português e inglês e publicado nos anos de 2016 a 2019.

RESULTADOS

Realizada a busca obteve-se 34 artigos que abordassem o tema proposto nos anos de 2016 a 2019, sendo excluídos 27 de acordo com critérios de exclusão, sendo eles artigos fora do tema proposto. Finalizando com 7 artigos potencialmente elegíveis para a discussão. Para coleta dos dados foi elaborado uma tabela contendo as seguintes informações: nome do artigo, nomes dos autores, objetivo, materiais, resultados e considerações finais, os dados foram analisados e discutidos de acordo com objetivos deste estudo.

DISCUSSÃO

Título	Autores	Objetivo	Metodologia	Periódico /Ano
Práticas de liderança em enfermagem hospitalar: uma self de enfermeiros gestores	SILVA, V. L. DOS S. et al	Avaliar a frequência das práticas de liderança executadas pelos enfermeiros gerentes de instituições hospitalares e sua associação às variáveis do perfil socioprofissional.	Estudo transversal, descritivo e correlacional, realizado em quatro hospitais de um município do interior paulista. Utilizou-se de questionário sociodemográfico e do instrumento Leadership Practices Inventory. A coleta e a análise de dados foram fundamentadas em um Modelo de Práticas para Liderança exemplar.	Revista da escola de enfermagem USP/2017
Enfermeiros (as) gestores (as) no Sistema Único de Saúde: perfil e perspectivas com ênfase no Ciclo de Gestão 2017-2020	CARVALHO, A. L. B. DE et al	Analisar o perfil e as percepções dos secretários municipais de saúde sobre as agendas e os desafios para o SUS para o ciclo 2017-2020, com ênfase na participação dos enfermeiros na gestão	Os dados foram coletados por meio de questionário eletrônico aplicado via web, contendo questões fechadas, respondido por gestores municipais, no âmbito da Pesquisa Nacional dos Secretários Municipais de Saúde, um estudo de abrangência nacional, realizado em 26 estados nos anos de 2017 e 2018.	Ciênc. saúde coletiva/2019
Processos desenvolvidos por gestores de enfermagem face ao erro	CORREIA, T. S. P.; MARTINS, M. M. F. P. DA S.; FORTE, E. C. N.	Conhecer as percepções dos enfermeiros gestores e identificar estratégias de gestão face ao erro, analisar as medidas corretivas e preventivas implementadas pelos mesmos.	Estudo qualitativo fundamentado na teoria de James Reason, realizado através de entrevista semiestruturada a 14 enfermeiros gestores de um centro hospitalar da região centro de Portugal, escolhidos por conveniência. Realizada análise de conteúdo com recurso ao software ATLAS.ti.	Revista de Enfermagem Referência/2017
Gestão compartilhada: percepções de profissionais no contexto de Saúde da Família	PENEDO, R. M.; GONÇALO, C. DA S.; QUELUZ, D. DE P.	Conhecer as percepções dos profissionais das equipes de Saúde da Família sobre a temática da gestão compartilhada.	Foi realizado com base nos pressupostos teóricos da pesquisa qualitativa, utilizando o método da Análise de Conteúdo na modalidade temática. O universo de estudo foi constituído de 25 trabalhadores das Unidades de Saúde da Família (USF) com equipes de saúde bucal. Os dados foram obtidos inicialmente por entrevistas semiestruturadas, gravadas em áudio e posteriormente transcritas.	Interface/2019

Sentido do trabalho para enfermeiros gestores	ARAÚJO, D. DE S. et al.	Analisar o sentido do trabalho junto aos enfermeiros gestores em Unidades de Saúde Básica de Fortaleza	Adotou-se a técnica de análise de conteúdo, com a participação de 8 (oito) enfermeiros gestores de equipes de saúde que trabalham em Unidades Básicas de Saúde de Fortaleza. A coleta de dados foi realizada mediante o uso de um roteiro de entrevistas, contendo 7 (sete) questões abertas sobre o sentido do trabalho, envolvendo a dimensão individual, a dimensão organizacional e a dimensão social.	Revista expressão católica/2019
O ensino da gestão em saúde nos cursos de Enfermagem e Medicina	CANTO, I. M.; ALMEIDA, M. J. DE.	Desvelar o conhecimento de coordenadores e discentes de graduação sobre a relevância da temática gestão em saúde na formação em Enfermagem e Medicina. Utilizou-se método exploratório-descritivo, analítico, com abordagem mista.	Realizou-se em três fases: coleta e análise das informações avaliando-se e investigando-se documentalmente os Projetos Pedagógicos de Curso (PPC) e Matrizes Curriculares (MC), buscando-se conteúdos da gestão.	Revista espaço para saúde/2019
O significado da gestão do cuidado para docentes de enfermagem na ótica do pensamento complexo	LUCCA, T. R. S. DE et al	Compreender o significado da gestão do cuidado para docentes de enfermagem na ótica do pensamento complexo.	Pesquisa qualitativa e compreensiva, do tipo estudo de caso, na qual foram realizadas entrevistas individuais com 17 docentes do curso de enfermagem de uma universidade pública no sul do Brasil. Os dados foram submetidos à análise compreensiva à luz do Pensamento Complexo de Edgar Morin	Revista Gaúcha de Enfermagem/2016

Tabela 1 - Descrição completa dos artigos de acordo com seus autores, objetivos, metodologias e ano.

Fonte: Própria (2020).

O enfermeiro ao longo da atuação desenvolve maturidade como gestor e promove o trabalho em equipe, criando um clima de confiança, também partilha o poder e valoriza seus liderados. Apesar do pouco investimento para o aprimoramento, os enfermeiros relatam extrema importância em tratar as pessoas da sua equipe com respeito e dignidade buscando incentivar os demais, sendo assim, é o tipo de líder que estabelece laços fazendo com que as pessoas estejam dispostas a sair da zona de conforto (SILVA *et al.*, 2017).

A gestão compartilhada é uma gestão inovadora, que se opõe ao modelo de gestão vertical, hegemônico nas instituições de saúde, em que a gestão é realizada pelo chefe, sem abertura aos demais membros da equipe. O enfermeiro neste exemplo obteve êxito por dar liberdade de comunicação para equipe, além de estimular os trabalhadores a serem

protagonistas nas ações de saúde, prevê a participação dos usuários nesse contexto (PENEDO *et al.*, 2019).

Uma das ações que permite que o enfermeiro gestor se destaque é a capacidade de desenvolver estratégias em conjunto com sua equipe referente à gestão do risco, para perceber e conhecer sobre análise de situações em face ao erro, identificando as necessidades, desenvolvendo planos de atuação que promovam uma cultura de segurança e notificação do erro (CORREIA *et. et.*, 2017).

As atividades de gestão e assistência complementam todo o serviço de saúde. Quando há uma união entre dois setores como estes há uma identificação do sentido do trabalho mediante ao convívio diário com o ambiente, podendo ainda destacar que o trabalho da enfermagem se volta pela sociedade e por ajudar o outro (ARAÚJO *et.al.*, 2019).

A gestão exige muito de um profissional, necessita de capacidade de tomada de decisões, resolução de conflitos e administração, no entanto, a enfermagem está cada vez mais capacitada para tal. Em diversas faculdades de enfermagem é abordado de forma ampla a gestão em saúde, para preparar os enfermeiros para que saiam com capacidade em liderar desenvolvendo ótica apurada para lidar com uma equipe, um diferencial que por exemplo o curso de medicina ainda não abrange (CANTO; ALMEIDA, 2019).

As atividades gerenciais e assistenciais na prática do enfermeiro, são trabalhadas desde a academia, atualmente é dado a devida importância para a gestão como é dado para a assistência, sendo trabalhado pelos professores buscando desvincular paradigmas e romper conceitos. Os alunos necessitam compreender que a complexidade de um cuidado de qualidade vincula-se a uma boa gestão com uma boa assistência (LUCCA *et al.*, 2016).

CONCLUSÃO

Dessa forma concluiu-se que, a importância do papel do enfermeiro na gestão em saúde, reflete para organização, manutenção e desenvolvimento de melhorias, além do exercício das práticas gerenciadas na atuação mútua, como integrante da equipe o enfermeiro possui um olhar diferenciado, além de estratégias trabalhadas ainda na graduação. Diante isto, no decorrer da evolução do exercício do papel do gestor, é possível compreender que sua atuação requer atributos que através da pesquisa, a enfermagem desenvolve cada vez mais.

REFERÊNCIAS

COSTA, R. et al. O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo. *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 18, n. 4, p. 661–669, dez. 2009.

SOUZA, A. C. C. DE et al. Formação do enfermeiro para o cuidado: reflexões da prática profissional. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 59, n. 6, p. 805–807, dez. 2006.

MORORÓ, D. D. DE S. et al. Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 30, n. 3, p. 323–332, maio 2017.

MOTTA, PAULO ROBERTO. *Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente*. Bvsalud.org, 5a ed. Rio de Janeiro: Record; 2004.

HAUSMANN, M.; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 18, n. 2, p. 258–265, jun. 2009.

SANTOS, J. L. G. DOS et al. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 66, n. 2, p. 257–263, abr. 2013.

DINORAH, D. et al. Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 30, n. 3, p. 323–332, 2017.

GORENDER, J. Globalização, tecnologia e relações de trabalho. *Estudos Avançados*, v. 11, n. 29, p. 311–361, abr. 1997.

KAROLINA, A. et al. A percepção dos enfermeiros em relação ao seu papel gerencial no âmbito hospitalar. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, v. 11, n. 5, p. 2185–2194, 2017.

CHAVES, L. D. P.; TANAKA, O. Y. O enfermeiro e a avaliação na gestão de Sistemas de Saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 46, n. 5, p. 1274–1278, out. 2012.

FERREIRA, S. R. S.; PÉRICO, L. A. D.; DIAS, V. R. F. G. The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 71, n. suppl 1, p. 704–709, 2018.

GABRIELLA et al. REFLEXÃO SOBRE A ENFERMAGEM E O GERENCIAMENTO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE. *Rev. baiana saúde pública*, p. <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2016.v40.n4.a1943>, 2016.

LORENZETTI, J. et al. Health management in Brazil: dialogue with public and private managers. *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 23, n. 2, p. 417–425, jun. 2014.

JORGE, M. S. B. et al. Gerenciamento em Enfermagem: um olhar crítico sobre o conhecimento produzido em periódicos brasileiros (2000-2004). *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 60, n. 1, p. 81–86, fev. 2007.

SANTOS, J. L. G. DOS; LIMA, M. A. D. DA S. A dimensão gerencial do trabalho do enfermeiro em um serviço hospitalar de emergência. *Revista de Enfermagem da UFSM*, v. 1, n. 1, p. 142, 21 jan. 2011.

SILVA, V. L. DOS S. et al. Leadership Practices in Hospital Nursing: A Self of Manager Nurses. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 51, n. 0, 2017.

CARVALHO, A. L. B. DE et al. Enfermeiros (as) gestores (as) no Sistema Único de Saúde: perfil e perspectivas com ênfase no Ciclo de Gestão 2017-2020. Ciência & Saúde Coletiva, v. 25, n. 1, p. 211–222, jan. 2020.

CORREIA, T. S. P.; MARTINS, M. M. F. P. DA S.; FORTE, E. C. N. Processos desenvolvidos por gestores de enfermagem face ao erro. Revista de Enfermagem Referência, v. serIV, n. 12, p. 75–84, 1 mar. 2017.

PENEDO, R. M.; GONÇALO, C. DA S.; QUELUZ, D. DE P. Gestão compartilhada: percepções de profissionais no contexto de Saúde da Família. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 23, 2019.

ARAÚJO, D. DE S. et al. SENTIDO DO TRABALHO: UM ESTUDO COM ENFERMEIROS GESTORES. Revista Expressão Católica, v. 8, n. 1, p. 59, 21 maio 2019.

CANTO, I. M.; ALMEIDA, M. J. DE. O ensino da gestão em saúde nos cursos de Enfermagem e Medicina. Espaço para a Saúde - Revista de Saúde Pública do Paraná, v. 20, n. 1, p. 62–74, 11 jul. 2019.

LUCCA, T. R. S. DE et al. O significado da gestão do cuidado para docentes de enfermagem na ótica do pensamento complexo. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 37, n. 3, 2016.

CAPÍTULO 2

ATUAÇÃO DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE ACIDENTES DE TRABALHO NO AMBIENTE HOSPITALAR: REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 01/08/2021

Miralice Medeiros Ferreira

Unidades Integradas de Pós-Graduação
(UNIPÓS), Teresina, PI
[https:// orcid.org/0000-0003-4898-2384](https://orcid.org/0000-0003-4898-2384)

Rosane da Silva Santana

Universidade Federal do Ceará – (UFC),
Fortaleza, CE
<https://orcid.org/0000-0002-0601-8223>

Luana Miranda de Almeida

Centro Universitário UniFacid Wyden, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-2541-2330>

Ruth Elen de Alcântara Chaves

Faculdade de Tecnologia e Educação Superior
Profissional, Teresina, PI
<http://lattes.cnpq.br/9475610412213412>

Angélica Linhares Silva Lima

Faculdade de Tecnologia e Educação Superior
Profissional, Teresina, PI
<https://orcid.org/0000-0003-2677-8585>

Jorgiana Moura dos Santos

Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva
(SOBRATI). Brasil
<https://orcid.org/0000-0001-7067-6602>

Francisca Ellen Bantim Sousa Cunha

Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina, PI
<https://Orcid.org/0000-0002-1509-0278>

Adriana de Sousa Brandim

Fundação Municipal de Saúde, Teresina, PI
<https://orcid.org/0000-0003-1486-8903>

Ana Cristina Ferreira Pereira

Instituto de Medicina Integral Fernando
Figueira, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-8429-5496>

Dulcimar Ribeiro de Matos

Centro Universitário Maurício de Nassau,
Teresina, PI
<http://lattes.cnpq.br/5075816145114439>

Ana Kelline da Silva Rodrigues

Centro Universitário Santo Agostinho (Unifsa) ,
Teresina, PI
<http://lattes.cnpq.br/1440299148267999>

Leidiane Costa Soares

Faculdade São Gabriel (NovaUnesc) ,
Teresina, PI
<https://orcid.org/0000-0001-8655-196X>

RESUMO: O ambiente de trabalho de algumas atividades aparenta ser inofensivo, no entanto, ao se analisar mais profundamente, nota-se a existência de diversos riscos ambientais, sob os quais o trabalhador está diariamente sendo exposto. A enfermagem tem como característica fundamental a capacidade de agir na prevenção de doenças e agravos, além do cuidado. O objetivo desta pesquisa foi analisar na literatura, a atuação da enfermagem na prevenção de acidentes de trabalho no ambiente hospitalar. Trata-se de uma Revisão de Literatura, realizada em junho de 2020, na *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* – LILACS; PubMed; e na biblioteca eletrônica SciELO. Foram incluídos artigos publicados nos

últimos cinco anos (2015-2020); disponíveis na íntegra na língua portuguesa e excluídos estudos secundários ou cartas ao editor, anais de eventos científicos, tese, dissertações e estudos duplicados. E para a análise de dados, realizou-se a análise de conteúdo dos artigos selecionados e fazendo-se o uso do sistema de categorização dos mesmos. Ações de prevenção a acidentes de trabalho devem ser pautadas em medidas de biossegurança e controle de riscos de adoecimentos, por meio da criação/implantação e implementação de programa de saúde do trabalhador focado nos riscos comuns ao ambiente hospitalar. Com o estudo foi possível verificar que as ações de prevenção com uso de EPIs e educação permanente realizada pela enfermagem são fundamentais para evitar acidentes de trabalho.

PALAVRAS - CHAVE: Acidentes de trabalho. Enfermagem. Saúde do trabalhador.

NURSING PERFORMANCE IN THE PREVENTION OF WORK ACCIDENTS IN THE HOSPITAL ENVIRONMENT: INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: The work environment of some activities appears to be harmless, however, when analyzing more deeply, it is possible to notice the existence of several environmental risks, to which the worker is being exposed daily. The fundamental characteristic of nursing is the ability to act in the prevention of diseases and injuries, in addition to care. The objective of this research was to analyze in the literature, the role of nursing in the prevention of occupational accidents in the hospital environment. This is a Literature Review, carried out in June 2020, in Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences - LILACS; PubMed; and in the SciELO electronic library. Articles published in the last five years (2015-2020) were included; available in full in Portuguese and excluding secondary studies or letters to the editor, annals of scientific events, thesis, dissertations and duplicate studies. And for data analysis, the content analysis of the selected articles was carried out and the categorization system was used. Actions to prevent occupational accidents must be based on measures of biosafety and risk control of illnesses, through the creation / implementation and implementation of a worker's health program focused on the risks common to the hospital environment. With the study it was possible to verify that the prevention actions with the use of PPE and permanent education carried out by nursing are fundamental to avoid accidents at work.

KEYWORDS: Accidents at work. Nursing. Worker's health.

RESUMEN: El ambiente de trabajo de algunas actividades parece ser inofensivo, sin embargo, al analizar con mayor profundidad, se observa la existencia de varios riesgos ambientales, a los que el trabajador se ve expuesto diariamente. La característica fundamental de la enfermería es la capacidad de actuar en la prevención de enfermedades y lesiones, además del cuidado. El objetivo de esta investigación fue analizar en la literatura, el papel de la enfermería en la prevención de accidentes laborales en el ámbito hospitalario. Se trata de una Revisión de Literatura, realizada en junio de 2020, en Literatura Latinoamericana y Caribeña en Ciencias de la Salud - LILACS; PubMed; y en la biblioteca electrónica SciELO. Se incluyeron artículos publicados en los últimos cinco años (2015-2020); disponible íntegramente en portugués y excluyendo estudios secundarios o cartas al editor, anales de eventos científicos, tesis, disertaciones y estudios duplicados. Y para el análisis de datos se realizó el análisis de contenido de los artículos seleccionados y se utilizó el sistema de categorización. Las acciones de prevención de accidentes laborales deben basarse en medidas de bioseguridad y control

de riesgos de enfermedades, mediante la creación / implementación e implementación de un programa de salud del trabajador enfocado en los riesgos comunes al entorno hospitalario. Con el estudio se pudo constatar que las acciones de prevención con el uso de EPI y la educación permanente que realiza la enfermería son fundamentales para evitar accidentes laborales.

PALABRAS CLAVE: Accidentes de trabajo. Enfermería. Salud del trabajador.

1 | INTRODUÇÃO

O ambiente de trabalho de algumas atividades aparenta ser inofensivo, no entanto, ao se analisar mais profundamente, nota-se a existência de diversos riscos ambientais, sob os quais o trabalhador está diariamente exposto. Esta exposição pode culminar na ocorrência de Acidentes do Trabalho (AT) (OLIVEIRA, 2019).

Os acidentes e doenças de trabalho são responsáveis por impacto significativo na produtividade econômica, além de dificuldades inerentes ao trabalhador e sua família, no entanto, cabe lembrar que estes podem ser evitados, para isso faz-se necessária a participação de todos aqueles envolvidos no processo, como empregador, trabalhador e profissionais da segurança do trabalho (CARVALHO, 2019).

O Ministério do Trabalho e da Previdência Social (MTPS) define acidente do trabalho como aquele que acontece em exercício do trabalho a serviço de empresa ou de empregador doméstico ou pelo exercício do trabalho dos segurados, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho (BRASIL, 2013).

Pereira (2015) reitera sobre esta definição ao citar que acidentes ou infortúnio do trabalho é a ocorrência ou evento não programado ou desejado, que cause ou tenha como consequência a interrupção do trabalho, resultando em danos físicos, morte do trabalhador ou somente danos materiais e econômicos ao patrimônio das partes relacionadas por um contrato de trabalho ou emprego.

Segundo a Organização Internacional do trabalho (OIT), mundialmente, aproximadamente 7.500 mortes ocorrem diariamente devido as condições inseguras e insalubres de trabalhadores, destes cerca de um mil está relacionada a acidentes ocupacionais. Estes são os maiores agravos à Saúde Pública do trabalhador brasileiro (CORDEIRO et al., 2017). Somente em 2013, o Ministério da previdência Social do Brasil registrou 702.68 Acidentes de Trabalho típicos e de trajeto em todo o território brasileiro (BRASIL, 2013).

A verdadeira situação do perfil dos acidentes de trabalho no Brasil não é totalmente conhecida, e um dos motivos dá-se provavelmente em relação às fontes de informação, pois os dados obtidos pela Previdência Social são os principais indicadores das estatísticas oficiais através da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), que incluem apenas os trabalhadores com carteira de trabalho assinada, excluindo dessa forma os trabalhadores

do setor informal (MIRANDA, 2017).

Diariamente, os trabalhadores hospitalares são expostos a um variado leque de perigos no seu local de trabalho, consoante as funções que desempenham e o ambiente em que estão inseridos. Estes perigos laborais dão origem aos vários tipos de riscos (sejam biológicos, físicos, químicos, ergonómicos ou psicossociais) que contribuem para a ocorrência dos acidentes de trabalho (FERREIRA; NASCIMENTO, 2017).

Os trabalhadores de enfermagem destacam-se como profissionais mais acometidos por Acidentes de Trabalho da área da saúde, devido principalmente a característica do trabalho que executam na assistência direta, pela constante e elevada manipulação de agulhas e outros objetos perfuro cortantes e pelo rotineiro contato com material potencialmente contaminado no processo de limpeza, desinfecção, esterilização e manuseio de excretas e de materiais para exames laboratoriais (PINHO; RODRIGUES; GOMES, 2017).

O artigo teve como objetivo analisar as ações dos enfermeiros na prevenção de acidentes de trabalho no ambiente hospitalar segundo a literatura.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura. Para Galvão (2008), a Revisão Integrativa deve ser realizada em três etapas: a primeira com a identificação do tema, a seleção da hipótese e elaboração da questão norteadora da pesquisa; a segunda etapa, estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão do estudo, para definição da amostragem. E a terceira etapa, definidas as informações e extraídas dos estudos selecionados; no quarto momento do fluxo, feitas as avaliações dos estudos incluídos na amostragem, estas por sua vez sendo interpretados na quinta etapa.

A pergunta que norteou o estudo foi: “Quais evidências disponíveis na literatura sobre o papel da enfermagem na prevenção de acidentes de trabalho no ambiente hospitalar?”

A coleta de dados foi realizada em maio de 2020, na *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* – LILACS; PubMed da *National Library of Medicine National Institutes of Health* dos EUA; e Scientific Electronic Library Online – SCIELO. Utilizou-se os descritores utilizados enfermagem do trabalho; acidentes de trabalho e como forma de metodificar a coleta da amostragem, usou-se os operadores booleano “AND”, para conectar os descritores, e “OR” para conectar as palavras-chave

Para coleta dos dados, foram incluídos artigos publicados nos últimos cinco anos (2015-2020); disponíveis na íntegra na língua portuguesa e excluídos estudos secundários ou cartas ao editor, anais de eventos científicos, tese, dissertações e estudos duplicados.

Foram identificados 64 artigos pelos descritores, apenas seis (06) fizeram parte da seleção, realizou-se a leitura de todos os artigos na íntegra; a seguir, foi elaborado um quadro contendo número para identificação do artigo, título do artigo, autores, periódico

de publicação e ano de publicação. E para a análise de dados, realizou-se a análise de conteúdo dos artigos selecionados e fazendo-se o uso do sistema de categorização dos mesmos.

A avaliação dos artigos foi guiada pela verificação criteriosa dos estudos selecionados a partir dos dados obtidos durante a categorização das amostras e que contemplavam as questões norteadoras deste trabalho.

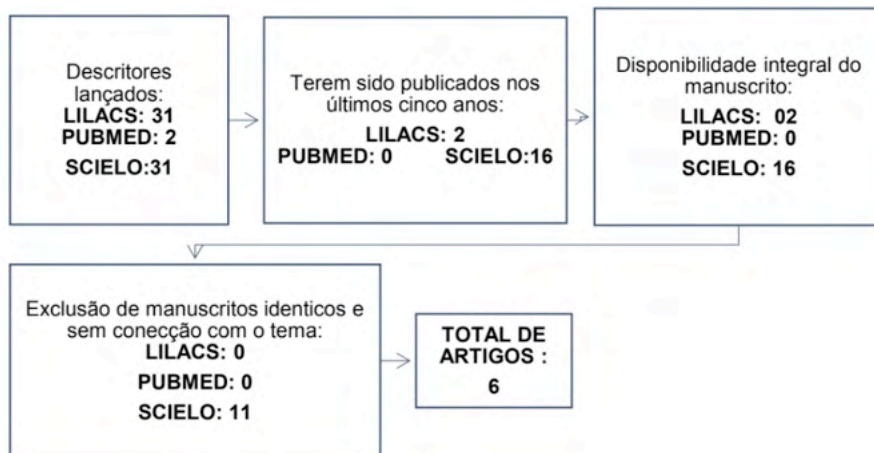


Figura 01: Fluxograma da abordagem metodológica utilizada

Fonte: Autores.

A discussão dos elementos alcançados foi realizada utilizando-se de método descritivo mediante o levantamento de dados consumados nas etapas anteriores com o intuito de permitir uma avaliação fidedigna das informações conseguidas e aplicadas na construção da revisão integrativa com a pretensão de atender aos objetivos de tal estratégia metodológica (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após realização dos procedimentos metodológicos, os artigos selecionados foram listados no Quadro 02, onde constam o título, autores, periódico, ano e o tipo de pesquisa.

TÍTULO	AUTORES	PERIÓDICO	ANO	MÉTODO
Análise epidemiológica dos acidentes com material biológicos em um hospital oftalmológico	CAMILO, E. N. R.; ARANTES, T. E. F.; HINRICHSEN, S. L.	Revista Brasileira de Oftalmologia,	2015	Estudo Transversal
Reasons and consequences of low adherence to standard precautions by the nursing team	PORTO, J. S.; MARZIALE, M. H. P.	Revista Gaúcha de Enfermagem	2016	Revisão integrativa
Notificação de problemas de saúde em trabalhadores de enfermagem de hospitais universitário	GUIMARÃES, A. L. O.; FELLI, V. E. A.	Revista Brasileira de Enfermagem	2016	Estudo Exploratório
Incidentes de trabalho com material biológico na equipe de enfermagem de um hospital no Centro-Oeste do Brasil	CARVALHO, D. C. et al.	Escola Anna Nery	2017	Estudo transversal
Proteção radiológica na perspectiva de profissionais de saúde expostos à radiação	BATISTA, V. M. D. et al.	Revista Brasileira de Enfermagem	2019	Estudo exploratório
Acidente de trabalho com material biológico: fatores associados ao abandono do acompanhamento clínico-laboratorial	SARDEIRO, T. L. et al.	Revista da Escola de Enfermagem - USP	2019	Estudo de Coorte

Quadro 01: Descrição dos artigos quanto o título, autores, periódicos, ano e abordagem metodológica.

Fonte: Própria Autora

De acordo com os dados expostos no Quadro 1, verificou-se predomínio de publicações no Revista Brasileira de Enfermagem (33,2%) e Revista Brasileira de Enfermagem da USP (16,6%), equivalendo a aproximadamente 50% das publicações totais.

No que se refere ao ano de publicação, verificou-se que a maior quantidade de publicações, concentrou-se o ano de 2019 e 2016 com 33,2% da amostra cada. O tipo de metodologia mais utilizada foi exploratório, seguido por estudos transversais.

Considerando as temáticas mais abordadas têm-se que Acidentes com material biológico foram os mais citados (49,9%), seguidos por adesão a protocolos de proteção, exposição radiológica e doenças comuns a equipe de enfermagem correspondendo a 16,6% cada.

Categoria 1: Acidentes de trabalho envolvendo a equipe de enfermagem no ambiente hospitalar

Em todas as profissões, existem fatores que geram carga de trabalho, que são inerentes ao processo e ao ambiente de trabalho a ser executada, afetando direta ou indiretamente a saúde dos trabalhadores de saúde. Isso aplica-se a equipe de enfermagem que vivenciam situações de risco, sendo válida a discussão para que métodos de prevenção

sejam adotados para evitar acidentes de trabalho (SOUZA, 2017).

A maioria dos artigos selecionados faz referências a situações as quais a equipe de enfermagem submete-se durante prática clínica, estas por sua vez podem resultar em Acidentes de Trabalho. Segundo Sardeiro e colaboradores (2019) no seu estudo foram analisados os fatores associados ao abandono do acompanhamento clínico laboral e os acidentes envolvendo a equipe que ocorreram, predominantemente, por lesão percutânea, envolvendo agulha com lúmen, durante administração de medicamentos ou acesso vascular.

Esses achados estão em consonância com o encontrado por Carvalho et al. (2017) e Camilo, Arantes e Hinrichsen (2015) mostrando que os acidentes de trabalho estão relacionados principalmente a materiais perfuro-cortantes.

No ambiente hospitalar riscos ocupacionais biológicos, físicos, químicos, mecânicos, ergonômicos, psicossociais estão presentes, mas são os riscos biológicos que têm sido mais frequentemente identificados e estudados pelo seu potencial gerador de periculosidade e insalubridade em decorrência do contato direto e permanente dos profissionais de saúde com pacientes, e a manipulação de objetos contaminados por patógenos responsáveis por doenças letais como as Hepatites C e B e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (PORTO; MARZIALE, 2016).

No estudo de Camilo, Arantes e Hinrichsen (2015) foi traçado o perfil dos acidentes de trabalho da enfermagem em hospital oftalmológico, onde foram notificados 34 acidentes. O setor cirúrgico foi aquele onde mais aconteceram acidentes, sendo que os auxiliares e os técnicos de enfermagem foram os mais afetados. Os acidentes foram do tipo percutâneo em 30 (88,2%) casos e por contato com mucosa em 4 (11,7%).

Por tanto, fica claro que os fatores de riscos biológicos, físicos, ergonômicos e químicos são comuns a equipe de enfermagem. As condições de trabalho são inadequadas e desfavorecem a saúde dos trabalhadores de enfermagem. Para tanto é necessário que o trabalhador e a instituição discutam o meio ambiente ocupacional e propor mudanças no processo de trabalho, afim de diminuir tais índices (MAURO et al., 2010).

Existe também a exposição radiológica, comum a profissionais da área da saúde, mais precisamente os que trabalham em setores de imagem e em hospitais, que estão mais expostos às radiações ionizantes e, se não tomarem as medidas adequadas de proteção, terão maior risco de desenvolver diferentes tipos de câncer. Devido à importância desta temática, verifica-se a necessidade de ações educativas em radioproteção nas grades curriculares dos cursos formadores de profissionais de saúde e no ambiente de trabalho (BATISTA et al., 2019).

Para Guimarães e Felli (2016) as notificações de problemas de saúde em trabalhadores de enfermagem foram predominantemente provocadas por doenças do sistema osteomuscular, respiratório, infecciosas e parasitárias, do sistema nervoso, entre outras.

Categoria 2: Ações preventivas realizadas pela enfermagem para evitar acidentes de trabalho no ambiente hospitalar

Ações de prevenção a acidentes de trabalho devem ser pautadas em medidas de biossegurança e controle de riscos de adoecimentos, por meio da criação/implantação e implementação de programa de saúde do trabalhador focado nos riscos comuns ao ambiente hospitalar. Um programa de prevenção de acidentes deve ter como objetivo, não só o de aumentar o conhecimento das pessoas sobre as diversas medidas preventivas/ legislações, mas principalmente promover a mudança de hábitos e comportamentos durante suas atividades profissionais, que precisarão ser mais seguros (CAMILO; ARANTES; HINRICHSEN, 2015).

A adoção de protocolo de Prevenção Padrão como integrante de programa de prevenção tem por objetivo proteger profissionais de saúde contra possível contaminação ocupacional na prestação de cuidados e prevenir infecções relacionadas à assistência à saúde (PORTO; MARZIALE, 2016).

Algumas instituições de saúde têm adotado como modelo de prevenção o conceito de hierarquia de controle com a finalidade de eliminar ou minimizar o uso de material perfurocortantes quando possível, isolar o risco e uso de recipientes de paredes rígidas para descarte do material perfuro cortante e quando essas estratégias usadas não fornecerem total proteção, elas centraram suas ações no controle das práticas de trabalho e no uso dos Equipamentos de Proteção Individual (CAMPOS,2011).

Porto e Marziale (2016) verificou que a adesão ou não as Precauções Padrão estão relacionadas à fatores individuais do trabalhador, às condições de trabalho e à estrutura organizacional que as instituições de saúde devem oferecer. É necessário condições seguras de trabalho englobem materiais e equipamentos, equipamentos de proteção individual e coletiva, educação permanente em serviço, estabelecimento e divulgação de normas e rotinas de saúde e segurança no trabalho, entre outras medidas que minimizariam a exposição ocupacional e conseqüentemente reduziria a ocorrência de acidentes e doenças do trabalho.

O uso de EPI's é a proteção primordial para a equipe. Segundo a Norma Regulamentadora 6, EPI é todo dispositivo ou produto, de uso individual utilizado pelo trabalhador, destinado à proteção de riscos suscetíveis durante o trabalho (BRASIL, 2014). Os equipamentos de proteção desempenham importante papel na prevenção de agravos tanto para a saúde dos profissionais que trabalham no hospital, quanto para os pacientes (SOUSA; ARAUJO, 2020).

Além disso, ressalta-se a importância da educação continuada na biossegurança. Os gestores podem induzir e facilitar o aprendizado significativo e estabelecimento da cultura de atualização em seus trabalhadores (BATISTA et al., 2019).

4 | CONCLUSÃO

Com o estudo foi possível verificar que as ações de prevenção com uso de EPIs e educação permanente realizada pela enfermagem são fundamentais para evitar acidentes de trabalho. O trabalho do enfermeiro na prevenção de acidentes de trabalho no ambiente hospitalar é baseado em incitar criação e/ou adoção de estratégias eficazes; estimular o uso de Equipamentos de proteção individual; bem como estimular que as unidades hospitalares incentivem seus profissionais à educação continuada, pois assim, estariam mais aptos a agirem baseados em conhecimentos de biossegurança sempre atualizados.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Previdência Social . **AEPS 2013 - Anuário Estatístico da Previdência Social 2013**. Brasília (DF), Seção IV; 2013.

BATISTA, V. M. D. et al. Proteção radiológica na perspectiva de profissionais de saúde expostos à radiação. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 72, supl. 1, p. 9-16, 2019.

CARVALHO, D. C. et al. Incidentes de trabalho com material biológico na equipe de enfermagem de um hospital no Centro-Oeste do Brasil. **Esc. Anna Nery** , Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, 2017.

CAMILO, E. N. R.; ARANTES, T. E. F.; HINRICHSEN, S. L. Análise epidemiológica dos acidentes com material biológicos em um hospital oftalmológico. **Rev. bras.oftalmol.**, Rio de Janeiro , v. 74, n. 5, p. 284-287, Oct. 2015 .

CORDEIRO, R. et al. A violência urbana é a maior causa de acidente de trabalho fatal no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 123, 2017.

CARVALHO, L. R. Análise quantitativa de acidentes de trabalho no Brasil. Orientador: Marcelo Linon Batista. Lavras, Minas Gerais. 2019.

FERREIRA, R. G.; NASCIMENTO, J. L. PREVENÇÕES ERGÔNICAS PELO ENFERMEIRO DO TRABALHO NA EQUIPE DE ENFERMAGEM: UMA REVISÃO INTEGRATIVA. **Saúde e Desenvolvimento**, v. 10, n. 6, 2017.

GUIMARÃES, A. L. O.; FELLI, V. E. A. Notificação de problemas de saúde em trabalhadores de enfermagem de hospitais universitário. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 69, n. 3, p. 507-514, 2016 .

MAURO, M. Y. C. et al. Condições de trabalho da enfermagem nas enfermarias de um hospital universitário. **Escola Anna Nery**, v. 14, n. 2, p. 244-252, 2010.

MIRANDA, F. M. D. et al. Perfil dos trabalhadores brasileiros vítimas de acidente de trabalho com fluidos biológicos. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 70, n. 5, p. 1061-1068, out. 2017.

OLIVEIRA, C. R. S. Utilização Dos Programas De Saúde E Segurança No Trabalho Para Prevenção De Acidentes De Trabalho E Doenças Ocupacionais. **Ideias e Inovação-Lato Sensu**, v. 5, n. 2, p. 92, 2019.

PEREIRA, A. D. Tratado de segurança e saúde ocupacional: aspectos técnicos e jurídicos. V 1: NR-1 a NR6. 3ª ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

PINHO, D. L. M.; RODRIGUES, C. M.; GOMES, G. P. Perfil dos acidentes de trabalho no Hospital Universitário de Brasília. **Rev. bras. enferm.** , Brasília, v. 60, n. 3, p. 291-294, junho de 2007.

PORTO, J. S.; MARZIALE, M. H. P. Reasons and consequences of low adherence to standard precautions by the nursing team. **Rev Gaúcha Enferm.** v.37, n.2. 2016.

SOUSA, V. F. S.; ARAUJO, T. C. C. F. Estresse ocupacional e resiliência entre profissionais de saúde. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 35, n. 3, p. 900-915, 2015.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo , v. 8, n. 1, p. 102-106, Mar. 2010.

SARDEIRO, T. L. et al. Acidente de trabalho com material biológico: fatores associados ao abandono do acompanhamento clínico-laboratorial. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 53, e03516, 2019.

GESTÃO DE INFORMAÇÃO E DIMENSIONAMENTO EM ENFERMAGEM: INDICADORES DE UNIDADES DE CUIDADOS DE INTERNAMENTO NUM HOSPITAL CENTRAL PORTUGUÊS

Data de aceite: 01/08/2021

Data de submissão 06/07/2021

José Manuel Lúcio Chora

Hospital do Litoral Alentejano-ULSLA
Santiago do Cacém – Portugal
ORCID: 0000-0002-3779-8744

Maria Antónia Fernandes Caeiro Chora

Universidade de Évora – Departamento de
Enfermagem
Évora -Portugal
ORCID: 0000-0003-3449-3061

Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins

Escola Superior de Enfermagem do Porto
Porto -Portugal
ORCID: 0000-0003-1527-9940

Maria Cecília Moreira Varandas

Hospital Espírito Santo de Evora
Évora – Portugal
ORCID: 0000-0002-6288-584X

Amélia Maria Brito Gracias

Centro Hospitalar e Universitário do Algarve,
EPE – Unidade de Portimão
Portimão – Portugal
ORCID: 0000-0001-5208-1365

Cristina Maria Barradas Moreira Duarte Paulino

Ministério da Saúde – Administração Central do
Sistema de Saúde
Lisboa – Portugal
ORCID: 0000-0001-7264-0881

RESUMO: Objetivo: Analisar os indicadores do sistema de classificação de doentes, no período 2014-2017, como meio seguro de dimensionamento de enfermagem. **Método:** Estudo descritivo, exploratório de abordagem quantitativa, a amostra foi 303.214 classificações de doentes. **Resultados:** Valores de Horas de Cuidados Necessários por Dia de Internamento passaram de 5.06 para 5.14, corresponde a mais 0.07 relacionados com: complexidade assistencial, níveis dependência, idade e patologias associadas. Valores de Horas de Cuidados Prestados por Dia de Internamento passaram de 4.74 para 5.01, corresponde a mais 0.27. Nas Medicinas, as áreas de cuidados mais pontuadas: movimentação, medicação e comer/beber; nas Cirurgias: medicação, movimentação e eliminação; e no departamento da Mulher e Criança: sinais vitais/outras avaliações, atividades apoio e educação para saúde. **Considerações finais:** Os profissionais de saúde precisam repensar as práticas e, os líderes, adotar novos modelos de gestão de cuidados.

PALAVRAS - CHAVE: Gestão da informação em saúde; Dimensionamento; Enfermagem; Indicadores.

*INFORMATION MANAGEMENT
AND DIMENSIONING IN NURSING:
INDICATORS OF INSIDE CARE UNITS IN
A PORTUGUESE CENTRAL HOSPITAL
INTERNAL SERVICE INDICATORS IN A
PORTUGUESE CENTRAL HOSPITAL*

ABSTRACT: Objective: To analyze the indicators of the patient classification system, in the period 2014-2017, as a safe means of

dimensioning nursing. **Method:** Descriptive, exploratory study with a quantitative approach, the sample was 303,214 patient classifications. **Results:** Hours of Care Needed per Day of Hospitalization increased from 5.06 to 5.14, corresponding to 0.07 more related to: care complexity, dependency levels, age and associated pathologies. Values of Hours of Care Provided per Day of Hospitalization increased from 4.74 to 5.01, corresponding to an additional 0.27. In Medicine, the most scored areas of care: movement, medication and eating/drinking; in Surgeries: medication, movement and elimination; and in the Department of Women and Children: vital signs/other assessments, support activities and health education. **Final considerations:** Health professionals need to rethink practices and leaders need to adopt new models of care management.

KEYWORDS: Health information management; Sizing; Nursing; Indicators

1 | INTRODUÇÃO

Na área da saúde vivemos um contexto de mudança global que incide nos padrões de procura e oferta dos cuidados, na diversificação dos modelos assistenciais e em alterações legislativas, demográficas, sociais e econômico-financeiras, que interagem e se condicionam mutuamente. As organizações vivem períodos de incerteza que se devem constituir como oportunidades, pelo que devem criar condições laborais para o desenvolvimento das pessoas e, em conjunto, disponibilizarem produtos e serviços adequados às expectativas de todos os intervenientes no processo de cuidar. Verifica-se o aumento da competitividade, numa perspectiva organizacional, por outro o aumento das exigências dos doentes relacionado com a consciencialização da saúde e inerente ao processo de literacia. Os gestores confrontam-se com orçamentos cada vez mais restritivos, o que implica racionalidade e flexibilidade da gestão, na afetação dos recursos procurando equilibrar horas de cuidados de enfermagem prestadas às horas de cuidados de enfermagem necessários (CHORA,2006). Os elevados custos com o pessoal (PERROCA,1998; SILVA,2016), determinam que os enfermeiros gestores precisam melhorar a eficiência e garantir a qualidade assistencial, tendo subjacente o quadro orçamental hospitalar (ANTUNES,2003), garantindo a rentabilização dos recursos humanos disponíveis utilizando instrumentos científicos.

Os enfermeiros não podem ser vistos apenas como um custo, mas como profissionais que na cadeia assistencial acrescentam valor, pelo que os enfermeiros gestores terão de ser envolvidos nos processos de custo e de orçamento dos cuidados de enfermagem para, proporcionarem condições para o cuidar baseado nas melhores práticas, garantindo a segurança dos doentes e dos profissionais, proporcionando cuidados integrais, individualizados e humanizados (ANTUNES,2003; QUADROS et al,2016).

A complexidade crescente do processo de produção de cuidados exige a reestruturação dos modelos de gestão e do funcionamento das organizações (SILVA, 2016), (MAGALHÃES, 2009) e (VANDERSON, 2018), porque as necessidades dos doentes são ilimitadas e os recursos humanos disponíveis são limitados. Assim, os líderes devem

(re)criar novas soluções de gestão, para estabelecer prioridades e definir objetivos, face à contenção de custos com pessoal, usando ferramentas tecnológicas objetivas que fundamentem o processo de tomada de decisão.

Os gestores estratégicos, táticos e operacionais, precisam basear-se em critérios objetivos, de modo a garantir a equidade, necessitando de instrumentos para medir a carga de trabalho e coadjuvar no processo decisório, na alocação dos recursos, na monitorização da mão de obra e da produtividade e garantir a qualidade dos cuidados (PERROCA, 1998; SILVA, 2016; MAGALHÃES, 2009; LIMA, 2009). A estratégia de desenvolvimento e implantação de qualquer sistema de classificação de doentes necessita ser enquadrada numa perspectiva organizacional (nível macro), conciliando com o impacto nas equipas de enfermagem (nível meso) e análise dos comportamentos e atitudes (nível micro), para garantir padrões de efetividade, assegurando a competitividade e a sustentabilidade organizacional.

Na agenda contemporânea de diversos países observa-se uma preocupação com os cuidados seguros e qualidade, existindo relação com a alocação quantitativa e qualitativa dos recursos humanos, pelo que a classificação de doentes se tornou um instrumento fundamental para estruturar a assistência planeada, organizada e segura de enfermagem.

O Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem (SCD/E) foi desenvolvido em Portugal, como projeto nacional produziu os primeiros indicadores em 1987, o que implicou o desenvolvimento de uma cultura de liderança nas organizações de saúde, para que o produto/serviço fosse operacionalizado com sucesso e ocorresse a mudança. Hoje, está incorporado no aplicativo de registos de cuidados nacional sendo utilizado na rede pública dos hospitais. O objetivo deste trabalho visa analisar os indicadores de produção do sistema de classificação de doentes, no período 2014-2017, como meio seguro de dimensionamento do pessoal de enfermagem.

2 | REVISÃO DE LITERATURA

Nas organizações de saúde, o doente é o elemento chave da cadeia de valor, pois representa o foco de atenção. A vantagem competitiva de uma organização consiste em colocar as pessoas no centro, no coração da organização, mas face aos processos de mudança e às limitações financeiras será necessário reinventar novos estilos de gestão das pessoas e das organizações. Os estudos apontam para a necessidade de estabelecer o perfil de complexidade assistencial para que a adequação de recursos humanos seja estimada (PERROCA, 1998; QUADROS, 2016; MAGALHÃES, 2009).

O dimensionamento de pessoal de enfermagem constitui uma área organizacional crítica para enfermeiros, administradores hospitalares e entidades reguladoras, pois interfere diretamente na efetividade do processo assistencial, podendo gerar conflitos inter e intraprofissionais (LIMA, 2009). Pode ser entendido como colocar as pessoas em número

apropriado, com as competências adequadas, de modo a garantir as respostas efetivas às necessidades de cuidados dos doentes e garantindo um ambiente de trabalho livre de perigos para doentes e profissionais.

A classificação de doentes teve início no Japão, mas foi na Inglaterra, com Florence Nightingale, que foi implementado o cuidado progressivo de pacientes, com o objetivo de concentrar os doentes de maior gravidade, o mais próximo dos clínicos (CHORA,2006) sendo um processo indutivo e subjetivo,

“atualmente, devido à complexidade dos cuidados e do processo de trabalho em saúde tem se buscado desenvolver modelos de adequação de pessoal de enfermagem de acordo com as características dos doentes e o grau de dependência em cuidados de enfermagem” (MAGALHÃES, 2009, p.609).

Estudos mais recentes demonstraram que o desajustamento quantitativo e qualitativo de recursos humanos condiciona o padrão de cuidados prestados e determina maior probabilidade de ocorrência de eventos adversos como: falhas nos cuidados e na segurança do doente, aumento das taxas de infeção e da taxa de mortalidade, aumento do número de quedas e de lesões por pressão, erros de administração de medicamentos (MAGALHÃES,2009; VASCONCELOS, 2017; ARAUJO,2016), mas também efeitos psicossociais no trabalhador como: insatisfação no posto de trabalho, desgaste físico e psicológico das equipas, acidentes de trabalho e doenças ocupacionais (VANDERSON, 2018; VASCONCELOS, 2017).

Freitas (2015) efetuou um estudo em 43 unidades de cuidados de oito hospitais portugueses, onde identificou 15 indicadores de resultados sensíveis à dotação segura em enfermagem, em que a disponibilidade de enfermagem em quantidade adequada, tem efeito direto e positivo nos resultados da organização, nos resultados de enfermagem e no cliente. Demonstrou que nas organizações hospitalares com o regime jurídico de Entidades Públicas Empresariais, as unidades de cuidados com taxa de ocupação mais baixas e menor carga de trabalho, apresentavam maiores índices de satisfação dos clientes, menor risco/ocorrência de sofrerem eventos adversos e existiam menores índices de rotatividade.

Guerra (2017) efetuou um estudo em 17 hospitais portugueses, em unidade de cuidados de medicina, cirurgia e ortopedia e concluiu que existe um déficit diário superior a duas horas por dia, por doente e demonstrou uma associação estatisticamente significativa entre o déficit de horas de cuidados e a ocorrência de eventos adversos. O risco de ocorrência de eventos adversos é duas vezes superior quando os doentes são expostos a dotações inadequadas, nomeadamente úlceras por pressão, complicações respiratórias, infeções do trato urinário com impacto direto na mortalidade hospitalar e na duração do tempo de internamento.

Os sistemas de classificação permitem determinar a relação entre as necessidades dos doentes e os recursos humanos de enfermagem, de modo a adequar as práticas assistenciais seguras e garantir a qualidade para doente e para o profissional. Ao longo

dos tempos foram desenvolvidos vários sistemas de classificação de doentes e construídos instrumentos de medição da carga de trabalho (PERROCA, 1998), mas os teóricos opinam que terão de ser adotadas novas metodologias de trabalho impactantes para a governação clínica e para a qualidade assistencial de enfermagem (MAYA,2011).

Os instrumentos de medição da carga de trabalho englobam as dependências físicas, fisiológicas e terapêuticas dos doentes, baseados em escalas e categorizadas por indicadores críticos e níveis/ graus de dependência, permitindo estimar as necessidades diárias dos doentes em cuidados de enfermagem. Perroca e Galdzinski utilizaram uma escala com 13 indicadores críticos categorizando os cuidados em: mínimos (13 a 26 pontos), intermediários (27 a 39 pontos), semi-intensivos (40 a 52 pontos) e intensivos (53 a 65 pontos), e definiram as horas de enfermagem por cada nível de cuidados assistencial (PERROCA,1998). Fugulin elaborou uma escala com 12 áreas de cuidados contemplando cinco níveis de complexidade assistencial, em que cada área é pontuada de forma crescente de complexidade correspondendo a: cuidados mínimos (9-14 pontos), intermediários (15 a 20 pontos), de alta dependência (21 a 26 pontos), semi-intensivos (27-31 pontos) e cuidados intensivos (acima de 31 pontos) (FUGULIN,2005).

Alguns teóricos identificaram que os instrumentos para medição da carga de trabalho contemplavam apenas as necessidades físicas e não contabilizavam as atividades de apoio e educação para a saúde dos doentes e suas famílias ou cuidadores (MAGALHÃES,2009). Outros preconizam que o processo assistencial deve ter subjacente, não apenas a patologia, mas a “associação entre a doença, o estar doente, o processo de cuidar e a recuperação da saúde” (SALES, 2007, p.501), pelo que é fundamental ter subjacente o diagnóstico das necessidades humanas básicas e as atividades de planeamento de cuidados de enfermagem.

O SCD/E desenvolvido em Portugal e implementado em 1985, utilizou na sua concepção a metodologia Grace Reynold Application of Peto (GRASP), testada em inúmeros hospitais do Canadá, Estados Unidos da América e Reino Unido, a qual se baseava na definição de níveis de dependência em cuidados de enfermagem com maior impacto no trabalho de enfermagem (ACSS,2010; VEIGA, 1987). A implementação foi coordenada pela Enfermeira Soares Veiga sendo um sistema objetivo, individualizado, flexível e global, para ser utilizado nas unidades de cuidados de internamento e que produziu os primeiros resultados nacionais em 1986. As áreas de cuidados contempladas nos quadros de classificação decorrem de estudos, que determinaram as áreas e intervenções de enfermagem prevalentes, para um período de 24 horas. Foram elaborados manuais de conceitos básicos que definem as regras de classificação, que clarificaram conceitos e procedimentos subjacentes a cada nível de dependência.

Na concepção do SCD/E, foram percorridas as seguintes etapas: definição das principais atividades de cuidados diretos de enfermagem e definição dos níveis de dependência; determinação da percentagem de cuidados diretos definidos; determinação

dos tempos padrão por níveis de dependência; determinação da frequência de prestação de cuidados diretos; construção e experimentação do protótipo do quadro de classificação de doentes; identificação das atividades de cuidados indiretos e determinação do tempo padrão e finalmente o desenvolvimento da tabela de conversão dos pontos em horas (VEIGA, 1987). Foram definidas as normas, a observar na classificação de doentes, desenvolvidos suportes de informação escritos e definidos os circuitos de informação. Posteriormente, foi desenvolvido um sistema de auditorias internas às classificações dos doentes e um sistema de auditorias externas.

Na sua construção englobou os cuidados físicos, terapêutica, tratamentos, monitorizações, atividades de apoio e educação para a saúde, a anamnese de enfermagem e o planeamento de cuidados, ou seja, os cuidados diretos e cuidados indiretos. O SCD/E permite determinar o grau de dependência do doente em cuidados de enfermagem, englobando os cuidados diretos e indiretos e as necessidades de atividades de apoio e educação para a saúde, as necessidades biopsicossociais e o planeamento de cuidados, conforme preconizado por vários teóricos. A carga de trabalho de enfermagem é determinada pelo grau de dependência dos doentes, complexidade dos processos assistenciais, perfil de competências dos profissionais e pelas características organico-funcionais das organizações hospitalares (BARRA,2011) pela missão, visão, valores e objetivos do subsistema de enfermagem ou seja a filosofia dos cuidados e pelos processos de trabalhos (SILVA,2016).

O SCD/E tem subjacente pressupostos de criticidade como a obrigatoriedade da operacionalização da metodologia científica de organização dos cuidados e a metodologia de prestação dos cuidados de enfermagem (CHORA, 2006; ACSS, 2010). A metodologia científica de organização dos cuidados garante o planeamento, organização, execução e avaliação do plano assistencial, contribuindo para a autodeterminação das funções, para o desenvolvimento do trabalho de equipe e para a continuidade dos cuidados, porque “o processo de cuidar, como eixo central do trabalho de enfermagem, se constitui num processo complexo contínuo e que não pode ser adiado ou interrompido” (MAGALHÃES, 2009, p.609). Esta metodologia permite determinar o nível de dependência em cuidados de enfermagem, realizar o diagnóstico de enfermagem, planejar as intervenções autônomas de enfermagem, definir prioridades e avaliar o processo assistencial, tendo subjacente o rigor científico, o que facilitou a sistematização do processo assistencial. Como metodologia da prestação dos cuidados de enfermagem foi implementado o método individual ou por enfermeiro responsável (CHORA, 2006; ACSS, 2010), de modo a garantir cuidados individualizados, integrais e seguros.

Na fase de desenvolvimento do SCD/E, foram envolvidos os enfermeiros dos contextos das práticas e da academia, que utilizaram a investigação operacional para garantir o rigor dos dados recolhidos, pois podem ocorrer dificuldades e enviesamentos na medição da carga de trabalho das atividades diretas e indiretas executadas pelos enfermeiros (SOMENSI,2018). A adoção deste modelo operativo permitiu identificar,

acompanhar e monitorizar as atividades diretas e indiretas em tempo real e acompanhar o processo de produção de dados e informação escrita, porque o SCD/E constitui um sistema de informação para a gestão dos serviços de saúde, que consiste na categorização dos doentes por indicadores críticos, com base nas necessidades em cuidados de enfermagem e segundo um padrão de qualidade (ACSS,2010).

O SCD/E produz dados, informação e conhecimento para a gestão de recursos humanos e para o planeamento de cuidados de enfermagem, coadjuvando nos processos de tomada de decisão da gestão dos serviços e das organizações, está alicerçado em modelos conceituais ou quadros de referência. Foram definidos padrões qualitativos de desempenho, o que determinou uma nova gestão das práticas de saúde, porque está intrinsecamente relacionada com novos modos de organização do processo de cuidados de enfermagem.

Hoje, um dos principais desafios da enfermagem é segundo Barra (2011,p.1147) “a adoção de um sistema de classificação padronizado na sua prática de cuidado aliada à utilização dos recursos tecnológicos disponibilizados pela informática/sistemas de informação”. Em 1996, face ao elevado número de unidades de cuidados onde o SCD/E estava operacionalizado, o Ministério da Saúde desenvolveu uma plataforma informática que permitiu agilizar o processo de classificação e de produção dos indicadores (ACSS,2011). Os programas computacionais permitem disponibilizar informações qualitativa e quantitativa eficazes para um adequado dimensionamento do quadro dos profissionais, agilizando o processo de tomada de decisão com economia de custos, tempo e energia, o que contribuiu para a gestão em enfermagem e permitiu qualificar as práticas assistenciais, no sentido melhoria de ambientes de prática para doentes e profissionais (VANDERSON, 2018).

Num estudo que englobou 31 hospitais utilizadores do SCD/E, os enfermeiros diretores consideraram que o sistema permite determinar as horas de cuidados necessárias em cuidados de enfermagem dos doentes, contribui para gestão estratégica dos recursos de enfermagem e facilita os processos de tomada de decisão dos líderes organizacionais (CHORA, 2006).

Em 2017, iniciou-se, experimentalmente, a automatização da classificação de doentes, com base nas tecnologias de informação e comunicação, de modo a proporcionar celeridade nos processos de decisões operacionais, táticos e estratégicos garantindo uma resposta eficiente e eficaz às funções e objetivos organizacionais. Como processo de intraempreendedorismo, efetuou-se a análise Swot (CHORA, 2018), da automatização da classificação de doentes, o que permitiu identificar ameaças e oportunidades, forças e fraquezas e sobretudo introduzir medidas corretivas.

Mas como é operacionalizado o SCD/E nas unidades de cuidados de internamento? Os doentes são classificados diariamente, no final do turno da manhã, pelo enfermeiro responsável pelo doente em quadros informatizados. A classificação é efetuada com base

nas últimas 24 horas de assistência, o que proporciona uma reflexão acerca dos cuidados, permite organizar o processo de cuidados, definir prioridades, sistematizar o processo assistencial e efetuar os diagnósticos de enfermagem, após um processo de treino teórico e prático conduzido pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS).

Em termo de síntese o SCD/E tem como objetivo determinar as Horas de Cuidados Necessárias (HCN/DI) que o doente requer para as próximas 24 horas de internamento e contabilizar as Horas de Cuidados de Prestados Previstas (HCP/DI), o que permite efetuar a previsão e ajustamento dos recursos humanos. Para concluir o ciclo de produção de dados são contabilizadas as Horas de Cuidados Prestados nas últimas 24 horas.

O sistema de classificação tem subjacente um padrão de qualidade; sendo um conceito imbuído de atributos ou pilares fundamentais como: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, legitimidade, equidade e aceitabilidade. Os indicadores exigem a explicitação dos referenciais de apoio, dos elementos constitutivos, dos processos de trabalho e dos resultados da assistência prestada (KURGANCT,2008), deste modo, constituem um

“instrumento imprescindível para a avaliação de serviços de saúde por ser uma unidade de medida de uma atividade com a qual está relacionado ou ainda, uma medida quantitativa que pode ser usada como um guia para monitorizar e avaliar a qualidade da assistência e as atividades do serviço” (LIMA, 2009, p.235).

O SCD/E monitoriza a produtividade através dos seguintes indicadores: Horas de Cuidados Necessárias por Dia de Internamento (HCN/DI); Horas de Cuidados Prestados por Dia de Internamento (HCP/DI); Percentagem de Utilização do Pessoal de Enfermagem (% UTIL) e Equivalente a Tempo Completo (ETC). Estes indicadores são utilizados a nível operacional na gestão da efetividade dos cuidados, nomeadamente através da distribuição equitativa do pessoal de enfermagem. A definição do número de doentes atribuído a cada profissional, torna-se mais rigorosa e articulada com o perfil de complexidade assistencial, o grau de dependência dos doentes e com os cuidados de enfermagem a prestar (ACSS,2010).

Os indicadores do SCD/E foram considerados na elaboração da norma de dotações seguras, da Ordem dos Enfermeiros. Em cada organização, os indicadores são validados por processos de Auditoria Interna (intrahospitalar) e de Auditoria Externa (interhospitalar), com a finalidade de verificar se as atividades e respectivos resultados estão adequados às normas de referência, garantindo a qualidade assistencial e conformidade com as disposições planeadas, bem como a confiabilidade dos resultados.

A ACSS (2010,p.72) desenvolveu os quadros de auditoria e definiu as regras, que clarificaram conceitos e procedimentos subjacentes aos processos de auditoria interna e externa.

“Auditoria interna consiste num processo sistémico, independente e documentado realizado por auditores internos, com vista a validar os resultados das classificações de doentes, a produção diária de indicadores

e os resultados das medidas corretivas implementadas no serviço/unidade, decorrente de não conformidades anteriores”.

“Auditoria externa consiste num processo sistémico, independente e documentado realizado por auditores externos, com vista a validar os resultados da auditoria interna e avaliar os resultados das medidas corretivas implementadas na organização, decorrente de não conformidades anteriores” (ACSS, 2010, p.72).

Na concepção do Manual do SCD/E foram definidos: Processos de Gestão, Processos Operacionais e Processos de Suporte. Os processos de gestão estabelecem as estratégias e orientações para funcionamento da organização. Os processos operacionais permitem a interface direta com o cliente e meio envolvente, podem também ser designados de realização. E finalmente os processos de suporte que sustentam e permitem operacionalizar os processos operacionais e os de gestão (ACSS,2010).

No estudo foram utilizados os quadros de classificação de: Cardiologia, Cirurgia/Medicina, Obstetrícia; Obstetrícia - Gémeos, Ortopedia e Pediatria. Estes quadros englobam nove áreas de cuidados, sendo eles: Higiene e Cuidados Pessoais; Nutrição; Movimentação; Eliminação; Medicação; Tratamentos; Sinais Vitais/Outras Avaliações; Atividades de Apoio e Educação para a Saúde e Avaliação e Planeamento de Cuidados.

Para cada área de cuidados estão definidos níveis de dependência que são assinalados pelo enfermeiro de acordo com a necessidade de cuidados; a soma dos pontos obtidos é convertida em horas de cuidados necessárias por dia e por doente, através de uma tabela de conversão. Esta engloba tempo dos cuidados diretos tabelados, tempo dos cuidados indiretos e tempo dos cuidados diretos não tabelados nos quadros de classificação de doentes. Nos quadros, a complexidade assistencial pode ser pontuada de 1 a 137 pontos, em que cada ponto corresponde a seis minutos, as horas de cuidados totais são calculadas para cada pessoa, por dia e oscilam entre uma hora e 15 horas de cuidados necessários.

O SCD/E não utiliza valores médios de horas de cuidados por grupo de complexidade assistencial, por ser um sistema individualizado, flexível e global, o que permite conhecer para o mesmo doente no mesmo episódio de internamento, dia a dia, o número de horas de cuidados necessários (GELBCKE,2018).

Em 2017, o SCD/E estava operacionalizado em 372 unidades de cuidados de 49 unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde, abrangendo hospitais públicos dos Grupos I, II, III e IV. No acervo nacional do Ministério da Saúde, constam 42.821.493 de classificações desde o início de produção de dados em 1986. O número de classificações/ano tem sido constante, com cerca de 2,5 milhões de registos anuais.

3 | MÉTODO

Efetuiu-se um estudo reflexivo pós facto enquadrado no paradigma quantitativo de natureza descritiva e exploratória, constituindo um estudo de caso. O universo do estudo foi de 10.131.562 classificações de doentes, sendo a amostra constituída por 303.214 classificações de doentes, efetuadas no período de 2014-2017, num hospital central do Grupo II. Correspondendo a 1.461 dias de classificação, efetuadas nas unidades de cuidados de internamento de cardiologia, cirurgias, medicinas, obstetrícia, ortopedia e pediatria.

O instrumento de colheita de dados utilizado foi a aplicação informática do SCD/E da organização estudada, considerando que a base de dados possui potencialidades que permite “reunir dados cuja exploração merece ser continuada com vista a ser um instrumento de apoio à decisão nos hospitais na gestão em enfermagem” (VEIGA, 1996, p. 198).

O desenvolvimento do estudo respeitou as normais nacionais e internacionais de ética em pesquisa, tendo sido autorizado pelo gestor estratégico da organização, de referir, que os indicadores apresentados constam dos relatórios públicos da Administração Central do Sistema de Saúde.

4 | RESULTADOS

Os indicadores produzidos na organização hospitalar nas unidades de cuidados de internamento, no período em análise 2014 - 2017, nas nove unidades de internamento, sendo quatro da área de medicina, três de cirurgia, um de obstetrícia e um de pediatria, foram:

- Nas Horas de Cuidados Necessárias por Dia de Internamento (HCN/DI) verificando-se um aumento 0.07 horas de cuidados necessárias, o valor médio passou de 5.06 para 5.14, este valor está relacionado com a dependência dos doentes e com a gravidade das situações clínicas.
- Nas Horas de Cuidados Prestados por Dia de Internamento (HCP/DI) verificando-se uma variação positiva de 0.27 passou de 4.74 para 5.01, este aumento está relacionado com o número de enfermeiros disponíveis na prestação de cuidados.
- A Taxa de Utilização do Pessoal de Enfermagem teve uma variação negativa passou de 106.75% para 102.59 % decorrente das HCN/DI e HCP/DI.

5 | DISCUSSÃO

No Quadro 1, apresenta-se o valor das HCN/DI por especialidade, obtido através da média, dividindo-se o total das HCN pelo valor total de classificações efetuadas, em cada

especialidade, no período em estudo.

Nos departamentos de medicina e de cirurgia e anestesiologia, o valor das HCN/DI aumentou respetivamente de 0.12 e 0.22 por dia e por doente; relacionado com a complexidade dos processos assistenciais, a idade dos doentes e gravidade do perfil assistencial, nomeadamente doentes mais dependentes em cuidados, com múltiplas doenças crónicas, limitações funcionais e comorbilidades. Relativamente ao valor das HCP/DI nos departamentos de medicina e de cirurgia e anestesiologia, o diferencial foi de mais 0.5 e menos 0.1 por dia e por doente, no geral foram disponibilizados mais recursos humanos, mas, sem grande impacto no indicador, decorrente do aumento da taxa de absentismo.

A sobre utilização identificada no departamento de medicina de 140.90 % e no departamento de cirurgia e anestesiologia de 134.65 %, significa que apesar da evolução do valor das HCP/DI, como aumentou o valor das HCN/DI, as equipas podem ter estado subdimensionadas. A sobrecarga e subcarga de trabalho de enfermagem geram processos de desgaste(LIMA,2009; Kurganct,2008), aumenta a probabilidade de riscos a eventos adversos (MAGALHÃES,2009; FASSINI,2012; ARAUJO,2016), colocando em risco a segurança de doente e profissionais (ANTUNES, 2003; QUADROS,2016; FREITAS,2015; GUERRA,2017).

De referir que a nível nacional existe uma variação negativa entre HCN/DI e HCP/DI, em todas as regiões de saúde de Portugal (GELBCKE, 2018).

No departamento da mulher e da criança, que engloba o serviço de obstetrícia e pediatria, constata-se que a taxa de utilização média foi de 80.99 %, ou seja, uma variação positiva entre a procura e a oferta de cuidados de enfermagem, estando em linha com o indicador nacional em todas as regiões de saúde de Portugal (GELBCKE, 2018), significando subutilização do pessoal de enfermagem relacionada com a taxa de ocupação, a lotação das unidades e o número de postos de enfermagem por turno, de modo a garantir a qualidade e a segurança dos cuidados. Como metodologia de rentabilização dos recursos foi efetuada a flexibilização de recursos nas escalas de horário e mobilização de recursos entre unidades, tal como se observa no Quadro 1.

Indicadores 2014-2017 Departamento	HCN/DI (Valor Médio)	HCP/DI (Valor Médio)	Δ (HCP-HCN)	Taxa de Utilização (HCN/HCP) *100
Medicina	6.51	4.62	(-)1.89	140,90
Cirurgia e Anestesiologia	5.44	4.04	(-)1.40	134,65
Obstetrícia	3.43	4.33	(+)0.90	79,21
Pediatria	4.95	5.98	(+)1.03	82,77

Quadro 1 - Evolução dos indicadores de resultados 2014-2017

Fonte: Plataforma informática da organização estudada (2019)

No Quadro 2, verifica-se que o valor do indicador HCN/DI da organização estudada é superior comparativamente ao valor do indicador nacional das unidades de cardiologia, cirurgia geral, medicina, ortopedia e pediatria, sendo igualmente superior quando comparado com o valor dos restantes hospitais do grupo II. O indicador no serviço de obstetrícia é inferior comparativamente com o valor nacional, mas é superior face ao valor do grupo, por ainda, constituir uma área pouco diferenciada e também devido à localização geográfica do hospital estudado.

Nos últimos anos ocorreu uma grande diferenciação assistencial, passando de hospital distrital a hospital central. O restante dos hospitais da região tendo subjacente as redes de referência, transferem para o hospital estudado as situações de maior complexidade assistencial, o que determina maiores necessidades de cuidados de saúde e de enfermagem aumentando o indicador HCN/DI.

Indicadores Unidades de cuidados	HCN/DI Valores Nacionais	HCN/DI Valores dos Hospitais do Grupo II	HCN/DI Valores do Hospital estudado
Cardiologia	4.45	4.13	5.11
Cirurgia Geral	5.16	4.47	5.57
Medicina	6.20	5.38	6.99
Obstetrícia	3.57	3.19	3.45
Ortopedia	5.42	4.67	5.54
Pediatria	4.11	3.53	5.41

Quadro 2 - Indicador HCN/DI em 2017

Fonte: Relatório anual do SCD/E (2017)

Ao analisar a pontuação total das áreas de cuidados e sua hierarquização, temos de considerar que o n.º de classificações efetuadas não é igual nos departamentos em estudo.

O departamento de Cirurgia e Anestesiologia engloba duas unidades de internamento de cirurgia e uma de ortopedia, com lotação total para 121 doentes. As áreas de cuidados mais pontuadas foram a medicação, movimentação e eliminação. Noutros estudos foram igualmente identificadas as áreas de mobilidade e eliminação e ainda a higiene corporal e tratamentos (ROCHA,2013).

O departamento de medicina engloba o serviço de cardiologia, convalescença, especialidades médicas e duas medicinas, com lotação total para 122 doentes. As áreas de cuidados mais pontuadas foram a movimentação, medicação e nutrição, corroborando outro estudo realizado em Portugal (VEIGA, 1996). Estudos internacionais, evidenciam também que a maior carga de trabalho se enquadra nas áreas de cuidados da medicação, locomoção e ainda monitorização, cuidado corporal e eliminações (SILVA,2016), outros estudos evidenciam as áreas do cuidado corporal, educação para a saúde, eliminações e

motilidade (ROCHA,2013; URBANETTO,2012).

Neste estudo, os resultados obtidos evidenciam maior dependência do doente nos departamentos de medicina e de cirurgia e anestesiologia. Estes resultados relacionam-se com comorbidades, faixa etária elevada, alta complexidade do nível assistencial associado a maiores complicações, decorrente das doenças crônicas ou comorbidades prévias, o que implica mais tratamentos e procedimentos.

No departamento da mulher e da criança, no serviço de Obstetrícia, as áreas de cuidados mais pontuadas foram a nutrição, sinais vitais/outras avaliações e as atividades de apoio e educação para a saúde. No serviço de Pediatria, as áreas de cuidados mais pontuadas foram as atividades de apoio e educação para a saúde, medicação e sinais vitais/outras avaliações. Os estudos demonstram que nestas unidades, as áreas de cuidados mais classificadas são sinais vitais/outras avaliações e atividades de apoio/educação para a saúde, nesta área enquadra-se o apoio psicológico e o ensino programado. O apoio psicológico é pontuado nas situações em que o doente/família apresenta sinais de inadaptação ao internamento, à doença e à incapacidade, necessitando de apoio para enfrentar a situação. O ensino programado nas situações, em que o doente ou familiar necessitam de ensino específico, quer no âmbito dos cuidados de saúde, quer de estimulação ao autocuidado, de modo a adquirir a independência e integrar-se no seu meio familiar, social e profissional, conforme se observa no Quadro 3.

Departamento \ Área de Cuidados	Cirurgia e Anestesiologia	Medicina	Mulher e da Criança	
			Obstetrícia	Pediatria
Higiene e Cuidados Pessoais	182.520	148.502	48.308	18.461
Nutrição	198.023	196.549	78.260	42.554
Movimentação	309.859	337.424	5.776	20.258
Eliminação	232.174	176.898	32.507	22.601
Medicação	389.231	293.545	56.701	119.135
Tratamentos	111.084	45.947	11.849	7.586
Sinais Vitais/Outras Avaliações	202.944	184.699	77.120	70.127
Atividades Apoio/Educação para a Saúde	64.234	117.343	76.560	121.957
Avaliação e Planeamento de Cuidados	98.682	66.480	42.495	35.844

Quadro 3 - Pontuação por área de cuidado de enfermagem e por departamento no período de 2014-2017

Fonte: Dados obtidos na plataforma informática da organização estudada (2019)

A complexidade dos processos de cuidados está associada ao crescente uso de tecnologias e respetiva abordagem terapêutica (ARAUJO,2016; Gelbcke,2018), decorrem das necessidades de cuidados e determinam a sua dependência.

Face aos elevados custos associados aos processos assistenciais e, de modo a

garantir a qualidade, será fundamental englobar o custo dos cuidados de enfermagem nos contratos programas, para conseqüentemente ser efetuada a readequação do quadro de pessoal de enfermagem.

Os atuais modelos de financiamento hospitalar visam aumentar a eficiência, com menores custos e maior qualidade. No geral, o financiamento dos hospitais está associado aos Grupos de Diagnósticos Homogêneos (GDH) consistindo num sistema de classificação dos doentes internados em hospitais agudos, em grupos clinicamente coerentes e similares do ponto de vista de consumo de recursos. Na sua versão atual, cada doente é classificado num GDH, a partir do sistema orgânico afetado, a realização ou não de intervenção cirúrgica e o tipo de intervenção, o diagnóstico principal, os diagnósticos secundários, a idade e o destino após alta.

O atual sistema de financiamento é redutor, no futuro, o custo dos cuidados de enfermagem deverá ser englobado nos contratos programas, de modo a ser considerado na negociação dos recursos de enfermagem necessários.

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do SCD/E contribuem para a gestão estratégica, tática e operacional e trata-se de um instrumento que permite quantificar a carga de trabalho de enfermagem, nas unidades de internamento, nos departamentos, nas organizações hospitalares e no Ministério da Saúde.

Assenta em pressupostos críticos como a metodologia científica de organização cuidados e a metodologia individual de organização dos cuidados, que têm de estar operacionalizados nas organizações utilizadoras do SCD/E.

Na área da gestão contribui para a racionalização da gestão dos recursos humanos, com impacto na qualidade dos cuidados, mas que determina a (re)estruturação dos modelos de gestão organizacional e dos cuidados de enfermagem.

No período em análise no departamento de Medicina e de Cirurgia e Anestesiologia existiu uma sobreutilização do pessoal de enfermagem, porque a Taxa de utilização foi superior a 100 % e no departamento de Mulher e Criança existiu uma subutilização do pessoal de enfermagem, porque a Taxa de utilização foi inferior a 100 %. Em termos globais na organização hospitalar, a taxa de utilização do pessoal de enfermagem num período de 2014-2017 foi de 109,38 %, podendo significar uma necessidade na adequação/ajustamento das equipas de enfermagem, de modo a garantir um cuidado individualizado, integral e seguro. Os estudos demonstram que após a adequação de pessoal de enfermagem ocorre uma evolução positiva dos indicadores de gestão e assistenciais, melhoria da segurança do doente e da qualidade assistencial.

Os profissionais de saúde precisam (re)pensar as suas práticas e modos de cuidar, os gestores precisam adotar novos modelos de gestão que respondam às dificuldades de

alocação de recursos humanos, tecnológicos, financeiros, assegurando um cuidar baseado nas melhores práticas e com garantia de segurança dos doentes e profissionais.

Como limitações do estudo aponta-se a ausência das características sociodemográficas dos doentes e a patologia e/ou motivo da hospitalização e que devem ser englobadas em próximos estudos, bem como uma análise comparativa com hospitais de igual complexidade.

REFERÊNCIAS

ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE (ACSS). **Manual do Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem**. ACSS. 4ª ed. Lisboa, 2010.

ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE (ACSS). **Sistema Informático de Sistema de Classificação de Doentes (SICD/E)**. ACSS. 2ª ed. Lisboa, 2011.

ANTUNES A.V.; COSTA M.N. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em um Hospital Universitário. **Rev. Latino-Americana Enfermagem**. vol 11,n. 6,p.832-9, 2003

ARAUJO MT; HENRIQUES AVB; VELLOSO ISC; QUEIROZ CF; SANTOS AMR. Staff dimensioning of a hospital surgical unit. **Revista Eletr. Gestão Saúde** V.7, n.2.,p.650. 2016 Disponível em <http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3519> Acesso em 10 ago. 2019.

BARRA D.C.C.; SASSO G.T.M.D. Padrões de dados, terminologias e sistemas de classificação para o cuidado em saúde e enfermagem. **Revista Brasileira Enfermagem**.;v.64, n.6., p.1141-9, 2011

Chora J.M.L. **Fundamentos para a gestão estratégica na saúde: A enfermagem - O caso dos sistema de classificação de doentes**. Tese de Mestrado, Curso de Mestrado em Intervenção Socio-organizacional da Saúde. Universidade de Évora, Évora, 2006.

CHORA J.M.L.; PAULINO C.M.B.M.D. **Automatização do Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem**. <http://www.apegel.org/paginas/pagina1>. Acesso em 10 ago.2019. 2018 ISBN 978-989-20-8907-2.

FAKIH F.T.; CARMAGNANI M.I.S.; CUNHA I.C.K.O. Nursing personnel downsizing in a teaching hospital. **Revista Brasileira Enfermagem**. v. 59, n. 2, p.183-7, 2006.

FASSINI P.; HAHN G.V. Risk Management in Hospital Unit: Conceptions for Nursing Staff. **Revista Enfermagem UFSM**.v.2,n.2, p.290-9, 2012.

FREITAS M.J.B.S. **Dotação segura para a prática de enfermagem: Um contributo para a gestão de unidades de saúde**. Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, 2015.

FUGULIN F.M.T.; GAIDZINSKI R.R.; KURCGANT P. Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, v.13, n.1, p. 72-8, 2005.

GELBCKE F.L.; SOUZA A.P.; CUNHA B; SANTOS J.L.G. Dependency levels in hospitalized patients in surgical units of a university hospital. **Enfermería Global**, v. 52, p.570-99, 2018.

GUERRA N.E.H. **Dotações de Enfermagem: impacto na segurança dos cuidados de saúde**. Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, 2017.

KURGANCT P.; MELLEIRO M.M.; TRONCHIN D.M.R. Indicadores para avaliação de qualidade do gerenciamento de recursos humanos em enfermagem. **Revista Brasileira Enfermagem**, v. 61, n. 5, p.539-44, 2008.

LIMA A.F.C.; KURGANCT P. Indicadores de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem. **Revista Brasileira Enfermagem**, v. 62, n. 2, p. 234-9, 2009.

MAGALHÃES A.M.M.; RIBOLDI C.O.; DALL'AGNOL C.M. Planejamento de recursos humanos de enfermagem: desafio para as lideranças. **Revista Brasileira Enfermagem**.v. 62, n. 4, p. 608-12, 2009.

MAGALHÃES A.M.M.; RIBOLDI C.O.; GUZINSKI C.; SILVA R.C.; MOURA G.M.S.S. Grau de dependência de pacientes em unidade de internação cirúrgica. **Revista Brasileira Enfermagem**. v. 68, n. 5, p. 824-9, 2015.

MAYA C.M.; SIMÕES A.L.A. Implicações do dimensionamento do pessoal de enfermagem no desempenho das competências do profissional enfermeiro. **Revista Brasileira Enfermagem**. v. 64, n. 5, p. 898-904, 2011.

PERROCA M.G.; GAIDZINSKI R.R.. Patient classification system: construction and validation of an instrument. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. V. 32, n. 2, p 153-68, 1998. Disponível em <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/430.pdf>. Acesso em 10 ago. 2019

QUADROS D.V.; MAGALHÃES A.M.M.; MANTOVANI V.M.; ROSA D.S.; ECHER I.C. Análise de indicadores gerenciais e assistenciais após adequação de pessoal de enfermagem. **Revista Brasileira Enfermagem**. v. 69, n. 4, p.684-90, 2016.

ROCHA L.S.; SOUZA E.M.S.; ROSENDO C.A. Basic human needs and nursing care dependency of institutionalized elders. **Revista Eletronica de Enfermagem** V.15, n. 3, p. 722-30, 2013.

SALES F.M.; SANTOS I. Profile of Elderly People Hospitalized and Dependence Levels of Nursing care: Identification of necessities. **Texto Contexto Enfermagem**.v. 16, n. 3, p.495-502, 2007.

SILVA K.S.; ECHER I.C.; MAGALHÃES A.M.M. Patients dependency degree in relation to the nursing team: a management tool. **Escola Anna Nery**.v. 20, n. 3, 2016.

SOMENSI R.M.; CAREGNATO R.C.A.; CERVI G.H.; FLORES C.D. Carga horária de trabalho: comparação dos métodos observacional e on-line. **Revista Brasileira Enfermagem**. v.71, n. 4, p.1960-7, 2018.

URBANETTO J.S.; MARCO R.; CARVALHO S.M.; CREUTZBERG M.; OLIVEIRA K.F.; MAGNAGO T.B.S. Grau de dependência de idosos hospitalizados conforme o sistema de classificação de pacientes. **Revista Brasileira Enfermagem**. v. 65, n. 6, p.950-4, 2012.

VANDRESEN L.; PIRES D.E.P.; LORENZETTI J.; ANDRADE S.R. Classification of patients and nursing staff's sizing: contributions of a management technology. **Revista Gaúcha Enfermagem**, 2018;39:e2017-0107, 2018.

VASCONCELOS R.O.; RIGO D.F.H.; MARQUES L.G.S.; NICOLA A.L.; TONINI N.S.; OLIVEIRA J.L.C. Dimensioning of hospital nursing personnel: study with brazilian official parameters of 2004 and 2017. **Escola Anna Nery**. v 21, n.4, p. 1-8, 2017.

VEIGA B.S.; ABRANTES I.M. O Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem no GDH 14 - Doenças Cerebrovasculares. **Revista Servir**.v. 44, n. 4, p. 193-8, 1996.

VEIGA M.B.S.; BARROS M.I.M; PEREIRA MTQ.; SILVA NR. Sistema de classificação de doentes baseado em graus de dependência de cuidados de enfermagem. **Revista de Enfermagem**. n.10, p.13-8, 1987.

CAPÍTULO 4

GERENCIAMENTO EM ENFERMAGEM: PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS DE UM HOSPITAL PÚBLICO

Data de aceite: 01/08/2021

Ivo Ferreira de Santana

Enfermeiro pela Faculdade de Ensino Superior
de Floriano – FAESF
Simplicio Mendes - Piauí
<http://lattes.cnpq.br/9794641547987741>

Joélio Pereira da Silva

Docente da Faculdade de Ensino Superior
Floriano – FAESF
Floriano - Piauí
<http://lattes.cnpq.br/6373086785112355>

RESUMO: Os profissionais enfermeiros são de fundamental importância no gerenciamento da unidade hospitalar, com isso, a presença destes profissionais, nesse ambiente que possuem conhecimentos acerca das estruturas hospitalares e dos processos assistenciais, torna-se agentes nas operacionalidades dessas ações. Este estudo teve como objetivo geral identificar os significados, vivenciados pelos enfermeiros no gerenciamento em enfermagem de um hospital público no município de Simplicio Mendes, PI. Os objetivos específicos: traçar o perfil profissional dos participantes do serviço; descrever os sentimentos do enfermeiro que emergem da condição de gerenciamento na unidade hospitalar e compreender a visão dos enfermeiros relacionados ao exercício da assistência na unidade hospitalar. A metodologia realizada foi um estudo de caráter descritivo exploratório e natureza qualitativa, e de campo,

utilizando entrevista semiestruturada, contendo perguntas abertas, fechadas, o instrumento foi dividido em duas partes; a primeira com dados de identificação, e a segunda parte instigando o entendimento quanto ao gerenciamento de enfermagem. O estudo revelou que na amostra os 06 participantes possuem conhecimentos sobre gerenciamento de enfermagem, e a importância desta ferramenta no processo do cuidado, assim é fundamental que os profissionais de saúde sejam capacitados para tomar decisões. Contudo, o estudo propiciou uma maior reflexão sobre a prática gerencial do enfermeiro em relação a sua formação profissional que é a tomada de decisão com base no atendimento de qualidade para os pacientes.

PALAVRAS - CHAVE: Gerenciamento de enfermagem. Enfermeiros. Hospital.

NURSING MANAGEMENT: PERCEPTION OF THE NURSES OF A PUBLIC HOSPITAL

ABSTRACT: The professionals nurses are of fundamental importance in the administration of the unit hospitalar, with that, these professionals' presence, in that adapts that possess knowledge concerning the structures hospitalares and of the processes assistenciais, he/she becomes agents in the operacionalidades of those actions. This study had as general objective to identify the meanings, lived by the nurses in the administration in nursing of a public hospital in the municipal district of Simplicio Mendes, PI. The specific objectives: to draw the participants of the service professional profile; to describe the nurse's feelings that emerge of the administration

condition in the unit hospitalar and to understand the nurses' related to the exercise of the attendance vision in the unit hospitalar. The accomplished methodology was a study of exploratory descriptive character and qualitative nature, and of field, using glimpsed semiestruturada, containing questions open, closed, the instrument was divided in two parts; the first with identification data, and the second break urging the understanding as for the nursing administration. The study revealed that in the sample the 06 participants possess knowledge on nursing administration, and the importance of this tool in the process of the care, it is like this fundamental that the professionals of health are qualified to make decisions. However, the study propitiated a larger reflection on the nurse's managerial practice in relation to his/her professional formation that is the socket of decision with base in the quality service for the patients.

KEYWORDS: Nursing administration. Nurses. Hospital

1 | INTRODUÇÃO

O gerenciamento é um instrumento de trabalho utilizado para definir as ações de uma organização ou grupo de pessoas; sendo que na enfermagem deve reunir esforços que visem ao alcance de objetivos propostos na prestação da assistência a sua clientela. Para a execução do processo gerencial de enfermagem, recomenda-se a utilização de um conjunto de instrumentos técnicos próprios da gerência, ou seja, organização, o planejamento, o dimensionamento de pessoal de enfermagem, o recrutamento e seleção, a educação continuada e/ou permanente, a supervisão, a avaliação de desempenho dos outros. Utilizar também meios como força de trabalho, os materiais, equipamentos e instalações, além de diferentes saberes administrativos (NASCIMENTO, 2013).

O termo administração ao longo do tempo foi recebendo sinônimos como gerenciamento ou gestão e o ato de gerenciar começou a ser discutido mundialmente como recurso estratégico, tendo entre outros significados qualquer posição de direção ou chefia com o objetivo de alcançar as metas previstas, por meios de aglutinação de esforços. O gerenciamento em enfermagem é uma atividade que puncionada a articulação e a integração entre a equipe de saúde com o objetivo de tornar possível o processo do cuidar seja ele individual e coletivo. Para o exercício da gerencia teve como base teórica a ciência da administração e usou-se das funções administrativas para o processo de trabalho de gerencia em enfermagem (NASCIMENTO, 2013).

A gerência de enfermagem configura-se como instrumento no processo do cuidar, podendo ser entendido como um processo de trabalho específico compostos por elementos constituintes como o objeto de trabalho (recursos humanos e organização do trabalho). Portanto, o enfermeiro no processo gerencial tem como finalidade obter as condições adequadas de assistência e trabalho para desenvolver a atenção à saúde pela equipe. Qual a percepção dos enfermeiros em relação ao gerenciamento de enfermagem em unidade hospitalar?

O que impulsionou o interesse pelo tema foi à realização de um estágio extracurricular realizado num hospital público do estado do Piauí. Observou-se a insatisfação e descontentamento das repostas demonstrada pela equipe aos comandos do gerenciamento pelos enfermeiros. Com isso despertou-se o interesse de aprofundar os conhecimentos sobre a temática, identificando a percepção desses profissionais.

Este trabalho poderá contribuir para futuras pesquisas, não somente acadêmicas, mas na formação de profissionais, contribuindo para discussão no cenário científico, bem como cumprir o papel do acadêmico como pesquisador fornecendo subsídios a sociedade em conhecimentos dos benefícios do bom gerenciamento da equipe de enfermagem pelo enfermeiro (a), sendo aquela a principal consumidora da assistência oferecida.

2 | GERENCIAMENTO EM ENFERMAGEM

A enfermagem, ciência do cuidado, caracteriza-se por ser uma atividade interrupta, necessita da colaboração de todos os membros da equipe e da figura dos gerentes, responsáveis pela tomada de decisões e por providenciar a manutenção do serviço; a ação gerencial de enfermagem reúne esforços de todos para alcançar os objetivos traçados para assistência de enfermagem prestada ao cliente. A ideia de gerência em enfermagem reporta à previsão, aquisição, transporte, recebimento, armazenamento, conservação, distribuição e controle por parte do enfermeiro gerente (SANCHES, CHRISTOVAM, SILVINO, 2010).

O termo gerenciamento é usado para definir as ações de direção ou fecho de uma instituição ou grupo de pessoas. O enfermeiro tem buscado ao longo dos anos adequar ou até mesmo equilibrar os modelos administrativos ao modelo assistencial; existem várias concepções acerca do gerenciamento, porém estas devem estar fundamentadas em teorias administrativas e principalmente voltada para o sujeito que é o agente dessa ação (PIMENTEL, 2012).

Complementado, Greco (2014) sintetiza a gerência como: “Processo por meio do qual um grupo cooperativo de pessoas em uma instituição dirige suas ações e recursos para a consecução de metas e objetivos”, que por diversas transformações que ocorrem na sociedade nos campos tecnológicos, da comunicação, na geopolítica e geoeconômica passa ser um instrumento cobiçado mundialmente, sendo este uma ferramenta discutida ao longo do tempo por todos como um recurso estratégico no sentido de direção ou chefia que tem como objetivo de alcançar metas previstas pela aglutinação de esforços.

Os instrumentos do processo de trabalho administrativo de enfermagem, também entendido pelas mesmas como gerência de enfermagem: o planejamento, o direcionamento de pessoal, o recrutamento e a seleção, a educação, a supervisão, a avaliação de desempenho de serviços, os saberes administração de gestão e gerencial local. A gerência de enfermagem, no contexto macro de serviço de saúde, sofreu influência das Teorias da Administração na organização do processo de trabalho. (FELLI E PEDUZZI, 2011).

O gerenciamento não se desenvolveu como uma área de conhecimento específico, os hospitais adotaram modelos advindos de outros setores produtivos, a princípio os hospitais sofreram influências religiosas e militares. Como avanço da industrialização e expansão do sistema capitalista, novas tecnologias surgiram. Chiavenato, (2012) afirma que cada teoria surgia como uma resposta aos problemas empresariais apresentados a cada época. E que são cinco variáveis: tarefas, estruturas, pessoas, ambiente e tecnologia, que influenciam a cada um no seu tempo, a diversificação de teorias administrativas, marcando um gradativo passo na Teoria Geral de Administração (TGA). (BERNARDINO, 2011)

No âmbito hospitalar o modelo gerencial utilizado, recebe forte influência da administração clássica e modelos conservadores, principalmente do modelo taylorista/fordista e burocrático, que se apresenta por divisão de trabalho, levando em consideração uma relação impessoalidade nas relações pessoais e uma hierarquização, verticalização na gestão, entre outros (PIRES; MATOS, 2012).

Portanto, vale enaltecer neste contexto, o conceito de gerência em saúde e em enfermagem adotado, vai além da teoria geral da administração e da abordagem burocrática, denominando assim, que a gerência como o instrumento do processo de trabalho da enfermagem constituído de por quatro dimensões, sendo elas cuidar/assistir, administrar/gerenciar, investigar/pesquisar e educar/ensinar (MISHIMA et al., 2010).

Para o enfermeiro na dimensão do cuidar toma como objeto de intervenção as necessidades assistências dos cuidados de enfermagem prestado diretamente ao paciente e tem por finalidade o cuidado integral; já na dimensão gerenciar, o enfermeiro toma como objeto a organização do trabalho e os recursos humanos em enfermagem, com a finalidade de promover, implementar as condições adequadas de cuidado dos pacientes e de obtenção do desempenho para sua equipe. (FELLI; PEDUZZI, 2011).

Com ênfase no o processo de trabalho “assistir” é o identificador da profissão do enfermeiro. O processo de trabalho “educar” é direcionado para a tentativa de promoção e transformação da consciência individual e coletiva da saúde de modo que o indivíduo possa adquirir sua própria independência e autonomia. Assim, fica evidente que a comunicação é o canal que favorece o elo que deve ser planejado para resultar em ensino e, não, em alienação. E o processo de trabalho “gerenciar” é o trabalho proposto como privativo do enfermeiro, de acordo com a Lei do exercício profissional de enfermagem (LEOPARDI; GELBECKE; RAMOS, 2011).

Contudo, a enfermagem no seu processo de trabalho, tem como característica definidora a divisão de serviço, a partir das categorias: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, contribuindo assim, para fragmentação do trabalho. Então sendo o cuidado o núcleo do trabalho de enfermagem; observa-se que esse cuidado é executado a partir de dois cenários distintos: o cuidado com foco nos procedimentos e raciocínio clínico e o cuidado ampliado, o qual agrega os procedimentos e a clínica, o diálogo e a interação com o paciente, considerando a situação e o contexto (PEDUZZI; HAUSMANN, 2010).

A enfermagem trás para si como objeto central de seu trabalho, o cuidado de enfermagem, esse sobre tudo é executado, sobretudo pelos auxiliares e técnicos de enfermagem. Ao enfermeiro cabe o gerenciamento do cuidado e da unidade de enfermagem. Todavia, é possível constatar que tanto enfermeiros, com técnico e auxiliares de enfermagem referem-se que a atividade de gerenciamento como parte burocrática agregada aos registros de tarefas realizadas (FELLI; PEDUZZI, 2011).

A atuação dos gerentes se limita a atender às exigências do superior administrativo, o que representa uma dicotomia entre o que se espera do enfermeiro e o que se verifica na sua ação cotidiana nas instituições de saúde. O desempenho de funções pela maioria dos enfermeiros gerentes de saúde tem sido a causa de muita polêmica na profissão. Os enfermeiros em processo de trabalho existem muitas divergências e convergências sobre a administração em Enfermagem e sua relação com o trabalho do enfermeiro (PEDUZZI; HAUSMANN, 2010).

As experiências tem apresentado importante destaque pela experiência na utilização do modelo de gerenciamento da qualidade, uma expectativa que atinge um padrão aceitável de assistência de Enfermagem, sem se esquecer de atender às expectativas dos trabalhadores e pacientes. Os Enfermeiros de uma instituição devem verbalizar orgulho em pertencer à referida instituição, apesar de considerar que precisam ainda ser mais reconhecidos pelo que fazem (MISHIMA et al., 2010).

3 | METODOLOGIA

Para a realização desse estudo foi desenvolvida a metodológica de abordagem qualitativa de caráter descritivo-exploratória. A pesquisa se deu no Hospital Estadual José de Moura Fé, município de Simplício Mendes, situado no alto médio do Vale do Rio Canindé, no centro Sul do Piauí, sendo hospital com 30 leitos funcionastes; inauguradas no dia 09 de julho de 1975, presta atendimento além da referida cidade, a demais municípios vizinhos supracitados. O mesmo apresenta um quadro funcional de 22 Técnicos de Enfermagem e sete (07) Enfermeiros, formando o número contingencial de recursos humanos para o dimensionamento de pessoas. O conjunto universo da pesquisa são sete (07) enfermeiros que se encontram no quadro de funcionários da instituição, sendo que os enfermeiros aceitaram participar da pesquisa.

Após liberação do projeto de pesquisa pela Comissão ética da Faculdade de Ensino Superior (FAESF), protocolado nº 001939/2017 e a autorização pelo diretor geral e a coordenadora de enfermagem do referido hospital. Os dados foram coletados através de uma entrevista semiestruturada, contendo perguntas abertas, fechadas, de acordo com os objetivos que norteiam a pesquisa. O instrumento foi dividido em duas partes; a primeira com dados de identificação, e a segunda parte entendimento quanto ao gerenciamento de enfermagem. Sendo aplicada no próprio local de trabalho dos participantes, no período de

setembro a outubro de 2017.

As informações obtidas foram analisadas da seguinte forma: os objetivos foram analisados e distribuídos estatisticamente através Microsoft (2010) utilizando medidas simples como distribuição numérica e de percentuais, armazenando em tabelas. E os dados subjetivos foram representados em categorias. As transcrições dos depoimentos foram realizadas na medida em que foram colhidas, mantendo as falas na íntegra, sem convicções da língua culta, garantindo o anonimato, o sigilo e confidencialidade dos participantes através da codificação com (E1, E2, E3... E7).

A presente pesquisa foi submetida à Comissão Interno de Ética e Pesquisa (CIEP) da Faculdade de Ensino Superior de Floriano –FAESF; mediante a carta de encaminhamento. Foi encaminhado o termo de consentimento institucional a autoridade competente “TCI”, e após os deferimentos, foram apresentados aos participantes o termo consentimento livre e esclarecido “TCLE”, com as devidas informações prestadas quanto ao processo da pesquisa, seus objetivos e relevância.

Na realização da pesquisa foi preservado todo o aspecto ético fundamental, preconizado pela norma N° 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde / Ministério da saúde, sobre pesquisa envolvendo seres humanos, incorporando, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado. E também foi levada em consideração a observância da Resolução 311/2007 COFEN que institui o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

4 | RESULTADOS DISCUSSÃO

A mostra foram seis (06) enfermeiros atuantes em um Hospital da Cidade de Simplício Mendes-Piauí, responderam a entrevista semiestruturada demonstrando conhecimento sobre o gerenciamento em enfermagem, no processo do cuidado, do processo analítico emergiram as seguintes categorias: o gerenciamento em enfermagem: percepção dos enfermeiros de um hospital público. Para preservar a identidade dos participantes foram adotados subscritos tais como letra do alfabeto, exemplo: E.

De acordo com a tabela 1, os dados sociodemográficos, a maior parte dos participantes são do sexo feminino que corresponde a um total de 83,33% e masculino com (16,66%). Nesse estudo detectou em relação ao sexo feminino maior predominância nessa profissão. O resultado está em consonância ao estudo realizado sobre o perfil sociodemográfico de enfermeiros nos hospitais de Cuiabá-MT; Ribeiro et al (2014) demonstrou que a enfermagem é uma profissão onde ocorre prevalência do gênero feminino; levando em consideração que há uma relação histórica entre esse predomínio e o cuidado, atividade referencial da profissão.

CATEGORIAS	Nº	%
Sexo		
Feminino	05	83,33%
Masculino	01	16,66%
Idade		
20-30	04	67,0%
31-40	01	16,5%
41-50	01	16,5%
Estado Civil		
Solteiro	04	67,0%
Casado Situação Estável	02	33,3%
Tempo de formado		
< 05 anos	04	67,0%
06- 10 anos	01	16,5%
11- 15 anos	01	16,5%
Possui pós-graduação		
Sim	06	100%
Efetivo	05	83,33%
Contratado	01	16,66%
Trabalha em outra instituição		
Sim	06	100%
Qual a renda		
2-3 salários mínimos	03	50%
3-5 salários mínimos	03	50%
TOTAL	06	100%

Tabela 1 – Características sócio demográficas de enfermeiros de um Hospital da Cidade de Simplicio Mendes, Piauí – 2017.

Fonte: Pesquisa direta

Quanto à idade os participantes com 67% possuem entre 20 a 30 anos; os participantes entre 31 a 40 e 41 a 50 anos corresponde a um porcentual de 16,5% respectivamente. Este resultado evidencia que o grupo de participantes investigados é composto por jovens, estando em consonância com a literatura estudada Corrêa (2012). De acordo com a autora acima, idade semelhante ao resultado encontrado na presente pesquisa em que houve associação significativa nos resultados deste estudo em relação à idade dos enfermeiros.

No que tange o estado civil, o de maior prevalência foi solteiro com 67%; com 33,3% da amostra são casado ou situação estável. Com relação ao tempo de formado destaca-se a prevalência menor que 5 anos de formados com 67%, entre 6 a 10 anos e 11 a 15 anos de formados com 16,5% tiveram a mesma representatividade, ou seja, 16,5% cada. No caso de possuir pós-graduação 100% dos participantes afirmaram sim. Com um índice de 83,33% em relação a forma de contratação efetivo e 16,66% são contratados. No que tange o trabalho em outra instituição os participantes afirmaram que sim com 100%, mostrando que pra sobreviver é preciso trabalhar em outra instituição. Quanto a renda os participantes da mostra entre 2 e 3 salários mínimos e 4 a 5 salários mínimos 50% respectivamente.

Os participantes classificaram bom com 66,66% o processo de gerenciamento de enfermagem para a assistência do cuidado ao paciente de um Hospital e com 33,33% regular

(tabela 2). Para Amaral et al. (2011) vem a reforçar tal prerrogativa ao afirmar, que a equipe de enfermagem que atua em hospital deve configurar entre as prioridades da gerência, tendo em vista o aprimoramento das habilidades técnicas e gerenciais do processo de atendimento hospitalar de urgência. Dessa forma, se percebe um índice elevado pelos cuidados profissionais de enfermagem em relação aos cuidados na realização do gerenciamento em enfermagem na urgência e emergência hospitalar, merecendo destaque a dificuldade em se trabalhar gerenciamento intercalado com o modelo assistencial no setor de urgência hospitalar.

CATEGORIAS	Nº	%
Bom	04	66,66%
Regular	02	33,33%
TOTAL	06	100%

Tabela 2 – Distribuição que classifica o processo de gerenciamento de enfermagem para a assistência do cuidado ao paciente de um Hospital da Cidade de Simplicio Mendes, Piauí – 2017.

Fonte: Pesquisa direta

A percepção sobre prática do gerenciamento na assistência de enfermagem, interfere no resultado do cuidado de um Hospital da Cidade de Simplicio Mendes, Piauí – 2017

Quando perguntado aos participantes se a dificuldades entre o gerenciamento e a assistência de enfermagem, interfere no resultado do cuidado de um Hospital todos concordaram com 100% que sim. Para Alves et al (2012) o uso das teorias de enfermagem, as práticas ainda permanecem fragmentadas, embasadas em sinais e sintomas da doença, e, na solução dos problemas, prevalece a lógica dos serviços, nem sempre se considerando o atendimento das necessidades de quem recebe o cuidado.

Com isto, os participantes descrevem a dificuldade entre o gerenciamento e a assistência de enfermagem em que a necessidade de romper com as dificuldades referentes ao cuidar e gerenciar, teoria e prática, com baixa qualidade de atendimento, gastos desnecessários, resultando em uso pouco apropriado dos recursos disponíveis. Dessa forma, reflete na garantia dos direitos de cidadania, e no acesso aos serviços de saúde.

CATEGORIA I - Qual entendimento sobre gerenciamento de enfermagem?

A gerência representa uma ferramenta do processo de cuidar tendo como finalidade recursos humanos qualificados e trabalho organizado para obter as condições adequadas de assistência e de trabalho, buscando desenvolver a atenção à saúde e os saberes administrativos que utilizam ferramentas específicas para serem operacionalizados. (AMARAL et al. 2011). Os participantes do estudo quando indagados sobre o entendimento

relacionado ao gerenciamento destacando nos depoimentos abaixo:

(...) Direcionando-nos no trabalho, cobrando assim resultados e organização doserviço. (E1)

(...) Direciona e gerencia a equipe de enfermagem. (E2)

(...) Delegar ações ou funções para cada nível da equipe (E3)(...) Delegar funções cada para cada profissional (E4).

(...) O profissional de enfermagem tem a capacidade de incluir ações de administraçãopara melhorar o processo do trabalho de enfermagem (E5).

(...) Entendo pouca coisa, mas deve investir nos recursos humanos, e no trabalho emequipe (E6).

Os depoimentos representados acima sobre o entendimento de gerenciamento de enfermagem estão direcionados ao processo na organização do trabalho em busca de resultados com o objetivo de torná-lo mais qualificado e produtivo e não perder de vista a qualidade da assistência para o funcionamento do serviço, que deve ser passado pela delegação das atividades, supervisão e orientação para cada nível da equipe, com a missão da categoria e da instituição para melhorar o processo do trabalho de enfermagem com qualidade e a satisfação dos trabalhadores. Segundo Vaghetti et al (2014) em seus estudos atribui autoridade e poder aos enfermeiros que possuem a necessidade profissional de controlar parte de exercício de suas ações, em seu processo de trabalho.

No caso do participante E6, em que relatou: *entendo pouca coisa, mas deve investir nos recursos humanos, e no trabalho em equipe*. Tem pouco conhecimento sobre o entendimento de gerenciamento de enfermagem, mas que deve ser investido nos recursos humanos, e no trabalho em equipe. Segundo Sanches (2010) o conhecimento dos enfermeiros sobre o processo de trabalho gerencial é ainda incipiente, diante de sua importância e complexidade. Dessa forma o enfermeiro deve conscientizar-se do seu papel transformador, considerando que através desse processo de trabalho da gerencia de enfermagem ela pode introduzir ações inovadoras para reorganizar a assistência de enfermagem e a divisão do trabalho.

Percebe-se que os participantes possuem conhecimentos sobre gerenciamento de enfermagem quando relatam cobrança de resultados e organização do serviço, gerencia a equipe de enfermagem e quando diz que é preciso delegar função cada para cada profissional, pois é fundamental que os profissionais de saúde sejam capacitados para tomar decisões, dirigir o uso adequado e eficácia para decidir os procedimentos mais apropriados no campo da gerência e que tragabenefícios à assistência.

CATEGORIA II - Identifica a importação e implicação da gerência de enfermagem no processo do cuidado?

A gerência de enfermagem no processo do cuidado deve ter um modelo flexível, o trabalho realizado em equipe para melhor organização e agilidade para se adaptar aos

instrumentos, pois devido aos avanços tecnológicos as mudanças são constantes e a realidade e precisam ser capazes de responderem tempo real.

Para a execução da função gerencial de enfermagem que consiste na manutenção, controle de recursos materiais e humanos para o funcionamento do serviço, e a gerência do cuidado que consistem no diagnóstico, planejamento, execução e avaliação da assistência, passando pela delegação das atividades, supervisão e orientação da equipe. (AZEVEDO et al, 2010).

Tem a importância de cobrar e adquirir materiais necessários a assistência ao paciente, quando não bem realizada interfere na descontinuidade da assistência (E1).

Preparar recursos necessários para prestar uma assistência de qualidade o planejamento inadequado obterá resultado esperado (E2).

Saber delegar função dentro da equipe, dependendo do nível de conhecimento, o direcionamento adequados que resulta na qualidade da assistência (E3).

Organizar o trabalho e define responsabilidades dos membros da equipe seleciona o profissional para execução de tarefas (E4).

É importante para melhorar a qualidade da assistência prestada, o bom planejamento interfere nas ações que deve ser feito ao paciente (E5).

É de fundamental importância, pois um bom gerenciamento reflete no processo do cuidado (E6).

Conforme os participantes acima mostraram a importância e implicação da gerência de enfermagem no processo do cuidado que deve adquirir materiais necessários para prestar uma assistência de qualidade ao paciente, ou seja dependendo do nível de conhecimento resulta na qualidade da assistência e define responsabilidades dos membros da equipe para execução de tarefas. Dessa forma, o bom gerenciamento e planejamento reflete no processo das ações que deve ser feito ao paciente. Segundo Alves (2012) em seus relatos mostra que tornar disponíveis os recursos necessários, preparar a equipe para oferecer uma assistência de qualidade, controlando a qualidade do cuidado oferecido ao cliente, é uma forma bastante atual de gerenciar o cuidado de enfermagem.

Percebe-se nos relatos dos participantes acima que o desempenho da gerência de enfermagem no processo do cuidado gerencial tem que ter habilidade para tratar com as pessoas, promover a participação, cuidar das relações humanas com eficiência e eficácia o enfermeiro, como também, deve utilizar o planejamento gerencial para permitir uma relação entre o processo de gerenciamento em enfermagem e o processo de assistência individual, para que facilite às condições para que os recursos humanos da organização respondam com individualidade e criatividade, a um meio que requer adaptações permanentes.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa mostrou que o atendimento sobre gerenciamento de enfermagem tem função fundamental, pois o atendimento é diferenciado, rápido e bem sucedido, busca resultados com o objetivo de torná-lo mais qualificado e produtivo, com a missão da instituição melhorar o processo do trabalho de enfermagem com qualidade fazendo com que o cliente fique alegre e satisfeito com atendimento e a satisfação dos trabalhadores.

O estudo revelou que os sentimentos e dificuldades vivenciados pelos enfermeiros no gerenciamento em enfermagem de um hospital público de Simplício Mendes, PI., não impossibilita o alcance do cuidado integral por todas, pois o trabalho do enfermeiro é prestar uma assistência de qualidade que permite apreender o indivíduo como centro das ações em saúde, que possui inúmeras necessidades como de materiais, recursos físicos, estrutura física adequada para funcionamento e comunicação entre setores hospitalares; à gestão de pessoas e ao gerenciamento de materiais necessários ao cuidado integral.

Os resultados deste estudo mostram que a visão dos enfermeiros em relação ao exercício da assistência e as condições de gerenciamento trazem uma abrangência e complexidade no processo de trabalho. Amplio conhecimento que permeia as dificuldades de inerência ao trabalho gerencial do enfermeiro em unidade de hospital. Apesar disso, da gestão de pessoas e materiais, tais dificuldades em que a necessidade de romper com as dificuldades referentes ao cuidar e gerenciar, teoria e prática, com baixa qualidade de atendimento, talvez possam ser minimizadas com o uso racional de meios e instrumentos disponíveis próprios à gestão, além da mobilização contínua de competências, visando o cuidado qualificado.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO A.L.C.S.; PEREIRA, A.P; LEMOS, C. Et al. Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas.uma revisão integrativa de pesquisas **Rev. Eletr. Enfer.** v. 12 n. 4, p. 736-45, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.21975/2316-1101.2010.12.4.736-45>. Acesso em: 23 ago. 2017.

ALVES, AR, Lopes CHAF, Jorge MSB. Significado do processo de enfermagem para enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva: uma abordagem interacionista. **Rev Esc Enferm USP** 2012.

AMARAL, L.R.et al. **Atuação do enfermeiro como educador no programa saúde da família: importância para uma abordagem integral na atuação primária.** FG Ciência, Guanambi, v. 01, n. 1, p.01-21.2011.

BENARDINO, E. **Mudança do modelo gerencial em um hospital de ensino: a reconstrução da prática de enfermagem.** Dissertação (Mestrado).176p. São Paulo, Escola de Enfermagem, USP. 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução Nº 510 de 7 de abril de 2016.** Brasília: Ministério da saúde; 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução 311/07** de 08 de fevereiro de 2007. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem..

CHIAVENATO J. **Introdução à Teoria Geral da Administração**. 7 ed. Rio de Janeiro: Campus;2012.

CORRÊA et al. Perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros da atenção básica à saúde de Cuiabá - Mato Grosso. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. 2012 jan/mar;14(1):171-80.

FELLI, V. E. A. F.; PEDUZZI, M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: KURCGANT, P. (Org.). **Gerenciamento em enfermagem**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p.1-13.

GRECO RM. Relato de experiência: ensinando a administração em enfermagem através da educação em saúde. **Rev Bras Enferm [Internet]**. 2014 [cited 2011 set 30];57(4):472-4.

PEDUZZI M, HAUSMANN M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm**. 2010.

LEOPARDI, M. T.; GELBECKE, F. L.; RAMOS, F. R. S. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem? **Texto & contexto enferm**. Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 32-49, jan./abr. 2011.

MISHIMA, S. M. **Organização do processo gerencial no trabalho em saúde pública**. In: ALMEIDA, M. C. P. de; ROCHA, S. M. M. (org.). O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez, 2010. p. 229-296.

NASCIMENTO, S. M. **As funções gerenciais do enfermeiro no cotidiano da assistência hospitalar**. Dissertação. 91p. Rio de Janeiro. UNIRIO. 2013.

PIMENTEL, S.N.C. **Gerência dos serviços de saúde em atenção primária realizado pelo enfermeiro**. Monografia. 28p. Lagoa Santa. UFMG. 2012.

PIRES, D.; MATOS, E. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto enferm**. Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 508-514, jul./set. 2012.

RIBEIRO, R. M. et al. Estratégias de enfrentamento dos enfermeiros em serviço hospitalar de emergência. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 28, n.3, p. 216–223, jun. 2014.

SANCHES S. Caracterização das vítimas de ferimentos por arma de fogo, atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em Campo Grande-MS. **Saude Soc**. 2010 Mar; 18(1):95-102.

SANCHES V. F.; CHRISTOVAM B. P.; SILVINO Z.R.; Processo de trabalho do gerente de enfermagem em unidade hospitalar - uma visão dos enfermeiros. Escola Anna Nery **Revista Enfermagem**. Ago; 2010.

VAGHETTI H, Reis D, Kerber NC, Azambuja E, Fernandes G. Percepções dos enfermeiros acerca das ações administrativas em seu processo de trabalho. **Rev Bras Enferm** 2014.

CAPÍTULO 5

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE COMO INSTRUMENTOS DE HUMANIZAÇÃO NA GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE

Data de aceite: 01/08/2021

Data de submissão: 15/05/2021

Luiza Costa Tanure

Prefeitura Municipal de Pedra Azul
Pedra Azul - Minas Gerais
Link para o Currículo
Lattes: 8805385207031327

Glauber Gomes de Souza

Prefeitura Municipal de Pedra Azul
Pedra Azul - Minas Gerais
Link para o Currículo
Lattes: 8116535736690851

RESUMO: **Introdução:** Esta experiência apresenta as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) como instrumentos de Humanização na Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. As práticas foram implantadas como uma estratégia de humanização em 2017, tendo como princípios a gestão e o cuidado à saúde. **Relato de experiência:** Destaca-se o município, onde foi realizada a experiência, como o primeiro da Região de Saúde a implantar as PICS no Sistema Público. Para que a gestão municipal viabilizasse a implantação de ações dos serviços, foi necessário um processo com algumas fases: elaboração do plano para implantação, submissão do plano ao Conselho Municipal de Saúde, inserção nos instrumentos de gestão, mapeamento dos profissionais capacitados existentes; sensibilização da rede municipal de saúde e comunidade local,

atividades de educação na saúde, avaliação e monitoramento. Nesse sentido, as práticas se constituíram como instrumentos de gestão em saúde para proporcionar mais acolhimento, aproximação com o paciente e ordenação do sistema a partir da Gestão do Trabalho. Foram realizadas as seguintes práticas: Aromaterapia, Automassagem, Constelação Familiar, Constelação Organizacional, Cromoterapia, Meditação, Reiki e Yoga, totalizando mais de 7.680 horas de ações voltadas para desenvolvimento humano e profissional através das PICS. Houve o pioneirismo da implantação do 1º Núcleo de PICS na região de saúde e na realização do 1º Encontro de PICS do Vale do Jequitinhonha. **Conclusão:** As práticas abrangem a humanização através da construção de um cuidado continuado e integral, por meio de vivências para o autoconhecimento, escuta acolhedora, desenvolvimento de vínculo terapêutico e a integração do ser humano com o meio em que vive, de forma colaborativa. O processo saúde-doença é visto de forma ampliada e visa a promoção global do cuidado e, principalmente, do estímulo ao autocuidado, da gestão, dos colaboradores e dos usuários.

PALAVRAS - CHAVE: Práticas Integrativas e Complementares; Humanização; Gestão do Trabalho; Educação na Saúde.

INTEGRATIVE AND COMPLEMENTARY PRACTICES IN HEALTH AS INSTRUMENTS OF HUMANIZATION IN WORK MANAGEMENT AND HEALTH EDUCATION

ABSTRACT: **Introduction:** This experience presents the Integrative and Complementary

Practices in Health (PICS) as instruments of Humanization in the Management of Work and Health Education. The practices were implemented as a humanization strategy in 2017, having as principles the management and health care . **Experience report:** The municipality, where the experiment was carried out, stands out as the first in the Health Region to implement PICS in the Public System. In order for the municipal management to make the implementation of services actions viable, a process with some phases was necessary: elaboration of the plan for implementation, submission of the plan to the Municipal Health Council, insertion in the management instruments, mapping of the existing trained professionals; awareness of the municipal health network and local community, health education activities, evaluation and monitoring. In this sense, the practices were constituted as instruments of health management to provide more welcome, approximation with the patient and ordering of the system based on Work Management. The following practices were carried out: Aromatherapy, Automassage, Family Constellation, Organizational Constellation, Chromotherapy, Meditation, Reiki and Yoga, totaling more than 7,680 hours of actions focused on human and professional development through PICS. There was a pioneer in the implementation of the 1st PICS Nucleus in the health region and in the holding of the 1st PICS Meeting in the Jequitinhonha Valley. **Conclusion:** The practices include humanization through the construction of continuous and integral care, through experiences for self-knowledge, welcoming listening, development of a therapeutic bond and the integration of the human being with the environment in which they live, in a collaborative way. The health-disease process is seen in a broader way and aims at the global promotion of care and, mainly, the encouragement of self-care, management, employees and users.

KEYWORDS: Integrative and Complementary Practices; Humanization; Work Management; Health Education.

11 INTRODUÇÃO

No Brasil, o debate sobre as práticas integrativas e complementares em saúde (PICS) começou a surgir no final de década de 70, após a declaração de Alma Ata, e validada em meados dos anos 80 com a 8ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2019).

Através deste cenário, iniciou-se um movimento por busca e oferta de práticas de cuidado e autocuidado, considerando o bem estar físico, mental e social como fatores determinantes e condicionantes da saúde (BRASIL, 2019).

Em 2003, sob a coordenação do Departamento de Atenção Básica, com a participação de representantes da Secretaria de Ciências, Tecnologias e Insumos Estratégicos e de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária; e Associações Brasileiras de Fitoterapia e Homeopatia, principiou a construção da PNPIC no Brasil (AVASUS, 2019).

Assim, conforme Freitas (2014), a partir das diretrizes e recomendações da Organização Mundial da Saúde, o Ministério da Saúde aprovou, por meio da Portaria GM/MS 971, de 3 de maio de 2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e

Complementares em Saúde (PNPIC), com o propósito de conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências que vêm sendo desenvolvidas na rede pública.

A PNPIC oficializou no Sistema Único de Saúde as seguintes PIC em 2006: homeopatia, acupuntura/medicina tradicional chinesa, medicina antroposófica, plantas medicinais e águas termais/minerais (TESSER et.al., 2018).

Em 2017, houve ampliação para dezenove modalidades: arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga. Em 2018, mais dez foram incluídas: apiterapia, aromaterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia e terapia floral (TESSER et.al., 2018).

Considerando o indivíduo na sua dimensão global - sem perder de vista a sua singularidade, a PNPIC corrobora para a integralidade da atenção à saúde, princípio este que requer também a interação das ações e serviços existentes no SUS. A busca pela ampliação da oferta de ações de saúde tem a abertura de possibilidades de acesso a serviços antes restritos a prática de cunho privado (BRASIL, 2006).

A melhoria dos serviços e o incremento de diferentes abordagens configuram, assim, prioridade do Ministério da Saúde, tornando disponíveis opções preventivas e terapêuticas aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta política nacional busca, portanto, concretizar tal prioridade, imprimindo-lhe a necessária segurança, eficácia e qualidade na perspectiva da integralidade da atenção à saúde no Brasil (BRASIL, 2006).

As PICS, para Brasil (2006), abordam o cuidado contínuo e humanizado, valorizando os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde e focando no autocuidado, para que se amplie a visão da promoção global de saúde.

Práticas integrativas complementares em saúde são métodos utilizados na prevenção de agravos, promoção, manutenção ou recuperação da saúde. Centram-se na integralidade do indivíduo e podem ser utilizadas de forma isolada ou associada a outros recursos terapêuticos, naturais ou não (BRASIL, 2006).

Segundo Junior (2016), a essência das PICS complementa o processo do cuidar através da escuta acolhedora, desenvolvimento da conexão terapêutica, integração do ser humano com o meio e a sociedade, visão expandida do processo saúde-doença e promoção abrangente do cuidado humano, especialmente do autocuidado.

As PICS são reconhecidas como ferramentas importantes para a consolidação de um novo modelo de assistência caracterizado por tecnologias leves de cuidado, as quais estimulam a relação de corresponsabilização para a produção da saúde pois promovem uma visão holística de saúde, baseado nas relações de vínculo e cuidado integral (BRASIL, 2006).

No ano de 2016, mais de 2 milhões de atendimentos das PICS foram realizados nas Unidades Básicas de Saúde de todo o País (PORTAL BRASIL, 2017). Segundo

informações do Ministério da Saúde, o uso das práticas integrativas no SUS, utilizadas como complemento em tratamentos em saúde, vem crescendo a cada ano. Nas atividades coletivas, o crescimento foi de 46%, passando de 216 mil para 315 mil, entre 2017 e 2018 (REDEPICS BRASIL, 2019).

A quantidade de procedimentos relacionados a essas práticas, registrada nos sistemas do SUS entre 2017 e 2018, passou de 157 mil para 355 mil, aumento de mais de 126%. O reflexo desse aumento também pode ser visto no quantitativo de participantes nessas atividades, que cresceu 36%, de 4,9 milhões de participantes para 6,67 milhões no período (REDEPICS BRASIL, 2019).

Para Brasil (2004), as práticas integrativas no complemento do cuidado oferecem mais qualidade aos serviços e mantendo ao mesmo tempo um custo-benefício eficiente. E a utilização das PICS juntamente com a Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde, promove a melhoria no atendimento e cuidado em saúde.

A Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde, mais conhecida por sua sigla PNH ou por seu nome HUMANIZASUS, tem como objeto a humanização da gestão do trabalho em saúde (CASTRO, VILAR, LIBERALINO, 2018).

Na PNH, humanização compreende as dimensões ética, estética e política implicadas naquilo que é produzido na atenção e na gestão do SUS. Ética porque está relacionada com a mudança de atitude dos usuários, dos gestores e dos trabalhadores de saúde, de forma a comprometê-los como corresponsáveis pela qualidade das ações e serviços gerados; estética, porque é relativa ao processo de produção da saúde e das subjetividades autônomas e protagonistas; política, porque diz respeito à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão, na rede do SUS (BRASIL, 2007).

Conforme Silva (2006), a implantação da gestão de trabalho e educação na saúde humanizadas trazem mudanças significativas no gerenciamento das competências do gestor público e do clima de satisfação para os funcionários públicos. Isto ocorre porque a humanização afeta sensivelmente o somatório das percepções, opiniões, atitudes e comportamentos individuais.

Para Calegari et.al. (2015), o significado do termo humanização está relacionado ao respeito, ao acolhimento e à empatia. Os profissionais percebem que respeitar a individualidade e a cultura do paciente, adaptar as atividades às necessidades do paciente, investir na qualidade do relacionamento interpessoal entre paciente e profissional de saúde e não se limitar às necessidades físicas possibilitam a humanização da assistência.

A humanização em saúde destaca o aspecto relacional dos indivíduos envolvidos no processo de cuidar, evidenciando a singularidade de cada um, de maneira que afirmar que as relações humanizadas na saúde acontecem no encontro entre duas pessoas é ampliar o olhar para os implicados no processo do cuidar (ALMEIDA, 2012).

Entretanto, o cuidado humanizado encontra-se comprometido uma vez que, com o avanço científico, tecnológico e a modernização de procedimentos ligados à necessidade de

se estabelecer controle, os profissionais passaram a se responsabilizar cada vez mais por cargos administrativos, afastando-se gradualmente do cuidado ao cliente, comprometendo assim os valores humanísticos da assistência em saúde (CALEGARI et.al., 2015).

As práticas integrativas fundamentam-se na expressão de um movimento que busca novos modos de aprender e praticar a saúde, caracterizados pela interdisciplinaridade e por linguagens próprias (BRAGA, 2019)

A experiência: Práticas Integrativas e Complementares em Saúde como instrumentos de Humanização na Gestão do Trabalho e Educação na Saúde foi desenvolvida em um município na região Nordeste do Vale do Jequitinhonha em Minas Gerais, como uma estratégia de humanização entre os anos 2017 a 2020, tendo como princípios a gestão e o cuidado à saúde.

O Pilar / Setor de Humanização, Gestão do Trabalho e Educação na Saúde realizou o planejamento, execução, monitoramento e avaliação das ações de implementação da Humanização nos processos de trabalho dos setores da Saúde para a promoção da qualificação e valorização dos colaboradores no processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS).

1.1 Justificativa

A gestão humanizada é uma tendência forte nas organizações atuais. A relevância desta prática é potencializar a humanização na produção em saúde. Além disso, o que se pretende transformar com esta prática é a melhoria do atendimento acolhedor, com responsabilização e vínculo, garantia dos direitos dos usuários, valorização do trabalho na saúde e gestão participativa nos serviços.

A prática foi implantada na Secretaria Municipal de Saúde de Pedra Azul, em janeiro de 2017, através do setor Humanização, Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, bem como nas Unidades que compõem a estrutura da Secretaria, e em Pontos de Saúde Coletiva que foram estimulados à partir desta prática.

O diagnóstico que gerou a decisão de investir nesta Prática de Gestão foi realizado através da observação das necessidades, comunicação com lideranças e liderados, criação de laços e proximidade entre os trabalhadores do SUS e adequação da prática utilizando as PICS como instrumento de Gestão.

O Pilar / Setor de Humanização, Gestão do Trabalho e Educação na Saúde contribuiu para a melhoria da qualidade dos serviços oferecidos pela prefeitura, reforçando cada vez mais a necessidade de investimento na gestão humanizada.

As ações de humanização tornam os processos de trabalho mais voltados para as pessoas. Já a gestão humanizada é uma forma de transformar o ambiente de trabalho em um lugar agradável, com ênfase no desenvolvimento das equipes. (ARRUDA, 2018).

Desta forma, esta prática contribuiu para a indução de outros projetos de interesse da população, pois amplia a Política Nacional de Humanização aos gestores e aos conselhos

de saúde, incentiva a inserção da valorização dos trabalhadores do SUS, e amplia os processos de formação e produção de conhecimento em articulação com movimentos sociais e instituições, estimulando a utilização de tecnologias inovadoras na gestão pública, bem como a capacidade de participação do trabalhador de saúde através dos seus pontos fortes de forma colaborativa.

1.2 Objetivo

O objetivo a ser alcançado é contribuir com a gestão do Sistema Único de Saúde através de uma prática voltada ao cuidado integral e humanizado, para profissionais da Secretaria Municipal de Saúde e toda a comunidade, a fim de promover transformações sociais e de cidadania com base no desenvolvimento pessoal e no resgate de dignidades.

2 | RELATO DA EXPERIÊNCIA

2.1 Metodologia

Desde a sua criação, o Pilar / Setor de Humanização, Gestão do Trabalho e Educação na Saúde atuou no sentido de fortalecer as políticas institucionais para a humanização na assistência e no ambiente organizacional, tendo como norte as diretrizes das Políticas Nacionais de: Humanização, Educação Permanente e de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, bem como através das políticas públicas formuladas pela Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do Ministério da Saúde.

O Pilar / Setor de Humanização, Gestão do Trabalho e Educação na Saúde desenvolveu as ações a partir dos seguintes eixos: Humanização dos Processos de Gestão e de Cuidado; Gestão do Processo de Trabalho, Gestão de Projetos e Gestão de Pessoas; Práticas Integrativas Complementares de Saúde; e Educação na Saúde.

Estes eixos direcionaram as ações para melhoria das condições de trabalho no SUS, além do desenvolvimento de instrumentos para auxiliar a tomada de decisão e formulação de projetos e processos para a gestão do trabalho em saúde a partir do trabalho colaborativo.

Neste contexto, o Setor / Pilar de Humanização, Gestão do Trabalho e Educação na Saúde visou melhorar as práticas de saúde através de metodologias prático-vivenciais de humanização, composta por quatro fases:

- 1. Sonhar:** Idealização da implantação do Setor / Pilar de Humanização, Gestão do Trabalho e Educação na Saúde pela Prefeitura Municipal através da Secretaria Municipal de Saúde.
- 2. Planejar:** Planejamento do ciclo de implantação do Setor / Pilar de Humanização, Gestão do Trabalho e Educação na Saúde pela Secretaria Municipal de Saúde.
- 3. Realizar:** Implantação da Humanização com atividades de apoio em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde em todos os setores da Secretaria Municipal de

Saúde, e verificação das ações realizadas

4. Celebrar: Avaliação do ciclo, alinhamento dos projetos, estímulo ao autoconhecimento e recomeço de novo ciclo.

E cada fase foi composta de quatro ciclos:

- a) Aplicação dos métodos de humanização com o Gestor de Saúde e em projetos e processos de gestão do trabalho
- b) Aplicação dos métodos de humanização com as Coordenações Gerais da Secretaria Municipal de Saúde
- c) Aplicação dos métodos de humanização colaboradores da Sede da Secretaria Municipal de Saúde
- d) Aplicação dos métodos de humanização as Coordenações das Unidades de Saúde, demais colaboradores e comunidade.

Essas etapas foram utilizadas como forma de aprimorar a percepção das pessoas sobre elas mesmas e sobre o outro, desenvolvendo a interação, integração social e o agir de maneira sensível e reflexiva.

Todas as atividades realizadas pelo Pilar / Setor de Humanização, Gestão do Trabalho e Educação na Saúde foram fundamentadas na metodologia dos processos de trabalho da Secretaria Municipal de Saúde. Esta metodologia proporciona direcionamento das ações para o planejamento das estruturas básicas, em seguida dos processos, para alcançar os sonhos, em um ciclo permanente e colaborativo, conforme o método Dragon Dreaming.

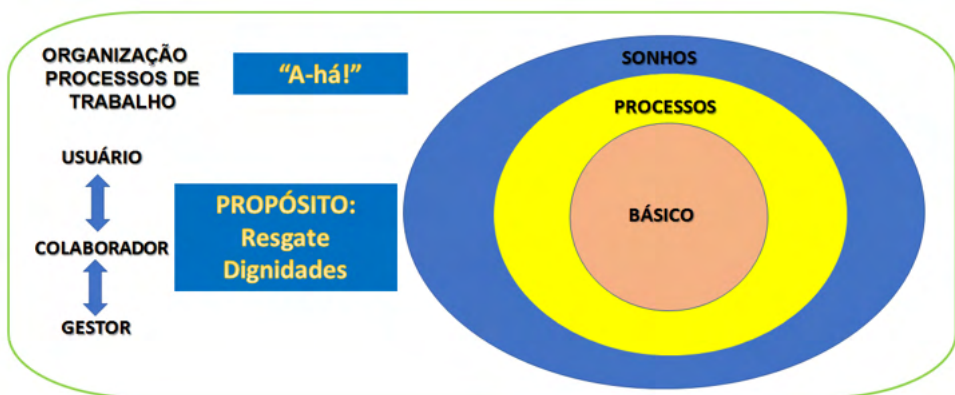


Figura 01: Organização dos processos de trabalho da Secretaria Municipal de Saúde

Com a intenção de realizar uma vivência prática de humanização, a coordenadora do Setor / Pilar de Humanização, Gestão do Trabalho e Educação na Saúde desempenhou, inicialmente, o Programa de Liderança Humanizada com o Secretário de Saúde, com as

Coordenações dos Pilares da Gestão e com os colaboradores da Sede da Secretaria Municipal de Saúde.

Portanto, as ações foram direcionadas para o desenvolvimento do estímulo à produção de novos modos de cuidar e novas formas de organizar o trabalho, para a articulação da gestão de pessoas, do processo de trabalho e de projetos, sendo inserido de forma permanente em todos os planejamentos, ações, monitoramentos e avaliações da Secretaria Municipal de Saúde.

O desenvolvimento de agentes multiplicadores foi uma das principais estratégias adotadas, atingindo diferentes segmentos da população, incluindo profissionais da Secretaria Municipal de Saúde, através do apoio matricial que acontecia em todos os processos do Setor / Pilar, pois o mesmo apoiava profissionais e usuários no processo de vivência da humanização para que houvesse autonomia e independência de cada participante na execução das próprias vivências e experiências de humanização no trabalho.

A Secretaria Municipal de Saúde estruturava sua gestão em quatro pilares como direcionadores da prática gerencial: Pilar da Atenção Primária, Pilar da Vigilância em Saúde, Pilar da Regulação em Saúde e Pilar da Humanização, Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Cada pilar era base para os trabalhos o Matriciamento, a Educação Permanente, a Promoção de Saúde, a Participação Social e a Humanização (MEPP).

ATIVIDADE	PERÍODO
IMPLANTAÇÃO do Pilar de Humanização, Gestão do Trabalho e Educação na Saúde à partir do método Dragon Dreaming (SONHAR, PLANEJAR, REALIZAR E CELEBRAR).	JANEIRO DE 2017
Planejamento da ESTRUTURA ORGANIZACIONAL da Secretaria Municipal de Saúde à partir da Constelação Organizacional para promoção de Acolhimento e Humanização: ORDEM, PERTENCIMENTO E EQUILÍBRIO.	JANEIRO DE 2017 A DEZEMBRO DE 2020
Execução da Metodologia MEPPH (Matriciamento, Educação Permanente, Promoção de Saúde, Participação Social e Humanização) para todos os setores da Secretaria Municipal de Saúde.	JANEIRO DE 2017 A DEZEMBRO DE 2020
Execução de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS): GESTÃO, SETOR/PILAR HUMANIZAÇÃO E CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE.	JANEIRO DE 2017 A DEZEMBRO DE 2020
Execução do PROGRAMA DE LIDERANÇA HUMANIZADA para Secretário Municipal de Saúde, Coordenações Gerais e Algumas Lideranças de Setores (demanda espontânea).	JANEIRO DE 2017 A DEZEMBRO DE 2020
Execução do Projeto: PROGRAMA DE LIDERANÇA HUMANIZADA para colaboradores da Sede da Secretaria Municipal de Saúde.	AGOSTO DE 2017 A DEZEMBRO DE 2020
Execução do PROJETO CELEBRAR : Celebração mensal de Aniversariantes e dos Projetos Executados através do método Dragon Dreaming com foco no DESPERTAR para TRANSFORMAR e, assim, REALIZAR .	JANEIRO DE 2017 A DEZEMBRO DE 2020

Execução do PROJETO VIVÊNCIAS HUMANIZADAS. Espaços Abertos para o Estímulo e a Motivação dos colaboradores da Secretaria Municipal de Saúde e Integrantes da Rede Intersetorial.	ABRIL DE 2017 A DEZEMBRO DE 2020
Implantação do NÚCLEO MUNICIPAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE.	MARÇO DE 2018
Execução de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE de Pedra Azul através do NÚCLEO MUNICIPAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE.	MARÇO DE 2018 A DEZEMBRO DE 2020
Incorporação da OUVIDORIA MUNICIPAL ao Setor através do método Constelação Organizacional.	MARÇO DE 2018 A DEZEMBRO DE 2020
Integração do CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR - CEREST-PAZ REGIONAL ao Pilar de Humanização, Gestão do Trabalho e Educação na Saúde	JUNHO DE 2018 A DEZEMBRO DE 2020
Realização do I ENCONTRO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE DO VALE DO JEQUITINHONHA.	DEZEMBRO DE 2019

Figura 02: Cronograma de Ações do Pilar / Setor de Humanização, Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

A implantação do Setor / Pilar de Humanização, Gestão do Trabalho e Educação na Saúde pela Prefeitura Municipal de Pedra Azul, através da Secretaria Municipal de Saúde, foi desenvolvida, inicialmente, a partir de um trabalho gradativo e integrado com o Secretário Municipal de Saúde. Posteriormente, foram realizados momentos com as Coordenações dos demais Pilares da Secretaria Municipal de Saúde: Atenção Primária à Saúde, Vigilância em Saúde e Regulação em Saúde para a compreensão da importância da adoção de um Setor / Pilar.

As ações do Setor / Pilar de Humanização, Gestão do Trabalho e Educação na Saúde apresentam a integração de diversos setores e serviços em uma proposta de trabalhar em rede. Assim, para a execução da intersectorialidade, fez-se necessário o conhecimento dos setores envolvidos, para que se pudesse compartilhar e multiplicar saberes.

2.2 Resultados

Angeliz (2016) relata que, pensar no servidor de uma organização pública como um ser consciente e responsável pelos problemas da organização e da sociedade é imprescindível. No paradigma de humanização, o servidor não é um simples soldado da máquina pública, que faz exatamente o que é solicitado sem valorizar o crescimento individual e coletivo.

Um servidor público humanizado se realiza com o bem-estar de todos, com seu propósito laboral e de vida, com a aquisição de conhecimentos e habilidades novos mesmo sem recompensa, com a autonomia e o protagonismo de participar das decisões e do

domínio da base de conhecimento da sua atuação (ANGELIZ, 2016)

Assim, o potencial da Humanização, Gestão do Trabalho e Educação na Saúde é considerado de grande amplitude, tendo como componentes principais o propósito explícito de melhorar as práticas de humanização em saúde. As ações são desenvolvidas pelos projetos com foco na intersectorialidade, trabalho em rede, integração usuário – profissional - gestão e diversificação dos cenários de práticas humanizadas no contexto das redes colaborativas na formação para o SUS.

Em 48 meses de experiência, foram realizadas mais de 7.680 horas de ações voltadas para a Humanização, Gestão do Trabalho e Educação na Saúde através das PICS (Reiki, Meditação, Constelação Familiar e Organizacional, Yoga, e outras), que resultaram no alinhamento e aprimoramento de habilidades das lideranças da gestão, no impulso para melhoria do clima organizacional, no pioneirismo da implantação do 1º Núcleo de PICS na região de saúde, na realização do 1º Encontro de PICS do Vale do Jequitinhonha, e no despertar para o autoconhecimento e autocuidado como ferramentas potencializadoras de resultados no trabalho, divulgados em espaços municipais, regionais, nacionais e internacionais.

O Núcleo Municipal de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (NPICS), configura-se como um instrumento de gestão na Atenção Básica para proporcionar mais acolhimento, aproximação com o paciente e apoio para ordenação do sistema. Por isto, promoveu espaços de atendimentos e educação na saúde para colaboradores e usuários do município, além de proporcionar melhorias na qualidade de vida da população, com mais acolhimento e aproximação com o paciente e a cultura local.

De 2017 a 2020, a Secretaria Municipal de Saúde buscava implementar processos de trabalho que promovessem qualificação e valorização dos colaboradores no processo de construção do SUS. Nesse contexto, desenvolveu ações que norteavam o planejamento e a implementação da Humanização por meio das PICS nas ações dos setores da Saúde, com grande contribuição também nas áreas de Saúde Mental e Saúde do Trabalhador com ênfase no desenvolvimento pessoal e profissional.

3 | CONCLUSÃO

Humanização, Gestão do Trabalho e Educação na Saúde foi um Pilar/Setor de desenvolvimento humano na saúde inovador, cujos valores foram construídos em um processo cíclico permanente e colaborativo. A melhoria do desempenho profissional, relacionamento interpessoal, reconhecimento e utilização dos talentos estimulando os pontos fortes, progresso na qualidade de vida e saúde foram desafios assumidos para mudanças de paradigmas no Setor Saúde e na Rede Intersectorial do município.

Quando a gestão é conduzida para o despertar da importância da participação da Vontade do indivíduo no contexto organizacional, há um salto de qualidade e uma

mobilização em que as pessoas são mais conscientes de si mesmas, acolhendo o todo com mente aberta, coração aberto e vontade aberta. (ANGELIS, 2016).

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Débora Vieira de. **Alteridade: ponto de partida da humanização dos cuidados em saúde?** Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, v. 26, n. 1, p. 399-407, jan./abr. 2012. In BRAGA, M. **Práticas integrativas e complementares e educação permanente em saúde: implicação na Atenção Primária à Saúde de Minas Gerais** [manuscrito] / Heloísa Helena Monteiro Braga. - 2019. 137 f.

ANGELIZ, Cristiano Trindade. **Humanização e Gestão por Inteligências para Reforma do Setor Público**. Brasília. 2016

AVASUS. **Ambiente Virtual de Aprendizagem do Sistema Único de Saúde**. 2019 (online). Disponível em: <<https://avasus.ufrn.br>>. Acesso em: em: 30 de maio de 2019.

BRAGA, M. **Práticas integrativas e complementares e educação permanente em saúde: implicação na Atenção Primária à Saúde de Minas Gerais** [manuscrito] / Heloísa Helena Monteiro Braga. - 2019. 137 f.

BRASIL (a). Ministério da Saúde: **Política Nacional de Humanização**, 2019 (online). Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/projeto-lean-nas-emergencias/693-aco-es-e-programas/40038-humanizausus>. Acesso em: 03 de março de 2019 às 10 horas.

BRASIL (b). Ministério da Saúde: **Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde**, 2019 (online). Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/trabalho-educacao-e-qualificacao/gestao-e-regulacao-do-trabalho-em-saude>. Acesso em: 02 de março de 2019 às 09 horas.

BRASIL (c). Ministério da Saúde: **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde**, 2019 (online). Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnpic.php>. Acesso em: 01 de março de 2019 às 12 horas.

BRASIL (d). Ministério da Saúde: **Política Nacional de Educação Permanente**, 2019 (online). Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/trabalho-educacao-e-qualificacao/gestao-da-educacao/qualificacao-profissional/40695-politica-nacional-de-educacao-permanente-pneps>. Acesso em: 05 de março de 2019 às 17 horas

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Saúde**. 4ª ed. Brasília: MS; 2007. (Documento Base).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portarias nº 971 em 03 de maio de 2006, e nº 1.600, de 17 de julho de 2006. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC**. Brasília:Ministério da Saúde, 2006. 92 p. - (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Práticas Integrativas e Complementares (PICS): quais são e para que servem**. 2019. (online). Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/praticas-integrativas-e-complementares>>. Acesso em: em: 30 de mar. de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2004.

CALEGARI, Rita de Cássia *et al.* **Humanização da assistência à saúde na percepção de enfermeiros e médicos de um hospital privado**. Revista Escola Enfermagem, USP, vol. 49, nº 2, p. 42-47, nov. - fev. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49nspe2/1980-220X-reeusp-49-spe2-0042.pdf>>. Acesso em: 16 de maio de 2019.

CASTRO, J. L., VILAR, R. L., LIBERALINO, F.N. **Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde** / Natal: EDUFRN, 2018. 211 p.

FREITAG, V. L. *et al.* **Benefícios do Reiki em população idosa com dor crônica. Texto & Contexto Enfermagem**, v. 23, n. 4, 2014. Disponível em <<http://www.redalyc.org/pdf/714/71433508026.pdf>>. Acesso em: 15 de mar. de 2019.

JÚNIOR, E.T. **Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS**. Revista: Estudos Avançados. v.30, n.86, p.99-112. 2016. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103401420160001099>. Acesso em: em: 21 de mar. de 2019.

PORTAL BRASIL. **SUS passa a oferecer mais 14 tratamentos alternativos**, 2017 (online). Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2017/03/sus-passa-a-oferecer-mais-14-tratamentos-alternativos>>. Acesso em: 14 de jan. de 2019.

REDEPICSBRASIL. **Rede Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde**. 2019 (online). Disponível em: <<http://redenacionalpics.wixsite.com/site/blog/page/0>>. Acesso em: em: 30 de maio de 2019.

SILVA. Patrícia dos Santos Caldas. **Gestão Humanizada no Setor Público: Um Estudo de Caso no Instituto Anísio Teixeira (IAT)**. Feira de Santana, 2006.

TESSER, C.D.,*et al.***Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira**. *Saúde debate* [online]. 2018, vol.42, n.spe1, pp.174-188. ISSN 0103-1104. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s112>. Acesso em: em: 30 de maio de 2019.

INSTRUMENTO DE GESTÃO PARA O ENFERMEIRO: PERFIL DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES NO PERÍODO DE 2018 A 2020 DO ESTADO DE SANTA CATARINA

Data de aceite: 01/08/2021

Bruna Aparecida Costa Moreira

Sarah Cristina Chiesa Massoco

RESUMO: Neste estudo enfatizamos o uso dos sistemas de informações e gestão de hospitalar, como método de conhecimento da área de saúde hospitalar nesse caso no estado de Santa Catarina. Para indagar a disponibilidade de leitos em comparação com a demanda de acordo com os procedimentos que geram mais AIH no estado. Utilizado como base de dados público do DATASUS, o TABNET é uma ferramenta em que os dados incluídos são tabulados. A pesquisa decorre no período de fevereiro de 2018 a fevereiro de 2019. A população utilizada foi o estado de Santa Catarina, sendo tabulado os dados do estado, divididos pelos procedimentos realizados e pelas regiões do estado, as informações foram ordenadas em grupos de procedimentos, com a AIH mais alta de três regiões, comparando a nossa região do Meio Oeste. Resultados: Em processo de AIH mais realizadas está o parto normal, realizado em todos os meses dos anos analisados. As regiões que aparecem com mais frequência de altas AIH, Região da Grande Florianópolis, Alto Vale do Itajaí, Médio Vale do Itajaí, Foz do Rio Itajaí, Meio Oeste, Nordeste, Laguna, Extremo Oeste, Oeste. As demais regiões também apresentam dados significativos para comparativos futuros,

Xanxerê, Alto Vale do Rio do Peixe, Alto Uruguai Catarinense, Planalto Norte, Serra Catarinense, Extremo Sul Catarinense, Carbonífera. Conclusões: Os dados mostram com a utilização de sistemas de informação pelos profissionais de enfermagem gestores contribuem para distinguir falhas, e aumentos desnecessários de procedimentos atrasando o fluxo de regulação de leitos, ocupações totais dos leitos, prejudicando os acessos dos usuários.

PALAVRAS - CHAVE: Autorização de Internação Hospitalar; Ferramentas de Uso para Profissionais da Enfermagem; Tecnologia da Informação; Saúde Hospitalar.

ABSTRACT: In this study, we emphasize the use of hospital information and management systems, as a method of knowledge in the field of hospital health in this case in the state of Santa Catarina. To inquire the availability of beds in comparison with the demand according to the procedures that generate more AIH in the state. Used as a public DATASUS database, TABNET is a tool in which the data included are tabulated. The research runs from February 2018 to February 2019. The population used was the state of Santa Catarina, with the state data being tabulated, divided by the procedures performed and by the regions of the state, the information was ordered in groups of procedures, with the highest AIH of three regions, comparing our Midwest region. Results: In the process of AIH most performed is normal delivery, performed in all months of the years analyzed. The regions that appear most frequently with high AIH, Greater Florianópolis Region, Upper Vale do Itajaí, Middle Vale do Itajaí, Foz do Rio

Itajaí, Midwest, Northeast, Laguna, Far West, West. The other regions also present significant data for future comparisons, Xanxerê, Alto Vale do Rio do Peixe, Alto Uruguai Catarinense, Planalto Norte, Serra Catarinense, Far South Catarinense, Carbonífera. Conclusions: The data show that the use of information systems by nursing professionals managers contributes to distinguish flaws, and unnecessary increases in procedures, delaying the flow of bed regulation, total bed occupations, impairing users' access.

KEYWORDS: Hospitalization Authorization; Use Tools for Nursing Professionals; Information Technology; Hospital Health.

INTRODUÇÃO

Santa Catarina é um estado brasileiro, onde atualmente a população chega aproximadamente 7.164.788 habitantes, sua capital é Florianópolis. O estado é o terceiro no país com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH 0,77), sendo o quinto estado mais rico do Brasil. Atualmente o estado possui o menor índice de mortalidade infantil 9,93 óbitos a cada mil nascidos, sendo um dos indicativos de saúde, que demonstra o risco de um nascido vivo evoluir a óbito antes de completar um ano (BRASIL, 2020).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um sistema complexo, e um dos maiores que tem, que com sua criação possibilitou o acesso universal e sem discriminação do sistema público, ele propicia a prevenção e promoção da saúde (BRASIL, 2020). A gestão hospitalar é uma área ampla para atuação do enfermeiro, assim é necessário o conhecimento de instrumentos para identificação das demandas de internação hospitalar a nível regional e estadual, para este estudo utilizou-se os dados disponíveis nos sistema de informação de consulta pública, sendo estes referentes ao período de fevereiro de 2018 a fevereiro de 2020, com objetivo principal verificar a disponibilidade de leitos em comparação com a demanda de acordo com a Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) para os usuários catarinense do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se ainda através desde, os objetivos específicos descritos como: verificar a demanda de AIH mensal dentre os anos de 2018 a 2020 de acordo com o grupo de procedimentos, comparar o número de AIH por região nos períodos mensal referente aos anos definidos neste estudo e descrever sobre as ferramentas de consultas de dados de informação em saúde do SUS como instrumentos estratégicos para a gestão hospitalar a ser desenvolvido pelo enfermeiro.

A AIH (Autorização de Internação Hospitalar) é um documento para autorizar a internação, e que contém os dados do paciente e todos os procedimentos/materiais/serviço prestado/profissionais que realizaram o cuidado do usuário durante o período de internação e abastece um sistema de informação hospitalar (SIH), que no decorrer gera dados que são encaminhado para uma plataforma de informação com abrangência do Brasil todo, e os quais são pagos posteriormente pelos valores padronizados do SUS. É através deste documento que se viabiliza o faturamento dos serviços hospitalares prestados no SUS. A AIH é emitida exclusivamente pelos órgãos emissores próprios ou autorizados pelo SUS,

com numeração própria. Existem dois tipos de AIH: AIH inicial, para internamento inicial; AIH de continuidade, longa permanência (BRASIL, 2020).

O Sistema de Regulação (SISREG) é uma ferramenta online que possibilita controlar e ajustar os recursos hospitalares e ambulatoriais, regulamento interno de hospitais em que podemos exemplificar: a solicitação pela rede básica de consultas, exames e procedimentos na média e alta complexidade, bem como a regulação de leitos hospitalares, encaminhamentos de referência e contra referência entre, utilizados pelos municípios, ou estados que regulam os acessos através do SUS. O sistema funciona de forma que os atendimentos eletivos são considerados de acordo com a classificação de risco. A posição varia com o laudo clínico que o médico regulamentador preencherá, se é necessário um atendimento urgente ou se pode esperar (BRASIL, 2016).

O SISREG tem três modalidades performando no sistema, Central de Regulação Ambulatorial, Central de Internação Hospitalar, e a Autorização de procedimentos de alta complexidade, o sistema auxilia a organizar a regulação dos procedimentos, consultas, leitos hospitalares, atendendo desde a saúde básica até a alta complexidade. O sistema permite que os usuários saibam algumas informações sobre a saúde deles, no qual podem entrar utilizado a Carteirinha Nacional do SUS. (BRASIL, 2018)

O sistema DATASUS tem como missão impulsionar a informação por meio da tecnologia e apoiar o SUS. O sistema possui uma gama de dados públicos, mostrando que o SUS tem de certa forma uma cobertura universal (SALDANHA et al, 2019). O TABNET é uma ferramenta dentro do DATASUS que trabalha com dados em uma tabela, então ele é um tabulador de forma geral que auxilia a organizar os dados de forma mais ágil (BRASIL, 2020).

O enfermeiro é um dos eixos para um bom funcionamento da unidade onde trabalha, e disposto de multifunções, o enfermeiro pode fazer várias especializações, com a possibilidade de realizar um aperfeiçoamento na área da gestão, no qual se formará um administrador de pessoas e recursos, com uma ampla abrangência, é notável a participação dos enfermeiros na gestão das instituições, assumindo cargos de auditor, gerente, administrador das instituições, mas requer possuir algumas habilidades de liderança. Sendo regulamentada pela lei nº 7.498, o enfermeiro tem à disposição o que deve exercer como profissional, com a profissão exercida em todo território nacional.

METODOLOGIA

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um sistema complexo, e um dos maiores que tem, que com sua criação possibilitou o acesso universal e sem discriminação do sistema público, ele propicia a prevenção e promoção da saúde. A epidemiologia originou-se das observações de Hipócrates, que fatores ambientais influem o surgimento de doenças. O estudo epidemiológico é um estudo que aborda e investiga a saúde da população e os fatores

determinantes para o risco e agravos de doenças, assim como eventos correlacionados a saúde (BONITA et al, 2010).

Este estudo descritivo, retrospectivo, e de perfil epidemiológico pela necessidade de internação, que consiste na análise de dados de forma organizada de informações dos dados apresentados por um serviço de informação de períodos passados o DATASUS/TABNET. Com o objetivo de avaliar quais são as causas mais comuns por internações hospitalares, AIH aprovadas pelo sistema. Que foi realizado com dados do período de fevereiro de 2018 até fevereiro de 2020 no sistema DATASUS. Sendo filtrado os resultados na ferramenta do Excel, para diminuir os dados, e utilizado o critério de ter acima de 10 AIH aprovadas. Para este estudo os dados são proveniente da consulta junto ao DATASUS por intermédio da pesquisa online em sua plataforma utilizando os dados dentro da Ferramenta TABNET em forma de tabelas, que tem acesso online, que armazena dados do nosso país em relação à saúde dos brasileiros, assim para que se possa realizar o acompanhamento das ações e resultados das atividades realizadas no SUS.

O TABNET é uma ferramenta dentro do DATASUS que trabalha com dados em uma tabela, então ele é um tabulador de forma geral que auxilia a organizar os dados de forma mais ágil (BRASIL, 2020). A coleta dos dados foi por meio da plataforma TABNET do DATASUS. Em base de consulta pública, online. Os dados foram copilados da plataforma TABNET, após tabulados em uma planilha do Excel, realizando a filtragem dos dados como critério de inclusão de grupo de procedimentos de AIH com número mínimo de 10 internamentos, descritos de acordo com as macrorregiões. Através da análise quantitativa, definindo as categorias de acordo com o grupo de procedimentos divididos entre as regiões e promovendo a comparação com a região do Alto Vale do Rio do Peixe, como forma de avaliação da disponibilidade de leitos dentre as especialidades e a gestão que é realizada pelo SISREG no período de fevereiro de 2018 até fevereiro de 2020.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo proporciona um comparativo das maiores demandas de AIH por procedimentos definido para este estudo no mínimo de 10 internações mensais, que se apresentam no período de fevereiro de 2018 a fevereiro de 2020, no estado de Santa Catarina. Os gráficos apresentados abaixo foram agrupados de acordo com o período temporal pertencente cada mês. Para a análise dos dados, em definição temporal, foi realizado o agrupamento dos meses, com descrição as três principais regionais com o maior quantitativo de AIH em comparação com a região do Alto Vale do Rio do Peixe, pois se trata de nossa região. As regiões de saúde lugar geográfico contínuo formado por grupos de municípios que são vizinhos, identificado a partir de culturas, economia e social e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde

(MOYA, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo realizado na plataforma de dados do SUS, sobre as AIH no estado no período de 2018 a 2020, destacou quais os procedimentos que geram mais internações de acordo com os dados, notoriamente com maior frequência as AIH referentes: ao parto normal, parto cesariano, tratamento de pneumonias ou influenza (gripe), tratamento com cirurgias múltiplas, tratamento intercorrências na gestação, tratamento de pacientes oncológicos e tratamento da vias aéreas inferiores. É necessário obter informações do âmbito hospitalar, a fim de que os enfermeiros assistências quanto os que atuam como gestores hospitalares, possam organizar as políticas de trabalho e interferir no processo de enfermagem, gerar novos protocolos, prestar assistência ao serviço para que não haja falta de leitos, administração das equipes, aplicar os conhecimentos para diminuição de indicadores que podem atrapalhar o funcionamento do serviço, e com cuidados mais integrais na saúde do usuário. Com as estas informações pode-se ter uma melhora gradual na qualidade de serviços de saúde, enfatizando o enfermeiro com perfil de líder de uma equipe, e poderá planejar uma assistência de qualidade e a organização do serviço, como também o dimensionamento das equipes.

O conhecimento das AIH é também um indicador utilizado para compreensão geral para conhecimento do sistema de saúde nacional, alimentados pelos municípios e estados, esses dados contidos na AIH são incluídos no prontuário do paciente e encaminhados para a auditoria hospitalar para verificação as informações do internamento, e envia um relatório para gestores locais, e a Secretaria de Saúde envia para o Ministério da Saúde e alimenta os sistemas de informações o DATASUS, ampliando as áreas para a auditoria em enfermagem. As ferramentas utilizadas são instrumentos para colaborar na gestão hospitalar sendo TABNET como ferramenta para desenvolver estratégias pelo enfermeiro gestor. E as atribuições dadas ao enfermeiro, que começa desde a sua formação inicial, que vão além de poder liderar as equipes, é poder atuar na administração e gestão dos serviços, e gestão de recursos, e de como estão sendo utilizados se há ou não desperdícios, a sistematização dos serviços. Assim recomendamos ao enfermeiro gestor hospitalar estas ferramentas de organização estratégica para controle, auditoria, planejamento de acordo com sua demanda regional de AIHs.

REFERÊNCIAS

BRASIL, ANS-Agência Nacional de Saúde Suplementar. **O que é um AIH- Autorização de Internação Hospitalar**. 2020. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/index.php?option=com_centraldeatendimento&view=operadora&resposta=1559&historico=22434301>. Acesso em: 28 de mai. 2020

BRASIL, CONASS: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O SISREG**. 2016. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/guiainformacao/o-sisreg/>>. Acesso em: 01 de jun. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Sobre o DATASUS**. 2020. Disponível em: <<https://datasus.saude.gov.br/sobre-o-datasus/>>. Acesso em: 18 de mai. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **SIHSUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS**. 2020. Disponível em: <<http://datasus1.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/hospitalares/sihsus/>>. Acessado em: 30 de mai. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. **TABNET**. Tutorial do TABNET. DATASUS– Departamento de Informações do SUS. 2018. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Tutorial-TABNET-2020.pdf>>. Acesso em: 19 de mai. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **DATASUS–TABNET**. Plataforma de acesso de dados de saúde pública. 2020. Disponível em: <<https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>>. Acessado em: 19 de mai. 2020.

MOYA, Vanderlei Soares. **Auditoria no SIH**. 2019. Disponível em: <<https://audhosp.com.br/wp-content/uploads/2019/09/Curso-Auditoria-SIH-Tarde.pdf>>. Acesso em 11 de jun. 2020.

OPAS/OMS, Organização Mundial de Saúde. **OMS define 2020 como ano internacional dos profissionais de Enfermagem e Obstetrícia**. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6092:oms-define-2020-como-ano-internacional-dos-profissionais-de-enfermagem-e-obstetricia&Itemid=844>. Acesso em: 03 de jun. 2020.

SALDANHA, Raphael de Freitas; BASTOS, Ronaldo Rocha; BARCELLOS, Christovam. **Microdatasus: pacote para download e pré-processamento de microdados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS)**. Cadernos de Saúde Pública [online]. v. 35, n. 9. 2019. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/csp/2019.v35n9/e00032419/pt>>. Acesso 8 jun. 2020.

PERCEPÇÃO DE GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE SOBRE A FORMAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Data de aceite: 01/08/2021

Data da submissão: 06/05/2021

Beatriz Santana Caçador

Enfermeira. Doutora em Enfermagem.
Professora Adjunta do Departamento de
Medicina e Enfermagem da Universidade
Federal de Viçosa
Viçosa – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/5190949107074064>

Ana Cristina Fontes de Souza

Enfermeira do Hospital Jorge Caetano de
Mattos, Ervália – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/6025496735066779>

Carolina da Silva Caram

Enfermeira. Doutora em Enfermagem.
Professora Adjunta da Escola de Enfermagem
da Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/5683828552286312>

Lilian Cristina Rezende

Enfermeira. Doutora em Enfermagem.
Professora da Fundação Educacional Lucas
Machado no curso de especialização em
Educação na Saúde
Belo Horizonte – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/7792407915662287>

Maria José Menezes Brito

Enfermeira. Pós Doutora em Enfermagem.
Professora Titular da Escola de Enfermagem
da Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/9045877879972358>

RESUMO: O agente comunitário de saúde constitui o elo principal entre a equipe de saúde e a comunidade. Sua prática envolve competências de educação e orientação em saúde e necessita da criação de vínculo com a comunidade para ser efetiva. Entretanto, esses profissionais não possuem formação para assumir suas práticas, acarretando fragilidades no seu fazer em saúde. Com a municipalização da saúde, os gestores municipais tornaram-se atores estratégicos para promover mudanças nos processos de trabalho em saúde e criar condições para que as mudanças induzidas pelo SUS aconteçam no cotidiano dos serviços de saúde. **Objetivo:** Compreender a percepção de gestores municipais de saúde de uma microrregião de Minas Gerais sobre o processo de formação profissional dos agentes comunitários. **Método:** Estudo qualitativo realizado com treze gestores municipais de saúde. Os dados foram coletados por meio de entrevista com questões abertas e analisados a partir da técnica de Análise de Conteúdo de Bardin. Os aspectos éticos de pesquisas com seres humanos foram respeitados. **Resultados:** Mediante análise das entrevistas realizadas, emergiram duas categorias temáticas que fundamentaram a discussão deste estudo: “A Educação Permanente como estratégia de formação para os agentes comunitários de saúde”, e “Desafios gerenciais para a formação dos ACS”. **Conclusão:** Os gestores compreendem a importância da formação dos agentes e entendem a educação permanente como estratégia potente para promover tal formação. Contudo, nem todos os gestores viabilizam este processo formativo para os

agentes de saúde revelando uma importante contradição entre seu discurso e sua prática.

PALAVRAS - CHAVE: Enfermagem; Agentes comunitários de saúde; Educação permanente.

PERCEPTION OF MUNICIPAL HEALTH MANAGERS ON THE TRAINING OF COMMUNITY HEALTH AGENTS

ABSTRACT: The community health worker is the main link between the health team and the community. Its practice involves health education and guidance skills and needs to create a bond with the community to be effective. However, these professionals do not have the training to assume their practices, causing weaknesses in their health practice. With the municipalization of health, municipal managers have become strategic actors to promote changes in health work processes and create conditions for the changes induced by SUS to happen in the daily lives of health services. Objective: To understand the perception of municipal health managers in a micro-region of Minas Gerais about the professional training process of community agents. Method: Qualitative study conducted with thirteen municipal health managers. Data were collected through interviews with open questions and analyzed using the technique Content Analysis of Bardin. The ethical aspects of research with human were respected. Results: Upon analysis of the interviews carried out, two thematic categories emerged that supported the discussion of this study: “Permanent Education as a training strategy for community health agents”, and “Management challenges in the formation of CHAs”. Conclusion: Managers understand the importance of training agents and understand continuing education as a powerful strategy to promote such training. However, not all managers make this training process feasible for health agents, revealing an important contradiction between their discourse and their practice

KEYWORDS: Nursing; Community Health Workers; Permanent Education

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro é a consolidação do direito constitucional à saúde adquirido por meio de uma intensa mobilização social. A operacionalização desse direito se dá a partir dos princípios doutrinários de universalidade e equidade do acesso e da integralidade da assistência e de princípios organizativos como a descentralização, a hierarquização/regionalização e participação social. (BARBIANI et al., 2014).

A fim de operacionalizar os princípios do SUS e fazê-los alcançar o cotidiano das práticas dos profissionais de saúde, foi criada a Estratégia Saúde da Família (ESF) com o propósito de reorganizar a atenção primária à saúde, ordenar as redes de atenção. Tem como foco a família em seu contexto social e busca oferecer uma assistência à saúde mais próxima das reais necessidades de saúde da população (BRASIL, 2012).

Tendo em vista as transformações mobilizadas pela ESF, é importante destacar a prática profissional dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), o qual se revela como ator fundamental neste processo de mudança e consolidação de um novo modelo assistencial

(FILGUEIRAS; SILVIA, 2011).

No âmbito da ESF, o ACS é um profissional de saúde singular que além de atuar na equipe é morador da comunidade. Traz, portanto, um arcabouço cultural, histórico e social da comunidade onde atua, os quais são fundamentais para a compreensão do processo saúde doença considerando sua complexidade. Tem como principal atributo constituir-se como elo entre a comunidade e o serviço de saúde, ligando dois universos culturais distintos: o científico e o popular, auxiliando no trabalho de prevenção de agravos e de promoção de saúde (MARZARI et al., 2011).

Considerando tais singularidades, o trabalho do ACS tem como condição de seu exercício a criação de vínculo com a comunidade para que seja capaz de conhecer os modos de vida, hábitos e comportamentos das pessoas com relação à sua saúde. Assim, é na intimidade do espaço privado das famílias que realiza a maior parte de sua prática. Há que se destacar, portanto, o desafio de se apreender as necessidades de saúde da população, ao considerar a complexidade de sua tessitura a partir da relação que estabelece com o contexto no qual é produzida (GALAVOTE; FRANCO; BELIZÁRIO, 2013).

A despeito da importância da prática profissional do ACS é possível perceber, entretanto, questões emblemáticas relacionadas ao processo formativo desses profissionais. Sem a garantia de um processo formativo estruturado, o desenho de suas ações se apresenta de forma enigmática, sendo imprecisos os limites e alcance de suas intervenções. Assim, as dificuldades presentes na prática do ACS são potencializadas uma vez que o escopo e natureza de sua prática são desenvolvidos sem o respaldo de um processo formativo sistematizado (GALAVOTE; FRANCO; BELIZÁRIO, 2013).

Tem-se como pressuposto que a função gerencial no sistema público de saúde é fundamental para a organização do processo de trabalho em saúde de modo a ser possível viabilizar as transformações instigadas pelos princípios e diretrizes do SUS. Os gestores de saúde são, portanto, atores estratégicos nas organizações por possuírem governabilidade política e tomada de decisão para induzir mudanças no cotidiano das práticas dos trabalhadores de saúde (SOUZA; MELO, 2008).

Mediante a importância da formação do ACS e o lugar estratégico de tomada de decisão dos gestores municipais, surge a inquietação com relação à percepção dos gestores municipais de saúde acerca da formação do ACS. Neste estudo, consideramos gestores os secretários de saúde e coordenadores da atenção primária à saúde, por serem eles os atores responsáveis por gerir a saúde, a partir da municipalização da saúde no Brasil.

Em face ao exposto, surge a questão norteadora desse estudo: qual a percepção dos gestores municipais de saúde sobre o processo de formação dos ACS? O presente estudo tem, pois, como objetivo compreender a percepção dos gestores municipais de saúde sobre o processo de formação profissional dos agentes comunitários.

MÉTODOS

Foi realizada pesquisa qualitativa que teve como objeto de estudo a percepção de gestores municipais sobre a formação dos agentes comunitários de saúde. Considerando a subjetividade do objeto deste estudo e o conjunto de significados a ele pertencentes, a pesquisa qualitativa se revelou como abordagem metodológica mais adequada para alcançar os objetivos do estudo.

O estudo foi realizado na sede das secretárias municipais de sete cidades da microrregião de um município do interior, que está localizada na zona da mata mineira situada no sudeste do estado de Minas Gerais. Todos os secretários de saúde e coordenadores da atenção primária foram convidados a participar da pesquisa, porém aceitaram participar desse estudo sete secretários municipais de saúde e seis coordenadores da atenção primária. Os critérios adotados para inclusão dos sujeitos na pesquisa foram: ser gestor de saúde na atenção básica do município e aceitar participar voluntariamente do estudo.

Para a realização da coleta de dados foi feito inicialmente um contato telefônico com os secretários e coordenadores da atenção primária dos municípios para convidá-los a participar da pesquisa. Durante o contato telefônico foram explicados quais eram os objetivos da pesquisa e a importância de sua contribuição para o estudo visando à melhoria da assistência prestada pelo município. Após a aceitação do mesmo em participar da pesquisa, foram marcados encontros presenciais em dias e horários de comum acordo entre o entrevistador e o entrevistado.

O período de coleta de dados ocorreu entre junho de 2017 a setembro de 2017, sendo realizada por meio de entrevista utilizando um roteiro semiestruturado. Antes de concederem as entrevistas, os participantes foram esclarecidos quanto às suas participações na pesquisa, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual foi lido e assinado pelos participantes.

No intuito de preservar o anonimato os participantes foram identificados com a letra inicial S1 a S7 (Secretários) e C1 a C6 (Coordenadores) de acordo com a ordem em que foram realizadas as entrevistas. A entrevista com questionário semiestruturado durou cerca de 40 minutos sendo realizadas individualmente com cada um dos participantes que responderam as seguintes questões presentes no roteiro semi-estruturado: O que você pensa sobre a formação profissional do ACS? O que você pensa sobre educação permanente para ACS ou outras estratégias de formação profissional para este trabalhador? No município existe algum processo de formação para ACS? Fale-me mais sobre isso.

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. A análise do conteúdo foi realizada pela técnica de análise proposta por Bardin (BARDIN, 2011), que tem como finalidade expor de forma objetiva, organizada, e quantificada as comunicações entre os sujeitos da pesquisa e o pesquisador, envolvendo três etapas importantes sendo: pré-análise, exploração do material e o tratamento dos resultados (interpretação).

Os aspectos éticos de pesquisas que envolvem seres humanos foram contemplados e esse estudo é um recorte de um macroprojeto teve parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa, inscrito sob o Parecer N. 1.135.193 de 08 de Julho de 2015.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos participantes

Com relação ao perfil dos gestores, neste estudo, dos treze participantes, cinco eram do sexo masculino e oito do sexo feminino. A idade dos mesmos variou de 29 a 45 anos. Em relação ao nível de escolaridade, oito dos gestores possuem curso superior completo, quatro deles tem formação a nível técnico e um deles possui ensino médio completo. No que tange à profissão, seis possuem formação na área da saúde, um graduou-se em administração, e um graduou-se em agronomia. Dentre os gestores de escolaridade de nível técnico, um é técnico em segurança do trabalho e três são técnicos em enfermagem. Todos afirmaram residir no município que atuam como gestor com um tempo mínimo de oito meses e um tempo máximo de aproximadamente 25 anos.

O perfil dos gestores deste estudo se assemelha ao estudo de Polleto et al. (2016), realizado com gestores municipais de saúde do Estado de São Paulo em que a maioria (61,3%) era do sexo feminino, assim como no estudo de Ohira et al. (2014), realizado com gestores dos municípios do norte do Paraná, em que 90% dos participantes eram mulheres.

Importa destacar a multiplicidade de papéis que a mulher assume englobando a carreira com a vida doméstica e familiar ocasionando uma tensão cotidiana, surgindo conflitos entre o papel de mulher no lar e o papel de gerente (BELLE, 1994).

A despeito de toda dificuldade de ser gerente e ser mulher, as peculiaridades femininas podem constituir-se em um diferencial no desempenho da função gerencial, sendo necessário às organizações lançarem mão de atributos femininos como sensibilidade, afetividade, emoção, intuição, flexibilidade trazendo com isso um novo direcionamento às formas tradicionais de organização (DAVEL; MELO, 2005)

No que se refere à idade, a faixa etária média dos gestores deste presente estudo se assemelha ao encontrado no estudo de Machado et al. (2016), realizado com gestores do Estado do Rio de Janeiro, o qual apresentou 64% dos profissionais com idade entre 31 e 50 anos. Sobre o grau de escolaridade, os três estudos acima referenciados apresentaram dados semelhantes a este presente, sendo que a maioria dos gestores possuía curso de graduação superior.

A Educação Permanente como estratégia de formação para os agentes comunitários de saúde

O ACS é o elo entre a comunidade e o sistema de saúde e sua importância consiste

na sua singularidade: ser trabalhador de saúde e também pertencer a comunidade em que atua. Assim, tem papel singular na atenção à saúde da população por ser mediador entre a técnica e cultura popular, sendo capaz de compreender a real necessidade dos usuários desse serviço (MACIAZEKI-GOMES et al., 2016).

A formação do ACS é uma das inúmeras atividades pertinentes às Políticas Públicas do Estado, sendo primordial a capacitação desse profissional por meio do repasse de informações e capilarização dos conhecimentos acerca do processo de trabalho (SILVA, DALMASO, 2002). Diante disso, ao serem interrogados acerca da formação do ACS, os gestores do presente estudo afirmaram que reconhecem a importância de treinamento e educação permanente para todos os trabalhadores, conforme pode ser evidenciado nos depoimentos abaixo:

“A educação permanente é primordial, a partir dela vamos aprimorando, transferindo e compartilhando conhecimentos. É importante para todos, não só para os ACS. Hoje o município trabalha educação permanente nas unidades por meio do NASF, ele desenvolve palestras, oficinas e atividades com temas variados”.(S1)

“A educação permanente é chave fundamental no processo de formação de qualquer trabalhador, e auxilia muito na prática dos agentes comunitários. Nós sabemos as lacunas que esses profissionais têm durante o seu aprendizado e a sua prática”.(S7)

“Eu acho muito importante [a educação permanente], para todos os setores. Mas para nós da área da saúde é muito importante ver sempre coisas novas, por que a educação continuada trás conhecimento e motivação também você está trabalhando e aprendendo coisas novas sempre motiva né”.(C3)

“Acredito que a educação permanente é algo importantíssimo não só para a formação dos profissionais, mas para melhorar a assistência que podemos oferecer a nossa comunidade. Faz com que o profissional renove seus conhecimentos, aprenda coisas novas, se sinta motivado, por que se você investe na formação deles, eles entendem o quanto eles são importantes para o serviço. Além de ajudar e muito no seu crescimento pessoal”.(C6)

Ressalta-se como elemento primordial no contexto da Educação Permanente em Saúde a sua capacidade de adentrar no cotidiano de trabalho e, por isso, tem por premissa que a realidade é passível de transformação. Assim, para promover mudanças na realidade se faz necessário ofertar “mecanismos, espaços e temas que geram autoanálise, autogestão, implicação, mudança institucional” (CECCIM, 2005, p.9).

Considerando educação permanente como um processo que gera no trabalhador autoanálise e produz implicação do mesmo com a mudança institucional (SANTANA et al., 2009) há que se pensar se a terminologia “educação permanente” a que os gestores deste estudo fazem referência não seria acerca de um processo formativo pautado que tem como eixo o ensino de domínios técnicos e conceitos sobre doenças e agravos. Pelos depoimentos, a caracterização de educação permanente dos gestores relaciona-se mais a processos de atualização profissional do que aqueles, mais ampliados, mobilizados pela

educação permanente e que tem relação com uma reflexão sobre a própria prática e o processo de trabalho em saúde.

Assim, pelos depoimentos, é possível perceber que os gestores possuem diferentes conceitos acerca do seria educação permanente, os quais são expressos pela caracterização e exemplificações das atividades de formação que acontecem nos municípios. Entretanto, mesmo sem possuir clareza do conceito sobre EP, os gestores do presente estudo evidenciam, nas referidas falas, o reconhecimento da importância da formação do ACS para qualificação de sua prática.

Semelhante ao relatado pelos entrevistados deste estudo, Berge et al (2014) demonstraram que os gestores em saúde, participantes do seu estudo, se interessaram no processo de formação dos ACS, e destacaram a importância de ações educativas que valorizassem o papel desses profissionais.

Com relação às consequências do não envolvimento dos gestores na formação dos ACS, o trabalho de Santana et al (2009), por exemplo, demonstrou que os ACS sentem que seus trabalhos são prejudicados quando não há incentivos pelos gestores para melhorar suas habilidades, de forma que acabam ficando restritos a marcação de consulta e entregas de exames, impeditos de praticarem ações fundamentais para as quais são (ou deveriam ser) capacitados.

Na perspectiva da micropolítica, a educação constitui-se como dispositivo que precisa ser permanente, estimulando os trabalhadores a novas posturas para um melhor cuidado com a saúde. Essa mudança de postura que a educação permanente pode propiciar, é fundamental para o trabalho vivo em ato uma vez que promove reflexão constante sobre o próprio fazer. Assim, os trabalhadores são sensibilizados a reduzir práticas centradas nos procedimentos e enfatizar o eixo das tecnologias leves de modo a proporcionar encontros mais humanizados com seus pacientes (MONTEIRO, PREVITALI, 2011).

Aos gestores cabe entender que as instituições de saúde podem ser consideradas como ambiente de aprendizagem para que assim, no cotidiano de trabalho, sejam viabilizadas estratégias de formação (CECCIM , 2005).

Considerando a existência das diferentes estratégias de formação profissional, acredita-se que, mesmo a gestão municipal que ainda não possui condições de estruturar uma política de educação permanente, é possível oferecer outras formas de promover formação profissional dos ACS. Investir na formação profissional é uma estratégia de qualificar o serviço e o cuidado que as pessoas, famílias e comunidades terão acesso.

Além da educação permanente, os gestores deste estudo citaram outras modalidades de formação que são oferecidas aos ACS. .O Treinamento em Serviço, por exemplo, que é aquele que ocorre no próprio ambiente de trabalho, foi uma estratégia citada pelo entrevistado S6, que realiza capacitações mensais na própria unidade, junto com a equipe de enfermagem, conforme evidenciado em seu relato;

"Aqui no município nós realizamos mensalmente capacitações com esses profissionais juntamente com a equipe de enfermagem e o NASF para que eles possam tirar todas as dúvidas e trazer até nós as demandas, e quais os assuntos que eles têm mais dificuldade para que possamos trabalhar esses temas junto a eles".(S6)

"Nós temos aqui a capacitação para eles mensal, que é realizado pelos acadêmicos de enfermagem da UFV, nós temos essa parceria aqui, então é realizada mensalmente essa capacitação para eles, além de outras que agente *vê que tem a necessidade de fazer uma capacitação com algum tema que agente vê que eles têm que trabalhar e tem dificuldade agente faz, é muito importante, ajuda muito*, até por que eles abordam, geralmente agente pede para eles abordarem o assunto que foi falado nessas capacitações nas famílias então para eles é muito importante".(C4)

"(...) Uma vez por mês os agentes comunitários de saúde se reúnem com o NASF para trabalhar temas como educação permanente. Temas esses que eles trazem até nós como uma demanda que eles têm, ou seja, uma dificuldade apresentada por eles no dia a dia ao visitar as famílias de sua área".(C5)

Outra estratégia muito utilizada são as Palestras, em que algum assunto específico é colocado em discussão, e a partir dele se segue com questionamentos dos ouvintes. Tal estratégia pode ser evidenciada nas falas dos entrevistados S5 e C5;

"(...) nós temos um cronograma mensal, que trabalha fixo um determinado tema".(S5)

"(...) uma vez por mês os agentes comunitários de saúde se reúnem com o NASF para trabalhar temas como educação permanente. Temas esses que eles trazem até nós como uma demanda que eles têm, ou seja, uma dificuldade apresentada por eles no dia a dia ao visitar as famílias de sua área".(C5)

Ainda, neste estudo foi relatado o uso de Treinamento à Distância como estratégia de formação profissional. Esse tipo de treinamento caracteriza-se por adequar o elemento distanciamento geográfico entre instrutor e treinando, usando, por exemplo, recursos computacionais e virtuais. Pode-se verificar isso na fala do entrevistado S5;

"(...) Eles fazem parte do telessaúde, que tem curso disponível online".(S5)

O ensino remoto viabilizado pelo telessaúde, é uma categoria de ensino a distância muito utilizada em todo o mundo ganhando ênfase no contexto atual marcado pelo enfrentamento da pandemia de COVID19 e necessário distanciamento social.

De acordo com Freitas et al. (2015), o telessaúde é uma ferramenta muito importante empregada no serviço de saúde para auxiliar na formação profissional continuada, já que permite o aprendizado em tempo real, por meio de videoconferência, ou no horário que melhor se adequa a realidade dos trabalhadores. Por permitir acesso a qualquer hora e local, possibilita profissionais de lugares remotos, ou mesmo aqueles que não conseguem tempo vago devido à rotina de trabalho, aprenderem e se capacitarem por meio de aulas e

palestras transmitidas via internet.

Desafios gerenciais para a formação dos agentes comunitários de saúde

Muitos são os desafios enfrentados pelos gestores diante da formação profissional dos ACS como a baixa escolaridade dos ACS os quais são admitidos no cargo sem conhecimento algum sobre o trabalho que irão realizar (TOMAZ, 2002).

Nesse sentido, foram relatos pelos entrevistados desse estudo alguns dos principais desafios enfrentados por eles. Por exemplo, a falta de formação dos ACS que são admitidos, os quais entram no trabalho sem saber qual função lhes cabe, sem ter a mínima noção de suas atribuições, ou simplesmente do que é ser um agente de saúde, foram desafios citados pelos entrevistados S2, S3, C3 e C4, conforme evidenciado nas falas seguintes:

“Eles não têm formação nenhuma para serem ACS. Não existe formação nenhuma no município para o ACS que é aprovado no concurso público”.(S2)

“Não tem uma formação ainda para esse profissional a não ser o livro. Ai fica na responsabilidade do enfermeiro ler e discutir com o ACS”.(S3)

“Quem está aqui hoje, muitos entraram sem saber o que é ser agente. A lei exige, mais nunca deram curso né”. (C3)

“Quando eles entram, não tem um curso para ensinar, vai aprendendo ao longo do tempo aprendendo os papéis que temos que desempenhar. Se tivesse um curso seria muito bom”. (C4)

São muitos os desafios que permeiam a prática do ACS, seja pela ausência de formação específica para seu exercício profissional, seja por todos os constrangimentos estruturais pelos quais os serviços de saúde públicos estão sujeitos. Em linhas gerais, o que se percebe, é que “o processo de qualificação do ACS ainda é desestruturado, fragmentado, e, na maioria das vezes, insuficiente para desenvolver as novas competências necessárias para o adequado desempenho de seu papel” (TOMAZ, 2002, p.12).

Além disso, a falta de incentivo pelo MS para formação dos ACS, que acaba desmotivando a gestão de realizar essa formação, também foi citado neste estudo, conforme evidenciado na fala do entrevistado S7;

“Apesar do Ministério da Saúde ter até criado um curso técnico para esses profissionais na prática eles não acontecem. Aqui a realidade é outra”.(S7)

Ainda, a ausência de EPS que leva ao esquecimento do que já foi ensinado, ou simplesmente ao tratarem com indiferença alguma coisa importante que já foi ensinada, também foram desafios citados neste estudo, conforme se verifica na fala dos entrevistados C3 e C2, respectivamente;

C3: “O ano passado surgiu o plano de controle da dengue (...) como não tem capacitações e não fazem atividades para aprender a importância disso, acaba caindo no esquecimento. Tendo educação continuada estará sempre lembrando e atualizando”.(C3)

C2: “Algumas coisas eles seguem, outras não, aí quando você vai tentar

repassar aquilo de novo, eles normalmente falam que já sabem e não precisa saber mais".(C2)

Com relação ao exposto pelos entrevistados deste estudo, a literatura aponta muitos desafios para a formação dos ACS. No estudo de Maciazeki-Gomes et al. (2016), os desafios apontados foram o pouco tempo de capacitação inicial para o trabalho e a dificuldade em conceituar concretamente suas práticas já que na maioria dos casos apresentam baixa escolaridade. Isso concorda com os relatos de S2, S3, C3 e C4.

Também constitui-se como desafio apontado pela literatura a falta de incentivo e subsídios no âmbito federal para a formação, dos ACS o que muitas vezes impede os gestores municipais de realizarem ações específicas voltadas para a capacitação técnica desses profissionais. Relatam que são exigidas pelo MS, mas que na prática, não acontecem. O estudo de Monteiro e Previtali (2011) relata que muitos municípios do país, como por exemplo, nas regiões do Maranhão, do Triângulo Mineiro e do Estado do Rio de Janeiro, não apresentam formação para esses profissionais por dependerem de arranjos institucionais e políticas, que muitas vezes são inviáveis. Isso colabora com as considerações dos entrevistados S4, S6, S7, C3 e C4, os quais descrevem que a importante realidade de formação profissional dos ACS ainda não saiu do papel para eles.

Além desses, Freitas et al (2015) relatam como desafio para a formação dos ACS a descontinuidade no processo de formação desses profissionais. Esta realidade se assemelha aos apontamentos feitos por C2 e C3 os quais relatam que por mais que os ACS sejam instruídos sobre determinado assunto, tal instrução acaba caindo no esquecimento se não houver uma educação permanente que os coloque em constante aprendizado e atualização.

CONCLUSÃO

A pesquisa permitiu compreender a percepção de gestores municipais de saúde sobre a formação dos agentes comunitários de saúde revelando sua percepção sobre as potencialidades e desafios inscritos neste processo. Todos os gestores participantes deste estudo compreendem a importância da formação profissional dos ACS, contudo, nem todos mostraram comprometimento com a viabilização do processo formativo para tais trabalhadores. Suas justificativas pautaram na ausência de políticas públicas e de incentivo do Ministério da Saúde.

Nesse sentido, mesmo em face das alegações a favor da formação dessas profissionais, que há uma fragilidade na oferta dessa formação de modo sistematizado aos ACS. O pouco investimento na formação do ACS revela pouca valorização do trabalho desses atores.

Com relação às limitações encontradas na realização desse estudo destaca-se o pouco tempo disponível dos gestores para a entrevista, devido à rotina intensa de trabalho

própria da função gerencial.

Frente ao exposto, compreende-se que o presente estudo é importante para a enfermagem, já que muitos são os enfermeiros que assumem a coordenação da ESF e muitos a parte de gestão na atenção primária. É indispensável entender a importância da formação profissional dos ACS a fim de que eles sejam sempre uma “ponte” eficaz entre ESF e comunidade, e mais do que isso, contribuir para que essa formação seja uma realidade.

REFERÊNCIAS

BARBIANI R.; JUNGES J.R.; NORA, C.R.D. ASQUIDAMINI F. **A produção científica sobre acesso no âmbito do Sistema Único de Saúde do Brasil: avanços, limites e desafios**. Saúde e Sociedade, São Paulo. 2014; 23(3):855-868.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2011

BELLE, F. Executivas: quais as diferenças na diferença. In: CHANLAT, J. F. **O indivíduo na organização: dimensões esquecidas**, v. 2. São Paulo: Atlas, 1994.

BERGER, S.M.D.; BARBOSA, R.H.S.; SOARES, C.T.; BEZERRA, C.M. **Educating Community Health Agents to face gender violence: contributions from Popular Education and feminist pedagogy**. Interface (Botucatu). 2014;18(supl):1241-1254.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** – Brasília: Ministério da Saúde, 2012

CECCIM, R. B. **Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário**. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v.9, n.16, p.61-177, 2005.

DAVEL, E.; MELO, M.C.O. L. (Orgs.) **Gerência em Ação: Singularidades e Dilemas do Trabalho Gerencial**. Rio de Janeiro, Editora FGV, 2005. 338 p. ISBN 852250524-1

FILGUEIRAS A.B.; SILVIA, A.L.A. **Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. 2011; 21(3):899-915.

FRACOLLI, L.A.; GOMES, M.F.P.; GRYSCHKEK, A.L.F.P.L. **Percepções de gestores municipais sobre ações de promoção de saúde: em foga os agentes comunitários de saúde**. Saúde Soc. 2014; 23(3):919-927.

GALAVOTE, H.S.; FRANCO, T.B.; LIMA, R.C.D.; BELIZÁRIO, A.M. **Alegrias e tristezas no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: cenários de paixões e afetamentos**. In: Interface - Comunicação, Saúde e Educação (Botucatu). 2013

MACHADO, C.V.; LIMA, L.D; O'DWYER G, et al. **Gestão do trabalho nas Unidades de Pronto Atendimento: estratégias governamentais e perfil dos profissionais de saúde**. Caderno Saúde Pública. 2016; 32(2):1-14.

MACIAZEKI-GOMES, R.C.; SOUZA, C.D.; BAGGIO, L.; WACHS, F. **O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios.** Ciência & Saúde Coletiva. 2016; 21(5):1637-1646.

MARZARI, C.K.; JUNGES, J.R.; SELLI, L. **Agentes comunitários de saúde: perfil e formação.** Ciência & Saúde Coletiva 2011; 16(1):873-880

MONTEIRO, M.A.G.S.; PREVITALI, F.S. **A política de formação profissional dos agentes comunitários de saúde: limites e possibilidades de construção de sujeitos críticos.** Revista Labor. 2011; 5(1):142-163.

OHIRA, R.H.F.; JUNIOR, C.L.; NUNES, E.F.P.N. **Perfil dos gerentes de Atenção Primária à Saúde de municípios de pequeno porte do norte do Paraná, Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva. 2014; 19(2):393-400

POLETTI, N.A.; PROBST, L.F.; OLIVEIRA, T.L. et al. **Síndrome de Burnout em gestores municipais da saúde.** Caderno Saúde Coletiva. 2016; 24(2):209-215.

SANTANA, J.C.B.; VASCONCELOS, A.L.; MARTINS, C.V.; BARROS, J.V.; SOARES, J.M, DUTRA BS. **Agente comunitário de saúde: percepções na estratégia da família.** Cogitare Enferm. 2009; 14(4):645-52.

SILVA, J.A.; DALMASO, A.S.W. **O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde .** Interface - Comunic, Saúde, Educ, v6, n10, p.75-96, fev 2002

SOUZA, M.K.B.; MELO, C.M.M. **Perspectiva de enfermeiras gestoras acerca da gestão municipal da saúde.** Rev Enferm UERJ. 2008;16(1):20-5

TOMAZ, J.B. C.. **O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”.** Interface (Botucatu), Botucatu, v. 6, n. 10, p. 84-87, Fev. 2002.

CAPÍTULO 8

A JUDICIALIZAÇÃO NA SAÚDE PÚBLICA E SUAS IMPLICAÇÕES PARA O TRABALHO DE ENFERMAGEM: UM ESTUDO DE CASO

Data de aceite: 01/08/2021

Data de submissão: 29/06/2021

Eloá Carneiro Carvalho

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Enfermagem, Departamento de
Enfermagem em Saúde Pública
Rio de Janeiro – RJ.
<https://orcid.org/0000-0002-1099-370X>

Helena Maria Scherlowski Leal David

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Enfermagem, Departamento de
Enfermagem em Saúde Pública
Rio de Janeiro – RJ.
<https://orcid.org/0000-0001-8002-6830>

Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Enfermagem, Departamento de
Enfermagem Médico-Cirúrgica
Rio de Janeiro – RJ.
<https://orcid.org/0000-0002-2936-3468>

Samira Silva Santos Soares

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Enfermagem, Programa de Pós-
graduação em Enfermagem
Rio de Janeiro – RJ.
<https://orcid.org/0000-0001-9133-7044>

Thereza Christina Mó y Mó Loureiro Varella

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Enfermagem, Departamento de
Enfermagem e Saúde Pública
Rio de Janeiro – RJ.
<https://orcid.org/0000-0001-9389-1161>

Karla Biancha Silva de Andrade

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Enfermagem, Departamento de
Enfermagem Médico-Cirúrgica
Rio de Janeiro – RJ.
<https://orcid.org/0000-0002-6216-484X>

Sandra Regina Maciqueira Pereira

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Enfermagem, Departamento de
Enfermagem Médico-Cirúrgica
Rio de Janeiro – RJ.
<https://orcid.org/0000-0002-0550-2494>

Ellen Márcia Peres

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Enfermagem, Departamento de
Enfermagem Médico-Cirúrgico
Rio de Janeiro – RJ.
<https://orcid.org/0000-0003-4262-6987>

Helena Ferraz Gomes

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Enfermagem,
Departamento de Enfermagem Médico-
Cirúrgico
Rio de Janeiro – RJ.
<https://orcid.org/0000-0001-6089-6361>

Bruna Maiara Ferreira Barreto Pires

Universidade Federal Fluminense,
Departamento de Enfermagem e Administração
Niterói – RJ.
<https://orcid.org/0000-0002-5584-8194>

Antonio Marcos Tosoli Gomes

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Enfermagem, Departamento de
Enfermagem Médico-Cirúrgico
Rio de Janeiro – RJ.
<https://orcid.org/0000-0003-4235-9647>

RESUMO: Este estudo tem por objetivo identificar os casos de judicialização da saúde que impactaram no trabalho de enfermagem e discutir medidas que possam minimizar os impactos dessa judicialização no trabalho de enfermagem. **Método:** trata-se de pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso com abordagem descritiva e exploratória. A coleta de dados se deu a partir de busca eletrônica de todas as Ações Cíveis Públicas (ACP) disponíveis no banco de dados, no site do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, no período de dezembro de 2018 a janeiro de 2019. **Resultado:** vários processos apareceram nas buscas; entretanto, apenas dois se referiam à judicialização na saúde pública, tendo como universo da pesquisa os usuários do Sistema Único de Saúde em geral, os cidadãos que usam o sistema eventualmente e os trabalhadores de saúde. **Conclusão:** o aumento da judicialização da saúde no Brasil, principalmente depois da Constituição de 1988, é uma consequência natural resultante da conjuntura política e econômica que aqui se impôs.

PALAVRAS - CHAVE: Enfermagem; Judicialização da saúde; Direito à saúde; Estudo de caso; Política pública.

JUDICIALIZATION IN PUBLIC HEALTH AND ITS IMPLICATIONS FOR NURSING WORK: A CASE STUDY

ABSTRACT: This study aims to identify cases of judicialization of health that impacted nursing work and discuss measures that can minimize the impacts of this judicialization on nursing work. **Method:** this is a qualitative case study research with a descriptive and exploratory approach. Data collection was based on an electronic search of all Public Civil Actions (ACP) available in the database, on the website of the Court of Justice of Rio de Janeiro, from December 2018 to January 2019. **Result:** several processes appeared in the searches; however, only two referred to the judicialization of public health, having as the universe of research users of the Unified Health System in general, citizens who use the system occasionally and health workers. **Conclusion:** the increase in the judicialization of health in Brazil, especially after the 1988 Constitution, is a natural consequence resulting from the political and economic situation that was imposed here.

KEYWORDS: Nursing; Health's Judicialization; Right to Health; Case Reports; Public policy.

1 | INTRODUÇÃO

O direito universal à vida digna relaciona-se com princípios fundamentais, garantidos na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, tais como o direito à saúde, à educação, ao trabalho e ao meio ambiente equilibrado, dentre outros (BRASIL, 2021).

Para garantir essa proteção, a sociedade dispõe do Direito, uma ciência cuja função

social é efetivar direitos e garantias dos cidadãos, prevenindo conflitos e promovendo o bem comum a partir da harmonização das relações, assegurando assim, o bem estar de um grupo social, para que o caminho seja seguro em busca de uma sociedade justa, fraterna e solidária (AMARAL; CAPELARI, 2014).

No contexto brasileiro, há um crescente movimento de busca da efetivação de direitos tanto presentes na Constituição, quanto aqueles alcançados por meio do acionamento do Poder Judiciário, em suas diversas instâncias e órgãos. Assim, a grosso modo, o judiciário passa a decidir questões que outros poderes não conseguiram resolver, como é o caso por exemplo dos direitos sociais, em especial do direito à saúde, já que a política setorial que ordena o Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta-se, em muitas situações, falha. Além disso, há dificuldades por parte do Executivo em cumprir o seu papel constitucional, tendo como exemplo recente a descoordenação de ações entre as esferas republicanas para o enfrentamento da pandemia por Covid-19, o que foi alvo inclusive de críticas internacionais (THE LANCET, 2020).

Assevera-se que a judicialização, até há pouco tempo, era vista por alguns, principalmente os gestores da saúde, como uma interferência indevida do judiciário no planejamento e ação do executivo e, também, como uma ameaça aos gestores locais. Entretanto, há quem defenda a judicialização como exercício de cidadania daqueles que se veem desassistidos, por qualquer razão (FERREIRA; VERDERAME, 2017).

Para a enfermagem, como profissão, o desafio é o de reafirmar os valores fundantes de solidariedade e do direito universal à vida digna num tempo de acelerada incorporação de tecnologias materiais de cuidado e de valorização dos sujeitos individuais em detrimento do bem-estar coletivo. A utilidade social do trabalho de enfermagem pode ser facilmente verificada na literatura quando se aborda a importância do cuidado e a sua relação com a promoção da vida. A enfermagem está presente no contexto social prestando cuidado, desde a geração da vida até a sua finitude, principalmente, no SUS (FERNANDES *et al*, 2020).

Porém, para que sua prática seja desenvolvida a contento, além da capacidade técnica e científica e de incorporação de princípios éticos e humanísticos na execução do seu trabalho, necessita-se de condições materiais de trabalho. Assim, faz-se mister um contexto laboral com equipamentos e insumos médico-hospitalares adequados, força de trabalho suficiente para o bom desenvolvimento do processo laboral e estrutura física que permita executar sua prática sem entraves e desdobramentos negativos para a saúde da população e de seus trabalhadores (FORTE *et al*, 2019).

Corroborando, o que tem se verificado é a interferência no trabalho de enfermagem por conta de inadequadas e equivocadas condições de trabalho, que apresenta potencial para gerar consequências negativas na assistência. Diante dessa configuração, o objeto do presente artigo trata da judicialização da saúde e suas repercussões para a prática de enfermagem, a partir de um estudo de caso no Estado do Rio de Janeiro.

O tema judicialização, ao ser discutido na área da saúde, tem sido tratado na perspectiva da gestão e, às vezes, do direito, mas sem explorar conceitos fundantes. Já na área do direito, esse tema é abordado à luz de conceitos jurídicos, mas a relação com as questões da saúde nem sempre ficam claras (SILVA; NICOLETTI, 2020). Assim, o presente trabalho visa estreitar os dois campos de discussão, ampliando os horizontes para os dois campos, como forma de tornar mais claro o papel das instâncias judiciais para o trabalho em saúde e enfermagem, tendo como central o conceito de dignidade humana.

Desse modo, os objetivos propostos são: i) identificar os casos de judicialização da saúde que impactaram no trabalho de enfermagem e ii) discutir medidas que possam minimizar os impactos dessa judicialização no trabalho de enfermagem.

2 | MÉTODO

A pesquisa proposta buscou elementos empíricos que efetivavam um diálogo entre fatos vividos, que se transformaram em peças jurídicas, e os conceitos centrais em torno do acesso à saúde. Para tal, desenvolveu-se um estudo de caso com abordagem qualitativa, descritiva e exploratória, com leitura e análise crítica e interpretativa das ações à luz do referencial teórico da judicialização da saúde.

O percurso metodológico escolhido para a coleta, organização e posterior análise de dados configura-se como um estudo de caso, o qual se caracteriza como uma análise com ênfase na descrição e relação dos fatores de cada situação. Nos estudos de caso de abordagem qualitativa, são consideradas características fundamentais a interpretação de dados do contexto, a busca constante de respostas e questões, o retrato completo e profundo da realidade, o uso de várias fontes de informações, a generalização natural e a revelação dos diferentes pontos de vista sobre o objeto estudado (VENTURA, 2007).

Os casos podem ser decompostos em partes para que seja possível identificar seus componentes mais importantes. E a revisão bibliográfica serve para fundamentar o estudo, como também comparar com outros casos semelhantes (VENTURA, 2007).

O estudo de caso é dividido em quatro fases: delimitação da unidade-caso, com a busca de casos típicos, extremos e atípicos para se chegar à compreensão do objeto; coleta de dados, que pode ser feita por vários procedimentos qualitativos ou quantitativos; a terceira etapa é a seleção, análise e interpretação dos dados e por fim, a quarta fase é a elaboração do relatório (GIL, 2019).

A análise de dados foi qualitativa e de base interpretativa à luz do referencial teórico, permitindo um aprofundamento dos casos concretos. A primeira etapa da análise consistiu em uma fase exploratória, com levantamento bibliográfico e definição do caso que foi escolhido como um caso de judicialização na saúde pública. A segunda etapa objetivou a busca dos casos, a fim de delimitar o objeto da pesquisa. A terceira etapa consistiu na escolha e análise aprofundada dos casos escolhidos, com leitura documental, identificação

de elementos centrais em cada caso, tais como motivo da demanda, pedidos, autor, réu, pessoas atingidas pela demanda, descrição do problema, andamento do processo, fundamentação dos pedidos, fundamentação das decisões, recursos e decisões. Na quarta etapa, foi confeccionado o relatório final da pesquisa.

Os processos, os quais representam os casos que serão estudados neste artigo, foram selecionados a partir de busca eletrônica de todas as Ações Cíveis Públicas (ACP) disponíveis no banco de ACP, no *site* do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro. Foram usados os seguintes descritores: “judicialização”, “saúde”, “judicialização da saúde”, “judicialização da saúde pública”, “mínimo existencial”, “reserva do possível”, Sistema Único de Saúde”, “políticas públicas” e “separação dos poderes”. Vários processos apareceram nas buscas; entretanto, apenas dois se referiam à judicialização na saúde pública, tendo como universo da pesquisa os usuários do Sistema Único de Saúde em geral, os cidadãos que usam o sistema eventualmente e os trabalhadores do SUS. Assim, esses dois casos foram os trabalhados na pesquisa.

A ACP é um instrumento do processo coletivo previsto na lei federal nº 7.347, de 1985. Dentre os legitimados para ingressar com essa ação, há o Ministério Público (MP), a Defensoria Pública e as Associações.

O período de coleta de dados foi de dezembro de 2018 a janeiro de 2019. Os dois casos escolhidos no banco de ações cíveis públicas do tribunal de justiça do Estado do Rio de Janeiro, tratavam de judicialização da saúde pública, objeto da pesquisa e são ações cíveis públicas impetradas pelo Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro em face do Estado *lato sensu*.

Cabe esclarecer que a presente pesquisa não foi submetida à Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, nem ao Comitê de Ética do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, pois as ACP estão disponíveis em banco de acesso público.

3 | RESULTADOS

Os dois casos pesquisados surgiram a partir de suporte probatório colhido em inquérito civil público, motivado pela má qualidade na assistência em hospitais públicos localizados no Estado do Rio de Janeiro, culminando no descumprimento da Constituição Federal no que concerne o direito à saúde previsto no seu artigo 196. O primeiro caso, teve como objetivo apurar as precárias condições da estrutura e do atendimento no Hospital Albert Schweitzer. Já o segundo, englobou vários hospitais públicos situados no município do Rio de Janeiro e teve como objetivo apurar a deficiência do serviço público de saúde nas unidades em questão.

Caso 1 – Data: 25/08/2003; Processo nº: 2003.001.104209-0

Autor: Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro

Réu: Estado do Rio de Janeiro.

Iniciou com um Inquérito Civil Público (ICP) instaurado no âmbito da Promotoria de Justiça da Cidadania com o escopo de apurar as precárias condições da estrutura e do atendimento no Hospital Albert Schweitzer e combater eventuais irregularidades no serviço médico prestado através do SUS em estabelecimentos hospitalares mantidos pelo Estado e pelo Município do Rio de Janeiro.

Na tentativa de esclarecer melhor a situação e resolver com o ente público de forma conciliatória, sem precisar entrar com uma ação, o Ministério Público expediu ofício à direção do Hospital Albert Schweitzer requisitando várias informações sobre a unidade. Entretanto, o diretor do hospital limitou-se a relatar que o número de profissionais de saúde ali lotados era suficiente e, com relação ao material hospitalar, juntou informação do setor de enfermagem esclarecendo que, apesar de escasso, o material fornecido pela Secretaria de Estado de Saúde estaria atendendo à demanda.

Contudo, as informações prestadas pela direção do hospital não condiziam com a realidade demonstrada em notícias veiculadas em diversos períodos acerca da caótica situação da instituição, inclusive visto como um dos piores hospitais da rede estadual. Então, o *Parquet*¹ solicitou ao Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ) e à Equipe de Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado de Saúde a realização de uma inspeção conjunta no hospital em questão. O resultado da fiscalização apontou todas as irregularidades apresentadas anteriormente.

Assim, a partir da omissão do Estado e diante dos graves problemas identificados na fiscalização conjunta realizada no Hospital Estadual Albert Schweitzer, o *Parquet* propôs uma ACP, em face do Estado e após a análise de todas as peças processuais, o juiz em sua sentença acatou o pedido do Ministério Público para que o Estado abra um procedimento licitatório, em 60 dias, nos termos da lei nº 8.666/93, para a realização das obras necessárias apontadas pelo CREMERJ e pela Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado de Saúde; e para aquisição dos equipamentos necessários descritos pelo CREMERJ.

Após a sentença, o Ministério Público dela recorreu e os desembargadores acataram o recurso e complementaram a decisão do juiz de primeira instância, determinando a imediata contratação, em caráter temporário (caso não houvesse profissionais aprovados em concurso público aguardando somente nomeação e posse), apenas pelo período necessário à realização de concurso público para nomeação de 41 enfermeiros e 67 servidores técnicos e auxiliares de saúde, distribuindo-os na forma indicada pelo CREMERJ, na Unidade Intermediária do Hospital Albert Schweitzer (dois médicos por plantão e um médico intensivista para rotina; um enfermeiro por 24 horas e um auxiliar de enfermagem para cada dois leitos, no total de seis). E se a presente decisão não fosse cumprida em 30 dias, estipulou multa diária de R\$ 1.000,00 (um mil reais). Em relação ao concurso público,

¹ Forma de se referir ao Ministério Público

se não realizado e encerrado em 120 dias, teria o Estado as mesmas penas aplicadas pelo não cumprimento da decisão.

Caso 2 – Data: 05/08/2011; Processo nº: 028368882.2011.8.19.0001

Autor: Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro

Réus: Município do Rio de Janeiro e Estado do Rio de Janeiro.

O presente caso também iniciou com um Inquérito Civil Público (ICP), no qual restou demonstrado o descumprimento de obrigações administrativas pelos réus, que não implementaram as ações executivas necessárias à adequada prestação do serviço de saúde à população, nem mesmo após dois anos de reuniões e tratativas extrajudiciais. Foi proposto Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) ao Secretário Estadual de Saúde. Entretanto, não houve adesão. Restou configurado o dano ao direito coletivo à saúde em virtude da escassez de leitos de CTI (faltam, no mínimo, 349 leitos), ausência de normatização, ausência de sistema informatizado e não inclusão total dos leitos existentes no sistema regulatório. A omissão do Estado resultou em uma ACP, englobando vários hospitais públicos situados no município do Rio de Janeiro, com requerimento de Tutela de Urgência movida pelo Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro (MPERJ), por intermédio da Promotoria de Justiça da Tutela Coletiva da Saúde em face do Município do Rio de Janeiro e do Estado do Rio de Janeiro.

Durante o processo restou configurada a deficiência na prestação do serviço público de saúde pelo Estado, evidenciando, assim, o descumprimento lesivo e ilícito das obrigações de fazer correlatas ao núcleo de fundamentalidade do direito coletivo à saúde e à proteção à integridade física.

Após a análise de todas as peças processuais, o juiz concedeu, em parte, a tutela de urgência solicitada pelo Ministério Público para que o Estado Rio de Janeiro expandisse a rede do SUS com a oferta de leitos de CTI ou UTI integralmente regulados em serviços da rede própria e em número suficiente para atender à demanda existente, no prazo de 12 meses, sob pena de multa diária de R\$ 10.000,00 (dez mil reais), bem como para que, enquanto não se viabilizasse tal expansão em caso de inexistência de leitos em UTI ou CTI de hospitais da rede pública de saúde, providenciasse a transferência e internação de cada um dos pacientes para hospitais da rede privada conveniados ao SUS, sob pena de multa fixa de R\$30.000,00 (trinta mil reais) para cada infração.

4 | DISCUSSÃO

A ACP representa um dos mais legítimos instrumentos processuais do ordenamento jurídico brasileiro, destinados à efetivação da justiça social e é considerada um instrumento típico de proteção jurisdicional dos interesses coletivos. A utilização desta ação tem a função de proteção, prevenção e reparação dos danos causados à infância e adolescência, meio ambiente, consumidor, contribuinte, bens e direitos de valor artístico, estético, histórico,

turístico e paisagístico e outros interesses difusos, coletivos e individuais homogêneos (ARAUJO; LÓPEZ; JUNGUEIRA, 2016).

O objeto das ações é o SUS. A chamada judicialização da saúde tem crescido muito, principalmente depois da Constituição de 1988; logo, apresenta-se como um fenômeno recente no Brasil, cujo objetivo consiste em conseguir bens e direitos nos tribunais, aqueles que são importantes para a garantia da saúde do cidadão. Por exemplo, de acordo com relatório produzido pela consultoria jurídica do Ministério da Saúde de 2012, verificou-se um aumento de 22% das ações judiciais impetradas contra a União entre 2009 e 2011, totalizando 10.486 e 12.811 processos, respectivamente (GOMES *et al.*, 2009).

O SUS foi implantado em condições financeiras desfavoráveis, que ainda não foram superadas; por isso, a distribuição dos serviços não ocorreu de forma igualitária. Essa contradição entre a lei e a oferta dos serviços seria responsável pela judicialização (FLEURY, 2012). A ideia exposta é corroborada quando hoje se observa de um lado, a omissão do Estado na efetivação das políticas de saúde e do outro, uma necessidade premente de alguns cidadãos que têm seu acesso à saúde obstado causando o aumento das demandas judiciais (ARAUJO, LÓPEZ; JUNGUEIRA, 2016).

Em relação ao caso 1, a ACP foi iniciada com base em peças de informação colhidas nos autos de um Inquérito Civil Público, cujo autor era o Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro (MPERJ), por intermédio da Promotoria de Justiça da Cidadania do Estado do Rio de Janeiro e o réu o Estado do Rio de Janeiro, tendo como objeto o Hospital Estadual Albert Schweitzer.

O procedimento foi deflagrado com o escopo de apurar e combater eventuais irregularidades no serviço médico prestado pelo SUS no hospital em tela, em virtude da omissão do Estado frente as suas responsabilidades com a saúde da população.

O estudo sobre judicialização aborda a intervenção negativa desta demanda na gestão da saúde, alegando que aprofundaria as iniquidades no acesso à saúde, privilegiando determinado segmento e indivíduos, com maior poder de reivindicação, enquanto outros ficariam sem atendimento (VENTURA, SIMAS; PEPE; SCHRAMM, 2010). E o controle realizado pelo Poder Judiciário ocorre em caso de atuação ou omissão estatal; objetivos ou metas fixadas na lei e controle de programas ou planejamentos que tenham sido fixados pelo Estado (ARAUJO; LÓPEZ; JUNQUEIRA, 2016).

Em apertada síntese, os problemas encontrados na unidade hospitalar referiam-se à falta de recursos materiais e humanos, principalmente, na equipe de enfermagem, meio ambiente de trabalho insalubre, falta de leitos e a inércia/omissão do Estado colocando em risco as vidas dos pacientes e funcionários.

Em relação aos trabalhadores e ao meio ambiente de trabalho, a Constituição Federal de 1988 trouxe, em seu artigo 7º, a garantia de inúmeros direitos fundamentais, relativos à saúde e segurança no trabalho, tais como os adicionais pelo trabalho perigoso, insalubre e penoso (BRASIL, 2021). Tais medidas demonstram o respeito à dignidade do

trabalhador, pautado na proteção da dignidade da pessoa humana.

A Constituição Federal (BRASIL, 2021), ao assegurar ao trabalhador melhores condições, visa garantir condições mínimas de saúde e segurança para evitar o trabalho penoso e prevenir acidentes. A proteção contra o trabalho penoso fundamenta-se no princípio da dignidade humana. A proteção à saúde do trabalhador e o direito ao meio ambiente equilibrado reflete uma proteção ao cidadão, portanto deve ser garantida pelo Estado.

O trabalhador de enfermagem, que está inserido no sistema de saúde público e privado, vem sofrendo as consequências impostas pelo neoliberalismo, pela globalização e pelo processo de acumulação flexível. Também é preciso destacar, neste quadro, a precarização do trabalho em saúde e em enfermagem e suas consequências para o trabalhador (D'OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Além disso, possui um processo laboral complexo, são exigidos física e cognitivamente. No contexto atual, observa-se a desvalorização do seu trabalho, associada ao aumento do desemprego, trabalho precário, redução de salário, redução de trabalhadores com vínculo e aumento de trabalhadores flexíveis e diminuição do poder dos sindicatos. Todo esse quadro ocasiona o sofrimento psicofísico desses trabalhadores (PIMENTA *et al.*, 2018).

É importante chamar a atenção que a equipe de enfermagem, em especial, cuida do paciente durante 24 horas, nos sete dias da semana. Não pode, simplesmente, abandonar o paciente quando está de plantão, situação que responderia em seu conselho profissional e também poderia responder administrativa, civil e penalmente, dependendo do desfecho (COREN-RO, 2017). Entretanto, essa categoria profissional, mesmo em condições indignas de trabalho, precisa buscar soluções para prestar o melhor cuidado ao paciente, no caso, os usuários do SUS. Essa situação é extremamente tensa e complicada de se administrar; de um lado, tem-se o direito à vida, à saúde daqueles que precisam do cuidado e do outro, a vida e a saúde do próprio profissional que cuida.

Ressalta-se que a sentença desse caso foi prolatada em 13/12/2010 e o processo iniciado em 25/08/2003, tendo havido recursos, mas todos os provimentos foram negados e a sentença foi mantida. Quando se estabelece ser o acesso à justiça um direito humano fundamental (art.5, XXXV, CRFB), entende-se que deve o Estado não apenas garanti-lo, mas também promovê-lo através de medidas que tornem não só acessível o ingresso de uma ação, mas, também, a entrega da prestação jurisdicional. Contudo, isso irá ocorrer na medida em que o cidadão que bater à porta do Judiciário, encontrar não apenas o seu direito de propor uma ação ou mesmo de expor sua defesa, mas, sobretudo, de ter uma resposta rápida, eficiente e justa do Estado.

No caso 2, a ACP também foi iniciada com base em peças de informação colhidas nos autos de um Inquérito Civil Público, cujo autor era o MPERJ, por intermédio da Promotoria de Justiça da Tutela Coletiva da Saúde em face do Município do Rio de Janeiro

e do Estado do Rio de Janeiro, tendo como objeto vários hospitais do município e do Estado do Rio de Janeiro.

Ao final da instrução do inquérito civil, verificou-se o dano do direito coletivo à saúde, em função da escassez de leitos de CTI (faltam no mínimo 349 leitos), ausência de normatização, mortes de pacientes, inexistência de sistema de informatização, não inclusão total dos leitos existentes no sistema regulatório. Houve a comprovação da deficiência na prestação do serviço público de saúde, evidenciando, assim, o descumprimento lesivo e ilícito do direito coletivo à saúde e à proteção à integridade física.

No Brasil, a enfermagem está regulamentada pela lei nº 7.498/1986. Cabe dizer que é a profissão que está presente em todas as instituições assistenciais, durante as 24 horas de todos os 365 dias do ano. E para que os profissionais de enfermagem possam atuar com segurança e desenvolver um serviço de qualidade é essencial que disponham de adequadas condições de trabalho, para que não haja interferências negativas em seu labor, tais como erros que possam comprometer a segurança do paciente e a qualidade da assistência (FORTE *et al.*,2019).

Deste modo, o cuidar, de forma a contextualizar o processo existencial do indivíduo ou deste inserido no coletivo, provoca uma reflexão crítica em áreas do conhecimento que servirão de arcabouço para a efetiva liderança que lhe é peculiar. Neste sentido, quando se fala em existência humana, remete-se ao conceito de dignidade da pessoa humana, para que se tenha, diante do caso concreto, uma tomada de decisão em prol do bem-estar do indivíduo ou da coletividade quando em situações degradantes (SOARES, 2014).

O enfermeiro, por meio do cuidado e ajuda, tem um notório potencial para a promoção da cidadania da pessoa em sua comunidade. Poderá, então, alicerçar o reconhecimento e o resgate da dignidade humana que se promove por meio de atitudes ativas e proativas, de forma profissional, competente e responsável, criativa e participativa nos espaços sociais de saúde (SANTOS, CARMO; SANTANA, 2020). O enfermeiro, em seu atuar profissional, deverá estar comprometido como ator principal das virtudes de cuidar e ajudar.

O profissional de Enfermagem deve abarcar uma formação voltada à prática social, dentro de princípios éticos e de forma cidadã, além de lançar um novo olhar para seu fazer cotidiano. Em outras palavras, procurar ser crítico para com suas próprias necessidades enquanto membro de uma profissão com características tão singulares, ao mesmo tempo não perdendo de foco o diálogo com o sujeito de sua prática – a pessoa cuidada (NASCIMENTO *et al.*,2021).

O enfermeiro é detentor de inúmeras possibilidades para exercer e promover a cidadania por meio do cuidado. E o investimento na promoção e educação da saúde comunitária, diferentemente das práticas institucionalizadas tradicionais, possibilita ampliar as relações e interações pelo vínculo com os usuários da saúde, famílias e comunidades. Além disso, poderá fortalecer as instituições democráticas e a autonomia, tanto do profissional quanto do indivíduo beneficiário (CAMPOS; FERRAZ, 2015).

É notório que a promoção da cidadania pelo cuidado de enfermagem alicerça o reconhecimento e o resgate da dignidade humana que se promove por meio de atitudes profissionais competentes e responsáveis, criativas, inovadoras e conectadas de forma ativa e participativa nos espaços sociais de saúde/cuidado. Importa aqui que o indivíduo seja o ator principal da sua própria história. A promoção da cidadania revela-se com gestos solidários e acolhedores, na competência de dialogar com o diferente, e na capacidade de ampliar as oportunidades dos indivíduos (CAMPOS; FERRAZ, 2015).

Entende-se como contribuição deste estudo que os resultados encontrados permitem à enfermagem refletir sobre essa temática (judicialização) e suas implicações no trabalho da enfermagem e na gestão do SUS. Além disso, considera-se que pode promover no coletivo profissional reflexões sobre a judicialização como uma forma de se exercer o pleno exercício da cidadania. Afinal, esses profissionais, cada vez mais ocupam cargos de gerenciamento na área de saúde e o conhecimento dos motivos da judicialização os ajudará tanto no planejamento das atividades como no provimento de recursos e capacitação dos profissionais. Ademais, permite se pensar em incluir matérias no currículo da enfermagem que contribuam com o pensar crítico e o agir do enfermeiro em defesa do paciente, tais como direito constitucional, administrativo, sanitário, dentre outros.

Considera-se que a limitação desta pesquisa se situa no fato de a coleta de dados ter ocorrido apenas no Estado do Rio de Janeiro; além disso, não se adotaram três ou mais técnicas de coleta para a triangulação de dados.

5 | CONCLUSÃO

As fontes consultadas reforçam o pressuposto de que a nova lógica adotada pela globalização configura estratégia do Estado neoliberal e como consequência, observa-se o aumento da desigualdade social, fruto do desemprego estrutural, da redução de salários, vínculo trabalhista precário e redução de direitos trabalhistas. O Brasil vem passando, há décadas, por um conjunto de crises de caráter político e econômico-produtivo, acrescido da grave crise sanitária, e a capacidade do Estado em prover a resposta devida tem sido limitada, só ocorrendo sob pressão popular e ameaça de ruptura do tecido social.

Essa lógica mercantil pautada no ideário neoliberal que se instalou na sociedade brasileira ataca, frontalmente, os princípios constitucionais do SUS, como a universalidade, a integralidade e a equidade, sendo notória a fragilização do sistema público de saúde e o desrespeito ao artigo 196 da Constituição Federal de 1988.

A partir do quadro exposto, conclui-se que o aumento da judicialização da saúde no Brasil, principalmente depois da Constituição de 1988, é uma consequência resultante da conjuntura política e econômica que se instituiu. Impõe-se, portanto, desconstruir análises de caráter opinativo que critiquem um eventual “excesso de judicialização” – na verdade, seria necessário que o Poder Judiciário tivesse ainda mais alcance e capacidade de

intervenção para a garantia da dignidade humana.

Em suma, o grande dilema desse tema é que a judicialização na saúde é vista, por alguns, como uma forma de garantir o acesso à saúde; para outros, seria um obstáculo para a gestão em saúde. O Poder Judiciário apresenta-se como garantidor dos princípios constitucionais e deve se submeter aos ideais democráticos. Ele não pode tudo, portanto, conclui-se que em um Estado Democrático de Direito não há espaço para um superpoder, nem é isso que se pretende defender aqui.

Mas, também, não se pode continuar aceitando a omissão dos poderes executivo e legislativo, prejudicando a maior parte da população, justamente a parte da população mais desassistida. Por outro lado, a mobilização da sociedade como um todo, e a ampliação da educação para a cidadania segue como um desafio a ser enfrentado em todos os âmbitos, e poderá certamente contribuir para que progressivamente o caráter republicano e democrático do Estado de direito se torne uma prerrogativa de todos, e não de poucos.

Para a enfermagem, o tema é relevante, considerando a prática social do cuidado como um bem público, a necessidade de reafirmar valores como o da solidariedade e do direito universal à vida digna num tempo de acelerada incorporação de tecnologias.

Entretanto, o tema pesquisado ainda precisa avançar no campo jurídico e na área da saúde. Faz-se necessário trabalhar mais as alternativas à judicialização, ou seja, formas de se resolver o conflito sem que haja necessidade de entrar em juízo, como, por exemplo, indicar-se o uso da mediação ou intimações sem as devidas ponderações.

No campo da saúde, também há muito que avançar. O Poder Executivo precisa atender aos comandos constitucionais e entender a saúde como um dever do Estado e direito de todos. Além disso, investir o dinheiro destinado à saúde sem desvios para outras áreas, colocar mais técnicos para diagnosticarem as necessidades de saúde da população, efetivar o SUS e não se render aos apelos do neoliberalismo.

REFERÊNCIAS

AMARAL, A. J. M.; CAPELARI, R. S. **Social role of law and the challenge of the judiciary in effective social rights and dignity of the human person: in search of full development of being.** In: **CONPEDI/UFPB**, 2014, [S.l.]. Direitos sociais e políticas públicas III. p. 7-37. Disponível em: <http://publicadireito.com.br/publicacao/ufpb/livro.php?gt=213>. Acesso em: 27 jun. 2021.

ARAÚJO, C. P. de; LÓPES, E. M. P.; JUNQUEIRA, S. R. S. **Judicialização da saúde: saúde pública e outras questões.** Porto Alegre: Verbo Jurídico; 2016. 364p

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 12 fev. 2021.

CAMPOS, L.D., FERRAZ, R.R.N. A prática do enfermeiro clínico na assistência aos usuários da estratégia Saúde da família: síntese de evidência. **Revista UNILUS Ensino e Pesquisa.** [S. l.], v. 12, n. 28, p. 86-90, 2015. Disponível em: <http://revista.unilus.edu.br/index.php/ruep/article/view/407>. Acesso em: 27 jun. 2021.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE RONDÔNIA (COREN-RO). **Parecer Técnico nº 010/11- Considerações éticas quanto ao Abandono de Plantão**. 2017. Disponível em: http://www.coren-ro.org.br/parecer-tecnico-no-01011-consideracoes-eticas-quanto-aobandono-de-plantao-2_941.html Acesso em: 27 jun. 2021.

D'OLIVEIRA, C.A.F.B.; SOUZA, N.V.D.O.; VARELLA, T.C.M.M.; VARGENS, O.M.C.; NORONHA, I.R. Teaching work routine: challenges to nursing professors in contemporary times. **Rev. esc. enferm. USP**, v.54, e03577, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018038603577>. Acesso em: 27 jun. 2021.

FERNANDES, M. A.; BORBA, J. C. de Q.; COSTA, S. F. G.; ZACCARA, A. A. L.; ANDRADE, F. F.; MARINHO, H. L. M. Patients at the end of life receiving palliative care: experiences of a multiprofessional team. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, [S. l.], v. 12, p. 1227–1232, 2021. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/9453>. Acesso em: 27 jun. 2021.

FERREIRA, L.O.C.; VERDERAME, F. M. A (des)necessária judicialização para o exercício do direito fundamental à saúde e conseguinte alcance à plena cidadania. **Anais do Congresso Brasileiro de Processo Coletivo e Cidadania**, n. 4, p. 467-81, 2017. Disponível em: <https://revistas.unaerp.br/cbpccl/article/view/699>. Acesso em: 29 jun. 2021

FLEURY, S. A judicialização pode salvar o SUS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 93, p. 159-162, 2012. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341763003.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2021.

FORTE, E.C.N.; PIRES, D.E.P. de, MARTINS, M.M.F.P.S, PADILHA, M.I.C.S.; GHIZONI, S.D.; TRINDADE, L.L. Work process: a basis for understanding nursing errors. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 53, e03489, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018001803489>. Acesso em: 29 jun. 2021

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ed. São Paulo: Atlas, 2010. 200 p.

GOMES, D.F.; SOUZA, C.R.; DA SILVA, F.L.; PORTO, J.A.; MORAIS, I.A.; RAMOS, M.C. *et al*. Judicialização da saúde e a audiência pública convocada pelo Supremo Tribunal Federal em 2009: o que mudou de lá para cá? **Saúde em Debate**, v.38, n.100, p. 139-156, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-104.20140008>. Acesso em: 29 jun. 2021.

NASCIMENTO, M.G. *et al*. Ethic dimensions involved on nurse caring: a literature review. **Veredas Favip**. [S. l.], v.8, n. 2, 2015. Disponível em: <http://veredas.favip.edu.br/ojs/index.php/veredas1/article/view/177>. Acesso em: 27 jun. 2021.

PIMENTA, G.F.; PÉREZ-JÚNIOR, E.F.; PIRES, A.S.; GOMES, H.F.; THIENGO, P.C.S.; Paula, V.G. Influência da precarização no processo de trabalho e na saúde do trabalhador de enfermagem. **Rev Enferm UFSM**, v. 8, n. 4, p. 758-68, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769230180>. Acesso em: 27 jun. 2021.

SANTOS, L. B. D.; CARMO, L. S. do; SANTANA, S. C. de. O enfermeiro assegurando o direito à cidadania através do resgate de cartão vacinal. **Rev Cient Fac Educ e Meio Ambient**. [S. l.], v. 10, n. Especial, p. 68–72, 2020. Disponível em: <http://www.faema.edu.br/revistas/index.php/Revista-FAEMA/article/view/911>. Acesso em: 27 jun. 2021.

SILVA, A. C. de A.; NICOLETTI, M. A. Judicialização da saúde: uma análise do fenômeno e suas consequências para a sociedade brasileira. **Revista de Direito Sanitário**, [S. l.], v. 20, n. 3, p. 139-153, 2020. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/180142>. Acesso em: 27 jun. 2021.

SOARES, A. A. **A dignidade da pessoa humana e sua dimensão comunitária como centro de unidade e promoção dos direitos humanos e fundamentais**. In: CONPEDI/UFPB, 2014, [S.l.]. Direito internacional dos direitos humanos II. p. 112-141. Disponível em: <http://publicadireito.com.br/artigos/?cod=22cc70b02596865f>. Acesso em: 27 jun. 2021.

THE LANCET. COVID-19 in Brazil: “So what?” **Lancet**, v. 395, p. 1461, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31095-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31095-3). Acesso em: 29 jun. 2021

VENTURA, M.; SIMAS, L.; PEPE, V.L.E.; SCHRAMM, F.R. Judicialization of the right to health, access to justice and the effectiveness of the right to health. **Physis**, v. 20, n.1, p. 77-100, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000100006>. Acesso em: 27 jun. 2021.

VENTURA, M. M. O estudo de caso como modalidade de pesquisa. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 383-386, set./out. 2007. Disponível em: <http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2007_05/a2007_v20_n05_art10.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2021.

A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO E ADEÇÃO AO LEAN HEALTHCARE

Data de aceite: 01/08/2021

Verusk Arruda Mimura

Universidade Paulista – UNIP, *campus*
Sorocaba
Sorocaba – SP
<http://lattes.cnpq.br/6591062577568351>

Cinthia dos Santos Alves Rocha

Universidade Paulista – UNIP, *campus*
Sorocaba
Sorocaba – SP
<http://lattes.cnpq.br/6481239747304451>

Natália de Castro Nascimento

Universidade Paulista – UNIP, *campus*
Sorocaba
Sorocaba – SP
<http://lattes.cnpq.br/9692050557012504>

Luccas Lolatto Said

Universidade Paulista – UNIP, *campus*
Sorocaba
Sorocaba – SP
<http://lattes.cnpq.br/4575178510077809>

RESUMO: **Introdução:** Através do *Lean Healthcare* evidenciaremos fatores imprescindíveis para uma boa gestão, como a comunicação, principal ferramenta, e a implementação de métodos de gerenciamento e como influenciam de maneira positiva o ambiente hospitalar, reduzindo custos, aumentando a produtividade e proporcionando uma assistência com qualidade. **Objetivo:** Identificar as ações dos gestores dos serviços de saúde que mais

se assemelham ao programa *Lean healthcare*.

Metodologia: Foi realizado um estudo de campo exploratório descritivo, com abordagem qualitativa através de um questionário da plataforma *Google Forms* enviado aos gestores que atuam em hospitais no interior de São Paulo, no ano de 2021. Os entrevistados foram questionados sobre seus métodos de gestão e os fatores positivos de uma gestão qualificada.

Resultados: A avaliação de desempenho citada pelos entrevistados, constituiu uma ótima ferramenta que permite mensurar a performance dos colaboradores ou áreas de uma empresa, auxiliando em uma visão estratégica para a empresa e se assemelha às práticas do *Lean* através do Kanban e 5S promovendo eficácia nas avaliações a partir do mapeamento dos problemas. A gestão se utiliza dos processos de comunicar e engajar os colaboradores, colocando-a a frente das informações e indicadores da área, status de projetos e tendências que também pode ser relacionado com o gerenciamento visual ou comunicação visual, que utiliza sinais visuais, cartazes ou quadros que ajudam na comunicação e na diminuição dos erros.

Conclusão: Foi possível identificar que o *Lean* ajuda a eliminar atividades que não agregam valor, tornam os processos mais enxutos e eficientes. A informatização é uma das grandes responsáveis por isso, ao economizar tempo, reduzir ocorrência de erros e evitar retrabalhos. Até mesmo pequenos procedimentos, como o agendamento de consultas, podem refletir nos resultados de toda a instituição.

PALAVRAS - CHAVE: Gestão de enfermagem, Comunicação, Liderança, Gestão hospitalar.

THE IMPORTANCE OF COMMUNICATION AND ACCESSION TO LEAN HEALTHCARE

ABSTRACT: Introduction: Through *Lean Healthcare*, essential factors will be shown for good management and through them communication as the main tool, implementing management methods through *Lean healthcare* philosophies and how they positively influence the hospital environment, reducing costs, increasing productivity and providing quality assistance. **Objective:** To identify the actions of health service managers that most resemble the *Lean healthcare* program. **Methodology:** A descriptive exploratory field study was carried out, with a qualitative approach through a questionnaire from the *Google Forms* platform sent to managers who work in hospitals in the inland of São Paulo, in the year 2021, the interviewees were asked about their management methods and the positive factors of qualified management. **Results:** The performance evaluation mentioned by the interviewees, constitutes a great tool that allows measuring the performance of employees or areas of a company, assisting in a strategic vision for the company and is similar to the practices of *Lean* through Kanban and 5S promoting effectiveness in evaluations based on the mapping of the problems. Management uses the processes of communicating and engaging employees, placing it in front of information and indicators in the area, project status and trends that can also be related to visual management or visual communication, which uses visual signs, posters or tables that help in communication and in reducing errors. **Conclusion:** And as it was possible to see that *Lean* helps eliminate activities that do not add value, they make processes leaner and more efficient. Computerization is one of the main reasons for this, by saving time, reducing the occurrence of errors and avoiding rework. Even small procedures, such as scheduling appointments, can reflect on the results of the entire institution. **KEYWORDS:** Nursing management, Communication, Leadership, Hospital management

1 | INTRODUÇÃO

A comunicação é algo essencial e de suma importância, pois com ela conseguimos nos expressar através da palavra escrita ou falada, além do quê, podemos utilizar técnicas para que seja de fácil entendimento e clareza tanto para o verbalizador quanto para o receptor. (MOURÃO. et al, 2009).

A comunicação para os profissionais de enfermagem deve ser realizada com clareza, o verbal deve ser realizado de maneira adequada, simples e objetiva e de forma acessível ao receptor. Durante a fala é preciso estar atento não somente as palavras proferidas, mas também ao não verbal do receptor, pois é comum não nos comunicarmos com clareza. Entendemos que é necessário que a comunicação seja eficiente, para tal devemos nos preocupar com a devolutiva, ou seja, com o entendimento que as pessoas tiveram acerca da mensagem. (MOURÃO. et al, 2009).

Existem diversos fatores que prejudicam a comunicação efetiva entre os profissionais de enfermagem, pois contamos com um cotidiano repleto de situações prejudiciais a própria saúde do profissional, como por exemplo, as horas excessivas de trabalho e sobrecarga de funções que prejudicam integralmente os enfermeiros. Quando começam a atingir os

limites da exaustão os profissionais se tornam suscetíveis aos erros durante a assistência, erros que podem causar danos irreversíveis aos pacientes. (MOURÃO. et al, 2009).

O enfermeiro tende a ter uma comunicação superficial devido à alta demanda de procedimentos durante seu plantão, o que dificulta uma comunicação afetiva para e com o paciente, portanto vale ressaltar que a assistência vai além de cuidar daquilo que está visível, envolve o cuidado holístico, que pode ser implementado quando nos comunicamos efetivamente, quando ouvimos com atenção e de forma receptiva os anseios e frustrações dos pacientes e quando criamos vínculo. Dessa maneira os enfermeiros tem a possibilidade significativa de detalhar os problemas que interferem no cuidado, através da comunicação. (MOURÃO. et al, 2009).

Também existe a falta de experiência e conhecimento em transmitir uma comunicação interativa para o paciente, transmitir comunicação não é somente verbalizar e sim também ouvir e expressar seu não verbal de forma atenciosa e caridosa para que o paciente se sinta seguro e confortável para continuar a se comunicar. (MOURÃO. et al, 2009).

O ato de comunicar-se exige experiência em relacionamento interpessoal, em como identificamos os aspectos dos nossos ouvintes, em como iremos expressar as melhores ideias e como iremos promover mudanças tanto em uma equipe multidisciplinar como para o paciente. (MOURÃO. et al, 2009).

E o sistema Lean é um programa desenvolvido pela Toyota entre 1947 e 1975 que padronizou todo sistema de produção e logística da empresa, através do sistema desenvolvido Lean, foi possível ter uma produção enxuta e sem custos excessivos, um estoque organizado e um fluxo efetivo. A produção enxuta da Toyota começou a gerar reconhecimento internacional quando pesquisadores da Massachusetts Institute of Technology (MIT) realizaram uma pesquisa em campo na Toyota e descobriram o mais eficiente sistema de produção em massa. (SILVA, et al, 2019).

Através dessas pesquisas, começou a ser desenvolvido o sistema de produção enxuta para milhares de outras empresas inclusive para hospitais que é conhecida como Lean Healthcare, que propicia Gestão Hospitalar e Gerenciamento do Serviço de Enfermagem. (SILVA, et al, 2019).

O programa Lean healthcare ajuda no gerenciamento hospitalar, promovendo meios para uma assistência mais interativa com o paciente, mais carinhosa e afetiva. Dessa maneira é possível ajustar todos os fatores prejudiciais que impedem o enfermeiro de desempenhar um bom papel como cuidador dentro de uma unidade hospitalar, unindo o programa Lean e melhorando a comunicação para que seja criado um ambiente sem estresse, sem erros e focado na saúde. (SILVA, et al, 2019).

1.1 Justificativa

Este trabalho tem como objetivo fornecer dados suficientes para mudanças necessárias e eficientes cujas ações levam a uma comunicação mais eficiente entre a

equipe de enfermagem e um gerenciamento hospitalar através da gestão de enfermagem utilizando o Lean healthcare, e que possibilitará um desenvolvimento das relações entre a ambiência hospitalar, o profissional de enfermagem e o paciente para que o fluxo seja sempre buscando a saúde e a preservação dela. (SILVA, et al, 2009).

Evitando desperdícios e melhorando o processo interpessoal através da comunicação e do Lean healthcare, pode-se gerar melhorias não somente durante os plantões dos profissionais, mas também melhorar suas vidas pessoais, pois um ambiente organizado e bem gerenciado com uma boa comunicação evita estresse e problemas passíveis de se tornarem parte do processo de doença. (SILVA, et al, 2009).

Quais são os benefícios de uma comunicação mais efetiva e a importância de práticas de gerenciamento utilizando ferramentas do *Lean healthcare*?

1.2 Hipótese

É possível que a gestão através do programa definido como Lean Healthcare seja a chave para que problemas como desperdícios, falhas humanas, custos excessivos e procedimentos desnecessários sejam evitados com uma padronização de um serviço mais simplificado e focado. E através da comunicação pode-se criar uma rede de informação auxiliando na interatividade interpessoal para que se obtenha a informação, expressar as ideias e gerar mudanças de comportamento, criar um ambiente mais estável e seguro para os profissionais ali presentes e para os pacientes.

A comunicação pode ser escrita ou falada e gera um enorme impacto positivo para os profissionais como, por exemplo, a informação do que houve com algum paciente em determinado plantão ou a falta de algum material específico que seja necessário, são informações básicas que ajudam na assistência e a comunicação também se dá em ouvir o paciente, é um processo de criar um vínculo e dando a possibilidade de mostrar que os profissionais de enfermagem são pessoas que cuidam de pessoas, com empatia, carinho, atenção e respeito.

2 | OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Identificar as ações dos gestores dos serviços de saúde que mais se assemelham ao programa Lean healthcare.

2.2 Objetivo Específicos

- Identificar as possíveis melhorias que a ferramenta Lean Healthcare pode trazer na área hospitalar.
- Identificar se as ferramentas do programa Lean healthcare contribuem com a

melhoria da qualidade do serviço de saúde.

- Identificar as ferramentas do Lean Healthcare e Lean Thinking (pensamento enxuto), e como utilizá-las de maneira a promover a otimização da assistência.

3 | REFERÊNCIAL TEÓRICO

3.1 Florence Nightingale

Florence Nightingale nasceu em 12 de maio de 1820 e faleceu em 13 de agosto de 1910, entre seu nascimento e falecimento Florence Nightingale escreveu seu nome na história, Florence uma mulher aristocrata, possuía um amplo conhecimento matemático, científico, estatístico e filosófico, seu grande destaque se deu na guerra da Criméia, para a qual se candidatou como voluntária, se tornando uma figura histórica, seus feitos através da guerra foram surpreendentes e minimizaram vidas perdidas dos soldados vítimas de ferimentos na guerra. (COSTA, et al, 2009).

3.1.1 Florence na gestão

Florence recém-chegada às instalações hospitalares em Scutari na Turquia, presenciou as péssimas condições do ambiente para o cuidado dos soldados, a taxa de mortalidade dos soldados naquelas condições era de 42,7%. (COSTA, et al, 2009).

Florence tornou-se chefe de enfermagem em Scutari, onde desenvolveu práticas de cuidado com alta efetividade, práticas que tornaram o ambiente um lugar mais seguro confortável e higienizado para os soldados hospitalizados, evitando contaminações e proporcionando uma alimentação nutritiva. Florence Nightingale desenvolveu a teoria ambientalista, através da percepção de que o ambiente influencia diretamente no cuidado e na recuperação do paciente, dessa maneira foi possível diminuir a taxa de mortalidade dos soldados em recuperação para 2,2%. Essa redução na mortalidade deu reconhecimento internacional para a Enfermeira Florence Nightingale. (COSTA, et al, 2009).

A partir desse marco de Florence na guerra da Criméia, ela criou a primeira escola de enfermagem no hospital Saint Thomas, com a duração de um ano onde os médicos lecionavam e direcionavam quais funções eram das enfermeiras. Nesse contexto foi se desenvolvendo a enfermagem, uma profissão que era independente, entendia seus valores, uma profissão assalariada e que necessitava de conhecimento científico. (COSTA, et al, 2009).

É importante conhecer as ações de Florence para entender que enfermagem é mais do que apenas a assistência e cuidado, enfermagem também é administração, e foi somente a partir de Florence Nightingale conhecida como pioneira da administração hospitalar que evidenciou-se a transformação da profissão, embora em momento precário durante a guerra, Nightingale promoveu efetiva gestão hospitalar, organizando toda infraestrutura

do hospital, intervindo não somente no doente, mas na higienização do ambiente, como a cozinha, lavanderia, rouparia, almoxarifado. (FORMIGA JMM, GERMANO RM, 2005).

3.2 O que é comunicação

A comunicação adaptou-se na humanização, no processo da evolução humana, nos processos evolutivos de organismos, primatas ancestrais e padrões humanos. O organismo do homem moderno evoluiu com aparelhos sensoriais que dão diferentes capacidades de comunicação. (SERRANO, M. 2011).

O homem consegue comunicar-se, expressar suas ideias e pensamentos, entender o que passa em sua volta e como, por exemplo, compreender seus diferentes e semelhantes. A comunicação também faz parte de todo processo de construção da civilização, da evolução cognitiva, evidencia e esclarece a prática dos comportamentos e da existência. (SERRANO, M. 2011).

A comunicação é a interação da humanização, a formação de maneiras para se expressar e construir, compartilhadas por todos os membros do grupo, promovem e dão fôlego ao empenho humanizador, por tanto fica claro que a comunicação é uma das ferramentas mais importantes adquiridas e aprimoradas pelo ser humano. (SERRANO, M. 2011).

A comunicação é a troca de informação entre no mínimo duas pessoas e sendo constituído por linguagem verbal ou não verbal, pode ser utilizado de diversas maneiras, uma vez que se complementam. (SERRANO, M. 2011).

3.2.1 Comunicação verbal

A comunicação verbal pode ser definida como sendo toda linguagem falada ou escrita, ou seja, toda mensagem transmitida através de palavras. É parte do dia a dia de todos nós e possui uma variedade enorme, pois existem por volta de 7.000 idiomas no mundo. De certa forma, a linguagem é diferente para cada um desses idiomas, com formas diferentes de enxergar o mundo. Outro ponto de destaque é o advento da escrita, considerada a maior invenção de todos os tempos, e que permitiu que a informação fosse documentada, mantendo assim registros para a posteridade. Assim, é possível perceber a importância que esse tipo de comunicação tem. E não é somente o que se diz, mas como se diz. O tom de voz e o volume influenciam consideravelmente na comunicação, tornando uma mensagem mais “agradável” ou não. Enquanto o tom de voz é um elemento da linguagem não verbal, as palavras ditas pertencem à verbal e têm muita importância na comunicação. (PAGLIUCA LMF, et al.).

3.2.2 Comunicação visual

A comunicação visual é um meio que trabalha a utilização de elementos visuais,

sejam ícones, fotos, vídeos, gráficos, desenhos, animações, entre outros. Em suma, é toda a transmissão e recepção de uma informação por meio da visão, usando, claro, a linguagem visual ou signos visuais. (OLIVEIRA, et al, 2009).

Tem como objetivo transmitir a comunicação de maneira visual, promovendo a construção da informação através de conceitos visuais que geram conhecimento e educação através de imagens. É a precursora das linguagens em comunicação e transmissão de ideias e conhecimentos. Os primatas homo sapiens, já utilizavam a simbologia como forma de comunicação, ou seja, a comunicação visual sempre esteve presente. (OLIVEIRA, et al, 2009).

3.2.3 Comunicação interpessoal na enfermagem

A comunicação interpessoal é um processo de interação com o objetivo de transmitir uma mensagem e recebê-la. A comunicação interpessoal traz consigo fatores que favorecem a criação do vínculo entre as pessoas facilitando a interação entre elas. Transmite ideias, permitem a interação com o ambiente, humor e ajudam nas relações, constroem amizades, confiança e respeito. (SILVA, 2004).

A comunicação interpessoal para os profissionais de saúde deve ser estimulada desde a graduação, é importante ressaltar que exige competência do profissional para uma boa relação na comunicação interpessoal. Durante a comunicação acontecem reações voluntárias e involuntárias, e é importante se atentar as reações não verbais, elas podem dizer claramente se durante o processo a informação está sendo transmitida de forma clara ou não. Entre os fatores da comunicação interpessoal, uma boa comunicação melhora o ambiente de trabalho, a produtividade, ajusta a compatibilidade entre os profissionais, torna o ambiente mais leve e promove o bem-estar dos profissionais. (SILVA, 2004).

3.3 O ser enfermeiro

Enfermagem é uma profissão que exercita a empatia. Envolve a troca, a escuta, atenção, respeito ao outro sem discriminação, é saber humanizar se utilizando de todos os recursos teórico-práticos para salvar ou pelo menos diminuir aquele sofrimento, que enxergamos no olhar daquela pessoa que naquele momento necessita da sua ajuda, que clama por um gesto humano. (LIMA, 2005).

O ser enfermeiro é buscar compreender toda complexidade do próximo e ouvi-lo, atender as suas necessidades e angústias, responder da melhor maneira possível sobre suas questões de saúde e doença, é dar apoio é ouvindo com carinho. Temos como função escolhida por nós a disposição de nos doarmos para o próximo, de cuidarmos do ser com integralidade e equidade, seja quem for ou como for, a enfermagem sempre está disposta a cuidar da sua dor. (LIMA, 2005).

3.3.1 Comunicação e gerenciamento

Florence nos mostrou que a enfermagem também é gerência e a capacidade desses serviços são adquiridos em sua formação e experiências em campo. Hoje a enfermagem é amplamente diversificada, a evolução histórica nos trouxe abordagens e conhecimentos científicos e políticos, a introdução de ações organizativas, programações, e controle dos processos saúde-doença da população nas unidades básicas e hospitalares. (SILVA, et al, 1993).

As ações do gerenciamento de enfermagem são aplicadas no dimensionamento da equipe de enfermagem, na implementação da liderança, da gestão do ambiente de trabalho, no planejamento da assistência de enfermagem, no papel de educar e capacitar a equipe de enfermagem através da educação continuada, na gerencia dos recursos materiais (estocagem, reposição e controle dos custos), na coordenação do processo de assistência e realização do cuidado, na realização dos procedimentos mais complexos e na avaliação dos resultados das ações de enfermagem. (SILVA, et al, 1993).

3.3.2 Liderança

A comunicação sempre foi a chave para uma boa relação com a equipe de enfermagem, no entanto é necessário saber utilizá-la com o objetivo de compreender a equipe, entender as necessidades de cada membro e distribuir as ações de maneira justa. A liderança subsidia essa ferramenta para um bom pressuposto atingindo metas e objetivos em comum, propiciando uma equipe saudável, com relações interpessoais, realizando uma assistência com qualidade aos pacientes. Vale ressaltar que um bom trabalho de liderança propicia a melhora da efetividade e capacidade do pessoal enquanto realizam a assistência, torna o trabalho cooperativo e fácil, diminuindo erros e melhorando a qualidade de vida dos profissionais e pacientes. (SANTOS JLG, et al. 2013)

3.4 Filosofia Lean healthcare

A gestão de custos hospitalares é um grande desafio. Muitas instituições têm buscado diferentes meios para otimizar os gastos e tomar decisões estratégicas, e um dos processos que ajudam na gestão se dá através da filosofia Lean healthcare; desenvolvida pelo sistema de produção Toyota e aperfeiçoada para saúde. A filosofia Lean traz consigo instrumentos padronizados que ajudam na redução de diferentes tipos de desperdícios, utilizam o gerenciamento visual e o programa kaizen que introduz os objetivos de organizar, armazenar, limpar, padronizar e sustentar. (ARAUJO, et al. 2017).

4 | METODOLOGIA

4.1 Tipo de Pesquisa

A pesquisa foi um estudo de campo exploratório descritivo, com abordagem qualitativa. O método qualitativo segundo o autor Creswell (2010) é um meio de explorar e entender o significado que as pessoas ou grupos, atribuem a um problema social ou humano. A pesquisa envolveu as questões e os procedimentos que emergiram dos dados coletados remotamente em relação ao ambiente de trabalho dos participantes. A análise dos dados foi construída indutivamente a partir das particularidades dos temas e interpretações feitas pelos pesquisadores acerca do significado dos dados, sendo o relatório final produzido de modo flexível. Participaram da pesquisa os profissionais gestores da equipe de enfermagem e núcleo de educação permanente em saúde dos hospitais situados no município de Sorocaba. Os dados foram coletados através de uma entrevista semiestruturada, realizada pelo aplicativo Zoom. A entrevista foi pautada em um instrumento composto por questões que buscam promover mudanças nos comportamentos dos profissionais de saúde para uma melhora constante no desenvolvimento da comunicação interpessoal e na reflexão necessária para estimular práticas de adesão ao programa *Lean healthcare* para uma gestão hospitalar com mais qualidade que crie possibilidades de melhorar a assistência à saúde bem como a saúde da equipe e identifiquem os resultados positivos utilizando o *Lean healthcare* e a comunicação de modo que tenham evitado custos e procedimentos sem efetividade para o profissional, paciente e ambiente hospitalar.

4.2 Local de pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida remotamente em hospitais públicos e privados situados no interior do estado de São Paulo, no município de Sorocaba, no período de dezembro de 2020.

4.3 População e amostra

Participaram da pesquisa enfermeiros três gestores da equipe de enfermagem e do núcleo de educação permanente em saúde.

4.4 Aspectos éticos

A pesquisa foi submetida à análise e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Paulista – UNIP. Os dados foram coletados após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da Universidade Paulista UNIP. CAAE: 39473020.5.0000.5512

4.5 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos na pesquisa os enfermeiros gestores da equipe de enfermagem e do núcleo de educação permanente em saúde, que concordaram em assinar voluntariamente

o termo de consentimento livre e esclarecido, que foi enviado para os profissionais por e-mail. Foram excluídos os enfermeiros gestores da equipe de enfermagem e do núcleo de educação permanente que não concordaram voluntariamente em participar ou que não concordaram em assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, após as elucidações realizadas pelo pesquisador participante.

4.6 Procedimentos de coleta de dados

O trabalho de campo consiste em levar para a prática empírica a construção teórica de instrumentos elaborados para a coleta de dados. Essa fase combina instrumentos de observação, entrevista ou outras modalidades de comunicação e interlocução com os pesquisadores, levantamentos de material documental e outros. (FERREIRA, 2009). A primeira fase da coleta de dados constituiu um questionário de informações sociodemográficas. A segunda fase da coleta de dados consistiu em uma entrevista semiestruturada que foi realizada pelo aplicativo Zoom. Tanto a primeira como a segunda fase da coleta de dados foi realizada remotamente pelo aplicativo zoom. As entrevistas foram gravadas pelo próprio aplicativo. O instrumento para coleta de dados compreendeu os aspectos relacionados a mudanças comportamentais a partir da implementação da ferramenta *Lean healthcare*, bem como a identificação dos estímulos à práticas de adesão ao programa *Lean healthcare* para uma gestão hospitalar com mais qualidade que crie possibilidades de melhor a assistência à saúde bem como a saúde da equipe, além de possibilitar a identificação dos resultados positivos utilizando o *Lean healthcare* e a comunicação de modo que tenham evitado custos e procedimentos sem efetividade para o profissional, paciente e ambiente hospitalar.

O instrumento está disponível no *Apêndice*.

4.7 Procedimentos para análise de dados

As entrevistas foram transcritas e submetidas à análise de conteúdo segundo Minayo (2009). Este procedimento metodológico, crítico é cientificamente apoiado em uma concepção de ciência que reconhece o papel ativo do sujeito na produção do conhecimento e utiliza a mensagem como ponto de partida para a análise. As mensagens expressam representações sociais, a partir da dinâmica que se estabelece entre a atividade psíquica do sujeito e o objeto de conhecimento. Tem implicações na vida cotidiana, influenciando a comunicação e expressão de mensagens e comportamentos. (FRANCO, 2012).

4.8 Riscos e Benefícios

Considerando que toda pesquisa oferece algum tipo de risco, os riscos inerentes a participação nesta pesquisa foram avaliados como risco mínimo. Os métodos que utilizados para a coleta de dados foram: aplicação de questionário para coleta de dados sociodemográficos e entrevista realizada remotamente. Uma vez que os métodos utilizados não realizam nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas,

psicológicas e sociais dos indivíduos que participarão do estudo, o risco pode ser avaliado como risco mínimo. Percebemos como benefícios o fornecimento de dados suficientes para mudanças necessárias e eficientes, cujas ações contribuam com uma comunicação mais eficiente entre a equipe de enfermagem e gerenciamento hospitalar, através da gestão de enfermagem a partir da ferramenta *Lean healthcare*.

5 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

O objetivo desse trabalho foi identificar as ferramentas de gestão *Lean* que foram aprimoradas para a saúde, buscando desenvolvimento das relações entre a ambiência hospitalar, profissional de enfermagem e paciente, para que o fluxo aconteça no sentido de buscar a preservação da saúde, evitando desperdícios e melhorando o processo interpessoal através da comunicação.

É um trabalho de pesquisa qualitativa que teve como base a entrevista de gestores buscando a comparação de suas atuais maneiras de gerir e dessas ações gerenciais as quais se assemelham a práticas do *Lean*.

Através dessa pesquisa conseguimos mostrar que muitas das práticas gerenciais do enfermeiro hoje, se assemelham ao programa *Lean*. São várias ferramentas que foram desenvolvidas por diferentes pessoas e que foram sendo aprimoradas com o tempo. Foram realizadas entrevistas com gestores de hospitais das quais iremos apresentar como A, B e C, pois, permaneceram anônimos.

As ações dos gestores dos serviços de saúde que mais se assemelham ao programa *Lean healthcare*.

Foram entrevistados gestores para identificarmos quais de suas ações se assemelham a um programa específico de gestão; ambos os entrevistados A e B mostraram que não conheciam o programa *Lean Healthcare* e suas qualidades, já o entrevistado C, disse que conhecia o *Lean*. Foi questionado se utilizavam alguma técnica ou programa para gestão e de acordo com os participantes a resposta foi: “*Avaliação de desempenho, gestão a vista, Pdca, espinha de Ishikawa, indicadores - programa Proadi, ferramenta de direcionamento, organização e avaliação de serviço*”.

Para os entrevistados os fatores que prejudicam a assistência são: “*A falta de comunicação, falta de recursos humanos, falta de organização, falta de feedback, conflitos de personalidade, padronização de pessoas, interlocução dos gestores e suas respectivas áreas, incompetência técnica, remuneração, reconhecimento e indisponibilidade*”.

A avaliação de desempenho citada pelos entrevistados, constitui uma ótima ferramenta que permite mensurar a performance dos colaboradores ou áreas de uma empresa, auxiliando em uma visão estratégica para a empresa e se assemelha às práticas do *Lean* através do Kanban e 5S promovendo eficácia nas avaliações a partir do mapeamento dos problemas. A gestão se utiliza dos processos de comunicar e engajar os colaboradores,

colocando-a a frente das informações e indicadores da área, status de projetos e tendências que também pode ser relacionado com o gerenciamento visual ou comunicação visual, que utiliza sinais visuais, cartazes ou quadros que ajudam na comunicação e na diminuição dos erros.

O ciclo Pdca como ferramenta de gestão é muito eficaz e facilita a tomada de decisões, e é baseada em ciclos conhecidos como quatro ações: planejar (*plan*), fazer (*do*), checar (*check*) e agir (*act*). A ferramenta de relatórios A3 do *Lean Healthcare*, também pode ser utilizada com o objetivo de identificar e comunicar problemas, analisar soluções, propor um plano de implementação e acompanhamento. Já quando pensamos na identificação de problemas específicos, pode-se utilizar o diagrama de *Ishikawa*, que é uma ferramenta da qualidade que ajuda a levantar as causas-raízes de um problema, analisando todos os fatores que envolvem a execução do processo. A ferramenta *Lean* trabalha nesse fluxo e é conhecida como *Poka-Yoke* (a prova de defeitos), que são métodos que permitem identificar um defeito e corrigi-lo e que pode ser utilizada com uma estratégia de qualidade.

Os gestores revelaram interesse em aprender sobre os princípios e filosofias *Lean* e “*Gestão de pessoas através do trabalho compartilhado de educação continuada nas diversas áreas juntamente com a equipe interdisciplinar*”.

Uma ferramenta que se assemelha a gestão de pessoas através do trabalho compartilhado é o Diagrama de Afinidade que organiza problemas em grupos lógicos, com o objetivo de minimizar os problemas para a equipe, almejando garantir que exista a boa convivência e respeito entre todos, promovendo uma educação continuada em conjunto.

5.1 As possíveis melhorias que a ferramenta *Lean Healthcare* pode trazer em área hospitalar

O *Lean Healthcare* é um conjunto de filosofias que buscam melhorar todos os processos dentro de um ambiente, especificamente aqui, ambiente de saúde. É um programa complexo que traz consigo a melhora da organização, comunicação, redução de desperdícios, planejamento de pessoal, educação continuada, planos de ação, instrumentos para coleta de dados setoriais específicos. (RAMOS-VIDAL, IGNACIO, 2018).

Fatores como sobrecarga de trabalho, falta de clareza (comunicação) e falta de empatia podem ser trabalhados através de práticas e programas gerenciais específicos, o *Lean Healthcare* como já citado é um conjunto de filosofias e programas que podem ser aplicados para minimizar os fatores supracitados. (RAMOS-VIDAL, IGNACIO, 2018).

A filosofia *Lean Healthcare* apresenta uma ligação muito forte com o processo de cuidar. Ele busca identificar o que é realmente necessário, na visão do cliente e aquilo que não é. Desse modo quando se constata que determinadas ações não agregam valor, tenta-se a reestruturação dos fluxos das atividades realizadas pela equipe buscando correções que possibilitem a otimização do tempo da equipe para que tenham disponibilidade de acompanhar e dedicar-se integralmente ao paciente para que consigam desempenhar

as atividades que realmente são necessárias no cuidar. Através dessa ligação com as filosofias *Lean Healthcare* e suas estratégias ocorrem a eliminação gradual da sobrecarga de trabalho e fatores considerados estressantes. (GABASSA, VALÉRIA CRISTINA, 2014).

Toda reestruturação proposta deve acompanhar o processo de enfermagem que são ações propostas para uma boa investigação que compõe a anamnese e exame físico, identifica os problemas e necessidades do paciente e assim determina seu estado de saúde. A segunda etapa são os diagnósticos de enfermagem, que descrevem a evolução histórica de como os diagnósticos foram elaborados e desenvolvidos. A terceira etapa do processo são os planejamentos dos resultados esperados que focam na importância de realizar o planejamento de enfermagem após a elaboração do diagnóstico. Através dos resultados esperados estabelecidos, são realizadas as prescrições de enfermagem para que as metas sejam alcançadas. A quarta etapa do processo é a implementação da assistência de enfermagem, é desenvolvido estratégias para que as prescrições de enfermagem e suas metas sejam alcançadas e a quinta e última etapa do processo de enfermagem são os resultados da intervenção proposta, nessa etapa existe a avaliação da assistência de enfermagem que acompanha os resultados obtidos pelo paciente, essa etapa deve ser realizada diariamente ou a cada novo contato com o paciente, pois dessa maneira é possível identificar se houve melhoras ou piora, e assim realizar uma nova intervenção adequada. (GABASSA, VALÉRIA CRISTINA, 2014).

5.2 As ferramentas do programa Lean healthcare contribuem com a melhoria da qualidade do serviço de saúde

O sistema de gestão Lean atua fortemente nos processos que não agregam valor e geram desperdícios. Os desperdícios não são somente os materiais que geram custos financeiros, mas também no tempo da assistência e qualidade dos serviços prestados que podem ser otimizados buscando um melhor engajamento, compromisso e dedicação, através da produção enxuta (PE). (RÉGIS, et al, 2018).

Dentre esses aspectos existem ferramentas como mapeamento de fluxo de valor (MFV), filosofias e princípios do *Lean* que resultam em projetos de educação continuada, crescimento e desenvolvimento profissional, comunicação e padronização dos processos agregando em valor e otimização do tempo. A falta de clareza na comunicação, organização e padronização podem ser efetivamente gerenciadas através de ferramentas como o 5S conhecida como ferramenta da qualidade, gestão e padronização de processos e pelo sistema Kanban que é realizado através de gerenciamento visual para que se transmita clareza, efetividade para processos e tarefas gerando diminuição do ruído.

O *Lean healthcare*, pode gerar melhorias não somente durante os plantões dos profissionais, mas também melhorar suas vidas pessoais, pois um ambiente organizado e bem gerenciado com uma comunicação clara evita estresse e problemas passíveis de se tornarem parte do processo de doença. (GABASSA, VALÉRIA CRISTINA, 2014).

Nessa perspectiva, as implicações desse estudo voltam-se à gestão do serviço, para mudanças nos processos de trabalhos, na supervisão, no treinamento e no trabalho em equipe, com valorização de práticas que melhorem o desempenho e que promovam a qualidade da assistência fundamentada na segurança do paciente e dos profissionais envolvidos no cuidado.

5.3 As ferramentas do *Lean Healthcare* e *Lean Thinking* (pensamento enxuto), e como utilizá-las de maneira a promover a otimização da assistência

Considerando a metodologia Lean e a abordagem de redução de custos, o lucro e o custo se tornaram variáveis, e o mercado o definidor do preço de venda do produto ou serviço, o pensamento Lean define que a subtração entre preço e custo resulta em lucro, nesse sentido, eliminar desperdícios colabora com a busca pela redução de custos que é uma forma de garantir o lucro da organização. (TAPPING; SHUKER, 2010).

Os princípios apresentados a seguir têm como fundamento os conceitos Lean, para que sejam implementados nas organizações, a partir da metodologia Lean Thinking. (GABASSA, VALÉRIA CRISTINA, 2014).

O primeiro princípio conhecido como valor é o primeiro passo para um pensamento enxuto. Basta definir o que é esse “valor”. Para ser definido temos que olhar o que é importante para o cliente, porém através da visão do cliente e não da empresa, pois só através dessa perspectiva, é que se consegue identificar o que é valor. (GABASSA, VALÉRIA CRISTINA, 2014).

O segundo princípio é o fluxo de valor. Nessa etapa é preciso reconhecer todo o processo e dividi-lo em partes: as que agregam valor, as que não agregam valor, mas são importantes para a assistência e qualidade e aquelas que não agregam valor e podem ser descartadas. Portanto, é preciso identificar todos os indicadores dessas divisões e ter um bom planejamento do processo para que todas as dimensões sejam efetivamente resolvidas. (GABASSA, VALÉRIA CRISTINA, 2014).

O terceiro princípio é conhecido como fluxo contínuo. Que consiste em criar um processo limpo, livre e otimizado. Para isso é necessário à mudança no modo de pensar das pessoas envolvidas nos processos e organizações dos ambientes. Esse princípio em questão deve-se à mentalidade no sentido da assistência prestada, no controle de estoque e na capacidade quase imediata de atender os clientes. (GABASSA, VALÉRIA CRISTINA, 2014). O quarto princípio é a produção puxada, que resulta em um sistema de produção que determina o cliente como puxador do fluxo, agregando valor ao produto final, ou seja, através dos produtos oferecidos na assistência quem irá determinar o valor é o cliente. (GABASSA, VALÉRIA CRISTINA, 2014).

O quinto princípio é a perfeição, que é realizada através do aperfeiçoamento contínuo de todos os processos, que depende de todos os indivíduos presentes e inseridos nos processos em que todos devem contribuir continuamente buscando melhorar o modo como as atividades são realizadas, trazendo mais qualidade e valor para a assistência.

(GABASSA, VALÉRIA CRISTINA, 2014).

O *Lean Healthcare* é um conjunto de filosofias que busca melhorar todos os processos dentro de um ambiente de saúde, é um programa complexo que traz consigo a melhora da organização, comunicação, redução de desperdícios, planejamento de pessoal, educação continuada, planos de ação e instrumentos para coleta de dados setoriais específicos.

Fatores como sobrecarga de trabalho, falta de clareza (comunicação) e falta de empatia podem ser trabalhados através de práticas e programas gerenciais específicos. O *Lean Healthcare* como já citado é um conjunto de filosofias e programas que podem ser aplicados para minimizar essas situações.

A ferramenta *Lean* tem uma vasta aplicabilidade e proximidade com o processo do cuidar e sua gestão. Ela busca identificar o que é realmente necessário, na visão do cliente e aquilo que não é, o que torna o cliente protagonista do seu cuidado na busca do atendimento de suas necessidades comprometidas, como proposto por Wanda Horta. Desse modo quando se constata que determinadas ações não agregam valor, tenta-se a reestruturação dos fluxos das atividades realizadas pela equipe de enfermagem, buscando corrigir essas atividades. A reestruturação permite o aperfeiçoamento do plano de cuidados buscando a qualidade assistencial e otimizando o tempo da equipe para que tenham disponibilidade de acompanhar e atender as necessidades do cliente/paciente, para proporcionar um cuidado efetivo. Através dessa ligação com as filosofias *Lean* e suas estratégias, ocorre a eliminação gradual da sobrecarga de trabalho, do retrabalho e dos fatores estressantes.

A ferramenta 5S é de grande valia e pode ser aplicada em qualquer setor, através de suas ferramentas, o processo torna-se de fácil acesso, prático e pode ser utilizado sem quase nenhum custo, como mostrado na figura A1, A2, A3 e A4.

6 | CONCLUSÃO FINAL

Essa pesquisa buscou identificar como as práticas gerenciais de enfermagem podem ser aperfeiçoadas, a partir da utilização dos princípios e filosofia *Lean Healthcare*, que é utilizado pela *Toyota* em seu sistema de produção.

De acordo com os gestores entrevistados, as metas a serem alcançadas para uma gestão é a humanização e qualidade da assistência. Para isso uma formação profissional com qualidade deve ser explorada ao máximo, utilizando ferramentas para uma gestão qualificada sendo o cerne de todo processo a comunicação, o desenvolvimento de padrões, organização, avaliação e controle. Para os gestores a importância de propor metas e um desenvolvimento em grupo é de suma importância, pois para alcançar a qualidade da assistência, deve ser realizada com a equipe em toda parte dos processos, com compromisso e dedicação visando o crescimento pessoal e profissional, através de processos evolutivos baseados em ética, trabalho em equipe e reciclagem. Denota-se que

os pensamentos estão aliados mesmo em ambientes hospitalares diferentes, pois a meta é desenvolver os colaboradores da enfermagem para que eles ofereçam uma assistência de enfermagem humanizada, com qualidade, segurança e respeito aos princípios.

Os enfermeiros possuem competências que possibilitam articular gerência e assistência no ambiente hospitalar de forma centrada no cuidado, focando na melhoria da assistência e na qualidade do serviço prestado nas unidades, envolvendo-se de forma científica, política e humanizada. A enfermagem carrega em si grande potencial de mudança na área da saúde, pensando nosso trabalho resume-se a programas de gerenciamento e importância da comunicação.

E como foi possível ver que o Lean ajuda a eliminar atividades que não agregam valor, tornam os processos mais enxutos e eficientes, a informatização é uma das grandes responsáveis por isso, ao economizar tempo, reduzir ocorrência de erros e evitar retrabalhos. Até mesmo pequenos procedimentos, como o agendamento de consultas, podem refletir nos resultados de toda a instituição. Agendas organizadas agilizam o atendimento, diminuindo o desgaste dos pacientes e também os gastos com o pagamento de horas extras.

Um dos maiores objetivos dessa metodologia é o aumento da produtividade sem interferir na qualidade do serviço. Na área da saúde, isso quer dizer atender o máximo de pacientes de uma maneira satisfatória, alinhando a estrutura, a equipe e os recursos. Isso se torna possível graças à possibilidade de economizar o tempo gasto em cada tarefa e ainda identificar as áreas de gargalo que exigem correção. Vale lembrar que para ampliar o nível de produtividade, é necessário esforços durante o planejamento, execução e análise dos dados.

Produzir mais e gastar menos é o sonho de muitos gestores. E na área da saúde, a metodologia *Lean Healthcare* pode torná-lo realidade, afinal, ao eliminar desperdícios, a utilização dos recursos (tempo, dinheiro, suprimentos, etc.) é racionalizada.

Todos os benefícios anteriores afetam diretamente a percepção dos clientes acerca da instituição. Com a *Lean*, a qualidade do atendimento aumenta consideravelmente, bem como a assistência prestada e a segurança do paciente.

Dessa forma, o hospital desfruta de alta credibilidade no mercado e, conseqüentemente, um retorno financeiro positivo. Tudo isso prova que a metodologia viabiliza a diminuição dos gastos sem prejudicar a experiência do paciente, apenas utilizando os recursos de maneira inteligente.

Portanto com esse estudo, consideramos que o *Lean Healthcare* como ferramenta pode implicar de maneira positiva, buscando a segurança, o controle de insumos, uma melhor gestão de recursos humanos, diminuindo o estresse do trabalho, otimizando a equipe para a assistência com qualidade, melhorando efetivamente a comunicação através de educação continuada e ferramentas específicas como gerenciamento visual, pois por si só a comunicação já é de fato a ferramenta mais poderosa que temos, e através dela podemos minimizar os riscos de acidentes e melhorar os resultados da assistência. Que um

dia esse trabalho sirva como base e guia para projetos futuros.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Jéfferson Jesus; PALHARES, Sofia Bonfim Alves; AMARAL, Thiago Magalhães, ASSIS, Lucas de; OLIVEIRA, Laenne Conceicao Souza de. **“APLICAÇÃO DO LEAN HEALTHCARE EM UM HOSPITAL PÚBLICO EM PETROLINA-PE: MELHORIA DE EFICIÊNCIA A PARTIR DA ELIMINAÇÃO DE DESPÉRDÍCIOS.”** (2017). Disponível em <<https://www.semanticscholar.org/paper/APLICA%C3%87%C3%83O-DO-LEAN-HEALTHCARE-EM-UM-HOSPITAL-P%C3%9ABLICO-Ara%C3%BAjo-Palhares/eb07bd8e2d20c5f16e7ddaf3d32a99b56fd02d3e#paper-header>>. acessos em 01 mai. 2021. DOI:10.14488/ENEGEP2017_TN_STP_238_384_33794

BRAGA, Eliana Mara. **Competência em comunicação: uma ponte entre aprendizado e ensino na enfermagem.** 2004. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004. doi:10.11606/T.7.2004.tde-16102006-155511. Acesso em: 2020-10-13.

COSTA, Roberta et al. **O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo.** Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 18, n. 4, p. 661-669, dez. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000400007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 13 out. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072009000400007>.

FRADIQUE, Maria de Jesus; MENDES, Luís. **Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.** Rev. Enf. Ref., Coimbra, v. serIII, n. 10, p. 45-53, jul. 2013. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S087402832013000200006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 13 out. 2020. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII12133>.

FORMIGA, Jacinta Maria Moraes; GERMANO, Raimunda Medeiros. **Por dentro da História: o ensino de Administração em Enfermagem.** Rev. bras. enferm., Brasília, v. 58, n. 2, p. 222-226, abr. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000200019&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 13 out. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672005000200019>.

GALVAO, Cristina Maria et al. **Liderança e comunicação: estratégias essenciais para o gerenciamento da assistência de enfermagem no contexto hospitalar.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 8, n. 5, p. 34-43, out. 2000. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692000000500006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 13 out. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692000000500006>.

MOURÃO, C. M. L. et al. **A comunicação em enfermagem: uma revisão bibliográfica.** Rev. Rene, Fortaleza, v. 10, n. 3, p. 139-145, Jul./set. 2009. <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/4151>

OLIVEIRA, Sandra Regina Ramalho e; GASPAR, Débora da Rocha; OLIVEIRA, Guilherme Augusto Ramalho e. **Uma contribuição da semiótica para a comunicação visual na área da saúde.** Interface (Botucatu), Botucatu, v. 13, n. 29, p. 409-420, jun. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000200013&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 13 out. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000200013>.

REGIS, Tatyana Karla Oliveira; GOHR, Cláudia Fabiana; SANTOS, Luciano Costa. **IMPLEMENTAÇÃO DO LEAN HEALTHCARE: EXPERIÊNCIAS E LIÇÕES APRENDIDAS EM HOSPITAIS BRASILEIROS.** Rev. adm. empres., São Paulo, v. 58, n. 1, p. 30-43, Jan. 2018. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475902018000100030&lng=en&nrm=iso>. access on 25 Apr. 2021. <https://doi.org/10.1590/s0034-759020180104>.

SANTOS, José Luís Guedes dos et al. **Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa**. Rev. bras. enferm. Brasília, v. 66, n. 2, p. 257-263, abr. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000200016&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 13 out. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000200016>.

SERRANO, M. M. (2011). **A comunicação na existência da humanidade e de suas sociedades**. MATRIZES, 3(1), 11-20. <https://doi.org/10.11606/issn.1982-8160.v3i1p11-20>

SILVA, Ana Luisa Aranha e et al. **Comunicação e enfermagem em saúde mental: reflexões teóricas**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 8, n. 5, p. 65-70, out. 2000. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692000000500010&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 13 out. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692000000500010>.

SILVA, Eliete Maria; GOMES, Elizabeth Laus Ribas; ANSELMÍ, Maria Luiza. **Enfermagem: realidade e perspectiva na assistência e no gerenciamento**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 1, n. 1, p. 59-63, jan. 1993. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691993000100008&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 13 out. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0104-11691993000100008>.

SILVA, Thais Oliveira da et al. **GESTÃO HOSPITALAR E GERENCIAMENTO EM ENFERMAGEM À LUZ DA FILOSOFIA LEAN HEALTHCARE**. Cogitare Enfermagem, [S.l.], v. 24, may 2019. ISSN 2176-9133. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/60003>>. Acesso em: 13 oct. 2020. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.60003>.

APÊNDICE



Figura A1 – Demarcação e identificação de itens no laboratório. (ARAUJO, et al, 2017).



ANTES



DEPOIS

Figura A2 – Demarcação e identificação da bancada no Laboratório



ANTES



DEPOIS

Figura A3 – Resultado da aplicação dos 4S no Bloco Cirúrgico



ANTES



DEPOIS

Figura A4 – Resultado da aplicação dos 4S no Laboratório

Joinville, SC, Brasil, 10 a 13 de outubro de 2017.

CAPÍTULO 10

QUALIDADE DE VIDA DO ENFERMEIRO QUE ATUA NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

Data de aceite: 01/08/2021

Data de submissão: 21/06/2021

Luciene Oliveira Silva

Faculdade Mauricio de Nassau, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/5692890575164517>

Cinthia Thaise de Oliveira Costa

Faculdade Maurício de Nassau, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-8690-8233>

Jullymária Glenda Soares Alencar

Centro Universitário Santo Agostinho, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/5473451666795125>

Railany de Sousa da Conceição

Faculdade de Tecnologia e Educação Superior Profissional – FATESP, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-7837-4075>

Jassia Kaline Silva Oliveira

Centro Universitário Maurício de Nassau - UNINASSAU, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/5885997017691582>

Francisco Italo Ferreira da Silva

Centro Universitário Maurício de Nassau - UNINASSAU, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/8304936211387939>

Maria Nauside Pessoa da Silva

Faculdade Maurício de Nassau, Brasil
<https://orcid.org/0000-0001-6040-315X>

Layane Teresa Ferreira de Sousa

Faculdade Estácio de Sá, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/9386068812156520>

Natalia Sales Sampaio

Universidade Estadual do Piauí- UESPI, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/7656101549470254>

Bianca Sousa Vieira Alves

Centro Universitário Maurício de Nassau – UNINASSAU, Brasil
<https://orcid.org/0000-0001-7662-5507>

Germano Soares Martins

Faculdade Maurício de Nassau, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/1591643075940518>

Ketilene da Silva Oliveira

Faculdade Aliança, Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-3204-8423>

RESUMO: Introdução: A qualidade de vida de um indivíduo está diretamente interligada a fatores socioeconômico, psicossociais, além dos fatores fisiológicos, sejam eles por relação ao ambiente de trabalho, pela remuneração, momento de lazer, descanso entre outros. **Objetivo:** avaliar a qualidade de vida do enfermeiro que atua no serviço de atendimento móvel de urgência. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada por meio da análise de artigos cuja abordagem estava interligada com a escolha do tema. **Resultados:** Observou-se que a qualidade de vida do enfermeiro que atua no serviço de atendimento móvel de urgência não é satisfatória, pois segundo a literatura, esse profissional se encontra insatisfeito com a remuneração, com a disponibilização de materiais para exercer o trabalho, com as condições para exercer

o trabalho, com o desgaste físico e mental, além do estresse ocupacional, em meio as condições da atual situação da qualidade de vida do enfermeiro. **Conclusão:** Assim, verifica-se a necessidade de estratégias de intervenções para a melhoria da qualidade de vida do enfermeiro, de modo que esta venha a se tornar satisfatória, contribuindo assim para uma assistência segura e de qualidade.

PALAVRAS - CHAVE: Qualidade de vida; Enfermeiro; Atendimento pré-hospitalar.

QUALITY OF LIFE OF NURSES WHO WORKS IN THE MOBILE EMERGENCY CARE SERVICE

ABSTRACT: Introduction: The quality of life of an individual is directly linked to socioeconomic and psychosocial factors, in addition to physiological factors, whether related to the work environment, remuneration, leisure time, rest, among others. **Objective:** to assess the quality of life of nurses working in the mobile emergency care service. **Methodology:** This is an integrative literature review carried out through the analysis of articles whose approach was interconnected with the choice of topic. **Results:** It was observed that the quality of life of nurses working in the mobile emergency care service is not satisfactory, as according to the literature, this professional is dissatisfied with the remuneration, with the availability of materials to perform the work, with the conditions to perform work, with physical and mental wear, in addition to occupational stress, amid the conditions of the current situation of the quality of life of nurses. **Conclusion:** Thus, there is a need for intervention strategies to improve the quality of life of nurses, so that it becomes satisfactory, thus contributing to safe and quality care.

KEYWORDS: Quality of life; Nurse; Pre-hospital care.

1 | INTRODUÇÃO

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), foi criado na década de 2000 por meio de queixas dos profissionais médicos em função dos enormes desgastes vigente nos serviços hospitalares de urgência. Este serviço possui na sua composição a unidade de suporte básico e a de suporte avançado (O'DWYER et al., 2017).

Segundo Tavares et al. (2017), as condições para um padrão de vida impróprio de um profissional que trabalha no atendimento pré-hospitalar está inteiramente interligado aos fatores de carga horária de trabalho excessiva, além de situações do cotidiano que os fazem se deparar com situações inovadoras a cada instante. Estudos apontam que a qualidade de vida (QV) dos profissionais na área da saúde ocupa a terceira colocação no índice das funções mais sobrecarregadas com estresse contínuo, estando desbancada apenas pelas áreas de controladores de voos e os motoristas de ônibus. É válido destacar ainda que profissões como as dos policiais e seguranças privados estão no topo desta lista.

A condição de vida do enfermeiro que age no atendimento móvel pré-hospitalar (APHM) é relativamente um tema de grande abrangência, em função de vários fatores que interferem de forma direta no cotidiano de tais profissionais. Dentre estes fatores, pode-se citar, a remuneração profissional, a comunicação entre a própria equipe, as condições

de trabalho, além do estresse cotidiano desenvolvido na maioria dos profissionais de enfermagem que atuam no APHM (COSTA et al.,2014).

Com a recente implementação do programa APHM no país, pôde-se ratificar a precisão de estruturação de ajustes que visem o bem-estar de seus profissionais, assim como o melhoramento da condição de atendimento. É importante frisar que uma boa condição de vida do profissional de enfermagem está inteiramente conectada ao ambiente de trabalho do profissional, onde observa-se que o ambiente podem contribuir com sentimentos positivos e negativos aos profissionais de enfermagem que atuam nesse tipo de atendimento. Entretanto os sentimentos negativos associados a rotina diária do cuidar do próximo, tem grande impacto em parte dos profissionais pondo em risco a sua própria saúde e a das vítimas atendidas pelo serviço (ADRIANO et al., 2017).

Portanto o presente estudo teve por objetivo analisar como é a atual qualidade de vida do enfermeiro que atua no serviço de atendimento móvel de urgência, além de identificar os fatores que interferem na qualidade de vida desse profissional.

2 | METODOLOGIA

O estudo trata-se de uma revisão integrativa que conforme Souza, Silva e Carvalho (2010), se baseia na coleta de dados de fontes secundárias e no levantamento bibliográfico que é embasado em experiências vividas por autores em ocasião de uma revisão integrativa, cujo propósito principal é reunir conhecimento sobre um determinado assunto de forma que este dê fundações a um estudo significativo para a área da enfermagem, função que é crucial para ser realizada pelos pesquisadores envolvidos no estudo.

A pesquisa se norteou em busca de encontrar parâmetros que comprovem a atual qualidade de vida do enfermeiro que atua no SAMU e identificar os fatores que interferem na qualidade de vida desse profissional.

Para o embasamento do estudo realizou-se busca online nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados em Enfermagem (BDENF), biblioteca eletrônica Scientific Electronic Library Online (SciELO) via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Para a seletiva dos artigos nas bases citadas foram utilizados descritores previamente definidos para a busca: qualidade de vida, enfermeiro e atendimento pré-hospitalar, compatibilizados com o operador booleano And.

Para constituir a amostra dos estudos seletos para a presente revisão integrativa, os critérios de inclusão dos artigos foram: artigos originais, estudos com sua respectiva publicação entre os anos de 2014 a 2019, em português, e que abordavam fatores de influência para a qualidade de vida do enfermeiro do APHM. Como critérios para exclusão destacou-se: relatos de casos, capítulos de livros, dissertações, teses, reportagens, notícias, editoriais, textos que não possuíam comprovação científica e artigos que não possuíam sua disponibilidade do conteúdo na íntegra online.

Para análise dos estudos foi realizada uma leitura minuciosa e categorização destes, com o propósito de melhor descrever e sintetizar os resultados obtidos da temática proposta.

Posteriormente à efetivação das buscas, foram localizados 60 artigos relevantes ao tema estudado. Assim, para a realização desta pesquisa os artigos foram escolhidos e submetidos a leitura exploratória de forma analítica e interpretativa, sendo selecionados 16 estudos que mais se relacionavam com tema, os quais foram utilizados para construção da revisão de literatura, sendo: 5 artigos da BDNF, 4 artigos da LILACS, e 5 artigos da SciELO.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados foram discutidos em duas categorias temáticas: qualidade de vida do enfermeiro que atua no SAMU e fatores que interferem na qualidade de vida do enfermeiro do SAMU.

3.1 Categoria 1: Qualidade de vida do enfermeiro que atua no SAMU

Nesta categoria foi descrito o que é e como está a QV no ambiente de trabalho do enfermeiro que trabalha no SAMU. E para melhor esclarecimento e visão geral de como os autores concretizaram a escolha dos artigos usados nesta seção, segue o Quadro 1 que expõe todo o método de busca e escolha da literatura científica.

Artigo 1
<p>Autores: TIBÃES et al., (2017).</p> <p>Título do estudo: A construção histórica de um serviço de atendimento móvel de urgência: da concepção à regionalização.</p> <p>Resultados: a regionalização, com a incorporação do SAMU na rede de urgência e emergência, proporcionou melhorias no sistema de saúde, pois ampliou o acesso dos usuários aos serviços. Além disso, a proposta da regionalização foi efetivada, mediante o comprometimento de todos os envolvidos, destacando o sentimento de pertencimento do grupo e a socialização como elementos que contribuíram neste processo.</p> <p>Tipos de pesquisa: Pesquisa de Campo.</p> <p>Base de dados: BDNF</p>
Artigo 2
<p>Autores: SANTOS et al., (2017).</p> <p>Título do estudo: Avaliação da qualidade de vida no trabalho de enfermeiras de hospitais gerais.</p> <p>Resultados: Das 202 enfermeiras entrevistadas predominou idade de 30 e 39 anos, pardas, casadas, com 1 a 2 filhos, especialistas, assistenciais, trabalhavam na unidade de terapia intensiva (UTI), turno matutino, carga horária semanal de 30 horas com outro vínculo empregatício e estavam nas instituições pesquisadas há mais de 10 anos. Quanto à qualidade de vida no trabalho apresentou-se índice de 59,72% na escala de resultados.</p> <p>Tipos de pesquisa: Descritivo.</p> <p>Base de dados: SciELO</p>

Artigo 3
<p>Autores: FRAÇA, MARTINO, (2014)</p> <p>Título do estudo: Correlações entre estresse e Burnout no cuidado de enfermagem pré-hospitalar móvel.</p> <p>Resultados: Foi identificada uma incidência de 76,2% de burnout, sendo 32,9% com índices sintomatológicos de estresse, 34,2% com sintomas psicológicos e 31,6% com sintomas físicos. Foi identificada forte correlação entre sintomas de estresse e exaustão emocional, segundo o coeficiente de correlação de Pearson e o teste exato de Fisher.</p> <p>Tipos de pesquisa: Descritivo e exploratório</p> <p>Base de dados: BDENF</p>
Artigo 4
<p>Autores: ARAUJO, VELLOSO, ALVES, (2017).</p> <p>Título do estudo: Práticas Cotidianas dos Profissionais no Serviço de Atendimento Móvel.</p> <p>Resultados: na cotidianidade, os discursos legitimam as relações de poder, fazendo a manutenção dos discursos de verdade, de controle e de vigilância. O discurso de utilidade e essencialidade mantém o imaginário sobre um SAMU, como um serviço que não pode parar nem falhar.</p> <p>Tipos de pesquisa: Estudo de caso, qualitativo.</p> <p>Base de dados: SciELO</p>
Artigo 5
<p>Autores: FREIRE, COSTA, (2016).</p> <p>Título do estudo: Qualidade de Vida dos Profissionais de Enfermagem no Ambiente de Trabalho.</p> <p>Resultados: Constata-se na literatura que existem riscos enfrentados pelos trabalhadores de enfermagem em seu labor, entre eles destacam-se os riscos químicos, mecânicos, biológicos, ergonômicos e os psíquicos.</p> <p>Tipos de pesquisa: Revisão de literatura</p> <p>Base de dados: LILACS</p>
Artigo 6
<p>Autores: CAVALCANTE et al., (2018)</p> <p>Título do estudo: Rede de relações em um serviço de atendimento móvel de urgência: análise de uma equipe de trabalho.</p> <p>Resultados: Os entrevistados estavam no serviço havia pelo menos um ano. As conexões configuradas com base nas entrevistas evidenciaram a inter-relação entre as redes dos entrevistados, e observamos a prevalência de vínculos fracos e desarticulados, muito embora dois dos entrevistados trabalhassem no mesmo setor. Na análise dos discursos, obtivemos três classes: 1) características do trabalho em equipe e sua forma peculiar de execução; 2) aspectos relacionais e subjetivos voltados para a administração; 3) natureza dos serviços prestados.</p> <p>Tipos de pesquisa: Estudo de Caso.</p> <p>Base de dados: SciELO</p>

Quadro 1 – Representação dos artigos selecionados no estudo, Teresina, 2019.

Fonte: dados dos autores

De acordo com Tibães et al. (2017), a qualidade de vida no trabalho (QVT) está ligada a múltiplas exterioridades da vida humana, como: saúde; família; relações sociais; trabalho e condição financeira. Nessas definições, a QVT é compreendida como o contentamento, a consumação pessoal e bem estar dos componentes de uma organização, por experiências em seu recinto de trabalho. Desta forma, ainda que o trabalho seja elemento integrante imprescindível da QVT, por sua vez pode oferecer fatores que interveem negativamente no contentamento profissional.

Nesse sentido, Santos et al. (2017), destaca-se que nas funções do enfermeiro, a QV concebe a concisão da valorização das condições para desempenhar o trabalho. O uso da QV tende a ser visto como plano de atuação, gestão com condição no artificio para o desenvolvimento da consciência social e do direito à saúde e é o contorno mais adequado

para originar exercícios de aperfeiçoamento ao modelo de vida dos enfermeiros. Assim, as sugestões de prevenção, ações ergonômicas e zelo da saúde mental do trabalhador, bem quanto ao estímulo às atividades de lazer, esporte e cultura, necessitam ser efetivos para o seu bem estar.

França e Martino (2014), destacam a saúde física como um fator de extremo valor na vida pessoal e que sua agregação com a QVT pode determinar meios para a conservar o bem estar dos trabalhadores. Estes ratificam que a QVT se despontou maior naqueles trabalhadores que não exibiam problemas de saúde conexos ao sistema musculoesquelético e ainda distinguem que a dor na região lombar e nos ombros permanecem entre os distúrbios que mais alcançam os trabalhadores, e que as elevadas demandas laborais podem cooperar para o começo e/ou agravamento dessas condições patológicas.

Segundo Araújo, Velloso e Alves (2017), compreender a qualidade de vida dos enfermeiros que atuam no SAMU não é uma tarefa fácil, pois a qualidade de vida tem amplo conceito e envolve a percepção do indivíduo de acordo com uma visão cultural e de seus valores, por elemento de inter-relação entre objetivos, probabilidades, padrões e inquietações. Estando ainda diretamente ligada a feições físicas, psicológicas, igualitárias, intelectivas e econômicas, baseia-se em princípios essenciais, e o nível socioeconômico em busca do contentamento pessoal e profissional.

Para Freire e Costa (2016), no atendimento do SAMU é indispensável que os profissionais apresentem formação especializada e dirigida para a visão da realidade. Isso permite uma conexão de distintos saberes, ciência e a interação multiprofissional, colaborando, assim, para cooptação de habilidades, como por exemplo a tomada de decisões rápidas, diálogo, liderança e gerenciamento, em função do seu dia-a-dia laboral abranger um panorama de ocasiões de tensão, estresse, consternação, dor, angústia, temor e morte que irão causar reflexo direto na qualidade da assistência de enfermagem que venha a ser prestada a sociedade.

De acordo com Cavalcante et al. (2018), a QV do enfermeiro que exerce sua função junto ao SAMU atualmente não é satisfatória, pois existe um descontentamento dos profissionais de enfermagem quanto a remuneração que em sua grande parte não condizente com a função exercida, as condições de trabalho em meio a ausência de matérias para atendimento, as jornadas que em muitas ocasiões são extensas, a falta de mão de obra que comporte ao público que necessita usufruir dos serviço, pois em grande parte do serviço há uma grande quantidade de usuários e uma demanda profissional pequena, o que sobre carrega os profissionais e torna a rotina dos mesmo mais estressantes de modo que estes fatores poderão desencadear uma má qualidade de vida dos enfermeiro e que desta forma poderá refletir na prestação de uma assistência de qualidade.

3.2 Categoria 2: Os Fatores que interferem na qualidade de vida dos enfermeiros do SAMU.

Nesta categoria, retratou-se os fatores que podem influenciar de forma lesiva a qualidade de vida dos enfermeiros que trabalham no SAMU, baseado na linha de pesquisa requerida como linha de pesquisa deste estudo. A seguir, tem-se o quadro 2 que expõe todo o método de procura e escolha da literatura científica.

Artigo 1
<p>Autores: LEITE et al., (2016) Título do estudo: Risco Ocupacional Entre Profissionais de Saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência- SAMU. Resultados: entre os riscos físicos, 87% (60) destacaram os ruídos da sirene; 79,7% (55) afirmaram a colisão de automóveis como principal risco de acidente; 79,7% (55) informaram ser o levantamento de peso o principal risco ergonômico; 89,9% (62) apontaram o sangue como o principal risco biológico; 63,8% (44) afirmaram que a poeira é o principal risco químico, e 82,6% (57) destacaram o estresse como principal risco psicossocial. Tipos de pesquisa: Estudo Descritivo, Transversal. Base de dados: LILACS</p>
Artigo 2
<p>Autores: COSTA et al., (2017). Título do estudo: Concepção dos profissionais de serviço de emergência sobre qualidade de vida. Resultados: Obteve-se as categorias temáticas: concepção dos profissionais de enfermagem sobre qualidade de vida e fatores facilitadores e dificultadores à qualidade de vida na visão dos profissionais de enfermagem. Observou-se, por meio das respostas dos participantes, que o fator que mais implica na qualidade de vida é a remuneração, e a partir dela surgem as demais preocupações, como condições de trabalho, família, lazer e alimentação. Tipos de pesquisa: Descritivo e Qualitativo. Base de dados: SciELO</p>
Artigo 3
<p>Autores: PAI et al., (2015). Título do estudo: Equipes e condições de trabalho nos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel: revisão integrativa*. Resultados: A composição das equipes dos serviços de APH é diversificada no cenário internacional, sendo retratado o acréscimo de responsabilidades assumidas por paramédicos, os benefícios da presença do enfermeiro e do médico especializado nas equipes, os quais são escassos em alguns países. Tipos de pesquisa: Revisão Integrativa. Base de dados: BDEF</p>
Artigo 4
<p>Autores: MARTINEZ; LATORRE e FISCHER, (2017). Título do estudo: Estressores afetando a capacidade para o trabalho em diferentes grupos etários na Enfermagem: seguimento de 2 anos. Resultados: Mudanças na exposição aos estressores nos grupos etários (< 45 anos e ≥ 45anos) foram comparadas ao delta-ICT (diferença na pontuação inicial e final) pelo teste Mann-Whitney. Houve piora no delta-ICT (p = 0,609), sem diferença entre os dois grupos etários. Nos jovens a intensificação dos estressores ERI (p = 0,004), excesso de comprometimento (p = 0,002), apoio social (p = 0,014) e WRAPI (p = 0,004) associou-se à diminuição da CT e nos mais velhos apenas o ERI (p = 0,047). Tipos de pesquisa: Pesquisa de Campo. Base de dados: SciELO</p>

Artigo 5

Autores: TIBÃES et al., (2018).

Título do estudo: Perfil de Atendimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Norte de Minas Gerais.

Resultados: Foram registradas 1.062.109 ligações, sendo 32% ligações secundárias. Foram realizados 117.289 atendimentos, com predominância de usuários do sexo masculino (55,22%), na faixa etária de 20 a 60 anos (55,62%). Do total de atendimentos, as causas clínicas (56,7%) e causas externas (35,8%) foram as mais freqüentes. Nos atendimentos por causas externas, destacam-se os acidentes de trânsito, quedas e violência urbana. A Unidade de Suporte Básico foi utilizada em 87,5% dos atendimentos; os usuários foram encaminhados para hospitais (65,43%).

Tipos de pesquisa: Estudo Descritivo.

Base de dados: LILACS

Artigo 6

Autores: ARAUJO et al., (2018)

Título do estudo: Avaliação da qualidade de vida dos profissionais de enfermagem do atendimento pré-hospitalar.

Resultados: Pela escala de Flanagan, os piores domínios estão relacionados ao bem-estar físico e material e as atividades sociais. Pelo WHOQOL-bref, os domínios que apresentaram menores médias de escores foram o físico, o meio ambiente e a auto avaliação da qualidade de vida.

Tipos de pesquisa: Descritivo e Transversal.

Base de dados: BDNF

Artigo 7

Autores: LUCHTEMBERG; PIRES, (2016).

Título do estudo: Enfermeiros do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: perfil e atividades desenvolvidas.

Resultados: Perfil mostrou uma força de trabalho predominantemente feminina, jovem e com formação especializada. As atividades desenvolvidas foram organizadas nas dimensões cuidar, gerenciar e educar, verificando-se o predomínio da primeira. As ações de cuidado envolveram múltiplos procedimentos, mas não houve menção ao uso da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no desenvolvimento das atividades de cuidado. A seguir, destacou-se a dimensão gerencial com predomínio de atividades burocráticas. As ações educativas tiveram menor destaque.

Tipos de pesquisa: Estudo exploratório Descritivo.

Base de dados: BDNF

Artigo 8

Autores: ZAVALA, KLINJ e CAMILO, (2016)

Título do estudo: Qualidade de vida no trabalho do pessoal de enfermagem de instituições públicas de saúde1.

Resultados: média da qualidade de vida do pessoal de enfermagem no trabalho é de 207,31 (DP 41,74), o que indica um nível moderado. Em relação ao tipo de contrato, a qualidade de vida no trabalho foi mais alta para pessoas com contratos permanentes ($p=0,007$), que não exercem outras atividades remuneradas ($p=0,046$), com diferenças na qualidade de vida no trabalho dependendo da instituição onde trabalham ($p=0,001$).

Tipos de pesquisa: Transversal e comparativo

Base de dados: LILACS

Quadro 2 – seleção dos artigos contidos no estudo, Teresina, 2019.

Fonte: dados dos autores

De acordo com Leite et al. (2016), em meio as causas que implicam na motivação/satisfação quanto a qualidade de vida dos profissionais da enfermagem que atuam no SAMU, os mais presentes na literatura atual consistem em status diante da categoria, período de trabalho na mesma função, salário, vivência de formação contínua, condições de trabalho, apoio especializado, condições sociais da sociedade, impossibilidade de diversos vínculos, escassez de profissionais e rodízio dos profissionais, concretização profissional manifestada pelo vínculo, escuta e responsabilização, vigor do compasso de

trabalho, dificuldade de diálogo com os demais membros da rede de assistência, afinidade intraequipe, sobrecarga e complicação do trabalho, probabilidade de progresso no trabalho, autonomia, desordens entre valores individuais e laborais e valorização pessoal pelos gestores.

Segundo Costa et al. (2017), é importante frisar os fatores que acometem uma boa qualidade de vida do enfermeiro que trabalha no ambiente do SAMU. Pode-se apontar como um dos pilares responsáveis para que não exista uma boa qualidade de vida no ambiente do APHM, a sobrecarga de tarefas mentais, psíquica e física, além de ser pressionado para tomada de determinações instantâneas, essenciais no atendimento de emergência.

Para Pai et al. (2015), os profissionais de enfermagem convivem com situações que levam ao estresse diário, pois frequentemente vivenciam a dor, sofrimento e morte, além da própria organização do trabalho que pode desencadear e/ou potencializar esse estresse. O stress rotineiro pode ocasionar efeitos lesivos à saúde mental e física do profissional e induzir ao acontecimento de: depressão; síndrome de burnout, uso de substâncias psicoativas; distúrbios do sono, diabetes e hipertensão, além do descontentamento laboral e a baixa qualidade de vida no trabalho.

Já de acordo com Martinez, Latorre e Fischer (2017), um fator comitente para intervir diretamente na prestação de uma assistência de qualidade do profissional de enfermagem no APHM é o iminente risco de contaminação e contágio dos enfermeiros durante o processo de execução de suas funções no ambiente ocupacional, podendo ser adquiridas doenças como hepatite B, C e imunodeficiência adquirida (HIV). Tais contaminações estão diretamente interligadas à exposição acidental dos enfermeiros quanto ao material biológico utilizado na prestação da assistência ao paciente seja este contato adquirido em decorrência de contato direto com lesões percutâneas ou contato direto com sangue contaminado contido em membranas mucosa ou pele não íntegra.

Corroborando com esses dados, Tibães et al. (2018), infere que os profissionais de enfermagem que trabalham nos serviços de APHM de urgência tem exposição direta em seu habitual campo de trabalho e lidam com uma atmosfera conflituosa, de alta cobrança de tarefas, estresse corporal e mental, agitação no ritmo circadiano, em meio a outros fatores que podem colaborar para o aparecimento da hipertensão arterial e conseqüentemente aumentar o risco cardiovascular. Isto tudo porque o desenvolvimento da hipertensão arterial está relacionado a fatores genéticos, neuro-humorais, comportamentais e ambientais, entretanto não é bem conhecida como se dá o processamento de interação destes fatores.

De acordo com Araújo et al. (2018), o profissional de enfermagem tanto no ambiente hospitalar quanto em qualquer outra instituição de saúde, está sujeito a exposição a cargas de trabalho excessivas, essas cargas motivam um processo de desgaste nesses trabalhadores que consistem nas cargas biológicas, químicas, físicas, mecânicas, fisiológicas e psíquicas. O dano originado por fatores citados anteriormente podem impactar diretamente na perda da capacidade potencial ou efetiva do indivíduo e de sua mente, o

que provoca a redução da capacidade para o trabalho e no adoecimento.

Para Luchtemberg e Pires (2016), todos os fatores que visam de alguma forma influenciar na QV dos enfermeiros do SAMU estão interligados a não adoção de medidas de cuidado e ao conhecimento e modo de trabalho dos profissionais.

Dessa forma, Zavala, Klinj e Camilo (2016), compreendem que um dos principais fatores causadores do desconforto quanto à qualidade de vida insatisfatória é a remuneração. Assim, alguns estudos apontam que uma remuneração baixa ocasiona a busca profissional pela melhora de suas condições financeiras realizando uma dupla jornada que torne sua remuneração satisfatória, o que induz o profissional a uma sobrecarga de afazeres, ao dano físico e emocional, alimentação ruim e menor período acessível para descanso, sono satisfatório e família, fatores esses, considerados essenciais para a qualidade de vida adequada aos profissionais, na concepção real dos mesmos.

4 | CONCLUSÃO

O desenvolvimento deste estudo objetivou-se a analisar o atual padrão da qualidade de vida do enfermeiro que atua no SAMU onde foi possível observar que diversos fatores acometem esta qualidade de vida, seja quanto a jornada exacerbada, remuneração insatisfatória, falta de diálogo entre a equipe de enfermagem, a falta de qualidade do ambiente e ainda escassez de materiais para que a função seja exercida com qualidade pelos enfermeiros do APHM.

Destacou-se então através deste estudo que a atual qualidade de vida do profissional de enfermagem do SAMU não é satisfatória visto que o estresse e os cofatores remunerativos, materiais e psicossociais dos quais o enfermeiro está sujeito no seu dia a dia, os deixa em situação vulnerável de exposição a situações de grandes tensões e estresses que os atrapalham a ter uma boa qualidade de vida e ainda de exercer de forma coerente seu papel junto ao atendimento do SAMU.

Assim, verifica-se a necessidade de estratégias de intervenções para a melhoria da QV do enfermeiro, de modo que esta venha a se tornar satisfatória, contribuindo assim para uma assistência segura e de qualidade.

REFERÊNCIAS

ADRIANO, F. P. S. M. et. al. Estresse Ocupacional em Profissionais da Saúde que Atuam no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Cajazeiras – PB. **Rev. Brasileira de Ciências da Saúde**. v. 21 n.1, p. 29-34, 2017.

ARAUJO, T. M.; VELLOSO, C. S. I.; ALVES, M. Práticas Cotidianas dos profissionais no serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). **Rev. Min. Enferm.** v. 21, n. 1042, 2017.

ARAUJO, F. D. P. et al. Avaliação da qualidade de vida dos profissionais de enfermagem do atendimento pré-hospitalar. **Rev Bras Med Trab**. v. 16, n. 3, p. 312-317, 2018.

CAVALCANTE, B. J. et al. Rede de Relações em um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: Análise de uma Equipe de Trabalho. **Rev Bras Med Trab.** v. 16, n. 2, p. 158-166, 2018.

COSTA, F. K. I. et. al. Riscos ocupacionais em um serviço de atendimento móvel de urgência. **Journal of Research Fundamental Care.** v. 6, n. 3, p. 938-947, 2014.

COSTA, V. A. R. et al. Concepção dos profissionais de serviço de emergência sobre qualidade de vida. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 38, n. 1, p. 35-44, 2017.

FRANÇA, S. P. S.; MARTINO, F. M. M. Correlações entre o Estresse e Burnout no Cuidado de Enfermagem pré-hospitalar móvel. **Rev. Enferm. UFPE.** v. 8, n. 12, p. 4221-4229, 2014.

FREIRE, N. M.; COSTA, R. E. Qualidade de Vida dos Profissionais de Enfermagem no Ambiente de Trabalho; **Revista Enfermagem Contemporânea.** v. 5, n. 1, p. 151-158, 2016.

LEITE, H. D. C. S. et al. Risco Ocupacional entre Profissionais de Saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência- SAMU. **Enferm. Foco.** v. 7, p. 31, 35, 2016.

LUCHTEMBERG, M. N.; PIRES, D. E. P. Enfermeiros do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: Perfil e Atividades Desenvolvidas. **Rev Bras Enferm.** v. 69, n. 2, p. 194-201, 2016.

MARTINEZ, C. M.; LATORRE, O. D. R. M.; FISCHER, M. F. Estressores afetando a capacidade para o trabalho em diferentes grupos etários na enfermagem: seguimento de 2 anos, **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 5, p.1589-1600, 2017.

O'DWYER, G. et. al. O processo de implantação do serviço de atendimento móvel de urgência no brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais. **Caderno Saúde Pública.** v. 33, n.7, 2017.

PAI, D. D. et al. Equipes e condições de trabalho nos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel: revisão integrativa. **Rev. Eletr. Enf.** v. 17, n. 4, 2015.

SANTOS, L. N. et al. Avaliação da Qualidade de Vida no Trabalho de Enfermeiras de Hospitais Gerais. **Rev enferm UERJ.** v. 25, e18286, 2017.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Integrative review: what is it? How to do it? **einstein.** v.8, n.1, p.102-116, 2010.

TAVARES, Y. T. et. al. o cotidiano dos enfermeiros que atuam no serviço de atendimento móvel de urgência. **Rev. de Enfermagem Centro Oeste Mineiro.** n. 7, e1466, 2017.

TIBÃES B. B. H et al. Construção Histórica de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: da Concepção à Regionalização; **Rev. Enferm. UFPE online.** v.11, n. 9, p. 3596-606, 2017.

TIBÃES, et al. Perfil de Atendimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Norte de Minas Gerais. **Rev.: fundam. Care. Online,** v. 10, n.3, p.675-682, 2018.

ZAVALA, Q. O. M.; KLINJ, P. T.; CAMILO, S. L. K. Qualidade de vida no trabalho Pessoal de enfermagem de instituições públicas de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v. 24, n. 2713, 2016.

AVALIAÇÃO DO GRAU DE SATISFAÇÃO DO DOENTE SUBMETIDO A CIRURGIA CARDÍACA: A INFLUÊNCIA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Data de aceite: 01/08/2021

Data de submissão: 26/06/2021

Ana Maria Aguiar Frias

Comprehensive Health Research Centre (CHRC) e Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem, Departamento de Enfermagem. Évora, Portugal
<http://orcid.org/0000-0002a-9038-8576>

Nuno Miguel de Paiva Frias

Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Hospital Santa Cruz, Bloco Operatório. Lisboa, Portugal
<https://orcid.org/0000-0003-1175-0360>

Cristina Alexandra Vieira Caramelo Frias

Instituto Português de Oncologia, Lisboa, Portugal
<https://orcid.org/0000-0003-0128-8045>

André Miguel Paiva Frias

Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa, Departamento de Osteopatia, Lisboa, Portugal
<https://orcid.org/0000-0003-2163-7505>

RESUMO: O doente deve ser parte integrante e ativa na avaliação dos cuidados de saúde. A visão diferenciada de quem recebe o cuidado pode ser decisiva aquando da implementação de medidas de recrudescimento de qualidade de um serviço ou cuidado. O bem-estar emocional e físico é decisivo na recuperação do doente e na sua perceção de satisfação das necessidades. A satisfação dos doentes é um indicador importante da qualidade dos cuidados de saúde. A

abordagem sobre as determinantes da satisfação em Enfermagem tem por base a análise de alguns teóricos. O objetivo desta pesquisa foi descrever e avaliar os aspetos relacionados com a satisfação do doente, em relação aos cuidados de enfermagem, realizada, neste estudo uma abordagem quantitativa, transversal e exploratória dos dados obtidos. Este estudo teve por método a utilização de um questionário sobre a frequência e qualidade dos cuidados de Enfermagem, efetuado a 79 doentes num serviço de cirurgia cardíaca. Obtivemos os seguintes resultados: A Satisfação Global obteve uma média estatística de 92 % de grau de satisfação. Por outro lado, a resposta em que a satisfação é “nunca” atendida ou “insatisfeito” obteve uma média estatística de 2% de grau de insatisfação. Em termos de conclusão, verificou-se que, globalmente, o grau de satisfação das necessidades do doente nos cuidados de Enfermagem é muito elevado. Deduz-se então, que o Enfermeiro cumpre amplamente a satisfação das necessidades do doente. A investigação sobre a satisfação do doente é recente e existem poucos estudos sobre o tema, espera-se que com a realização deste estudo se possa contribuir para entender o que o doente sente relativamente aos cuidados prestados. Sem esse entendimento, os cuidados de Enfermagem podem perder o seu sentido primordial.

PALAVRAS - CHAVE: Cuidados de Enfermagem; Satisfação do doente; Cirurgia cardíaca; Qualidade dos cuidados.

DEGREE OF SATISFATION CONCERNING THE NURSING CARE OF THE PATIENT SUBMITTED TO CARDIAC SURGERY

ABSTRACT: The patient must be an active part of the evaluation of the health care. The differentiated view of who receives care can be decisive when implementing measures to increase the quality of a service or care. Emotional and physical well-being is decisive in the patient's recovery and in their perception of satisfaction of needs. Patient satisfaction is an important indicator of the quality of healthcare. The approach to the determinants of satisfaction in nursing is based on the analysis of some theorists. The aim of this research was to describe and evaluate aspects related to patient satisfaction in relation to nursing care, in this study, a quantitative, transversal and exploratory approach to the data obtained was carried out. The method was the use of a questionnaire on the frequency and quality of nursing care, carried out with 79 patients in a cardiac surgery service. In conclusion, it is globally acknowledgeable that the degree of satisfaction concerning the patient needs in nursing care is very high. The global satisfaction obtained a statistical average of 92% of degree of satisfaction. On the other hand, the answer in which satisfaction is "never" met or "dissatisfied" obtained a statistical average of 2% of level/degree of dissatisfaction. Thus, it is acknowledgeable that the nurse broadly meets the satisfaction of the patient need. Research on patient satisfaction is recent and there are few studies on the subject, hope we can contribute to understand what is the patients feelings about nursing care. Without that the nursing care can lose their primordial meaning.

KEYWORDS: Nursing care; Patient satisfaction; Heart surgery; Care quality.

1 | INTRODUÇÃO

O entendimento sobre a satisfação dos cuidados de saúde, exige uma elaboração prévia sobre o próprio conceito de saúde. É, necessariamente, um conceito lato, enformado na pluridisciplinaridade da sua definição e na riquíssima dinâmica desta área científica. "A saúde é um domínio complexo de elevada incerteza, dependente de fenómenos biológicos, comportamentais, socioeconómicos e ambientais, que beneficia de grande inovação e rápida evolução do conhecimento e das práticas, que exige políticas consistentes e persistentes" (DGS, 2015, pg. 14). Esta visão não centra a necessidade do cuidado na componente física, mas sobretudo, valoriza o bem-estar e o equilíbrio emocional da pessoa. Os cuidados de saúde exigem, a todo o tempo, a presença desta noção biunívoca. De resto, o bem-estar do lado físico é indissociável do bem-estar emocional. Os cuidados de saúde provêm, na mesma medida, o equilíbrio do corpo e da mente. Esta comunhão é tão plenamente alcançada quanto mais efetiva e eficaz for a preparação das unidades de saúde.

A satisfação dos doentes é um indicador importante da qualidade dos cuidados de saúde. As instituições devem manter níveis elevados de satisfação de forma a manterem a competitividade no mercado de saúde. Os Enfermeiros desempenham um papel decisivo, no âmbito das suas competências, na satisfação dos doentes pois são estes profissionais

que os acompanham durante todo o internamento. Segundo indicações do Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020 (DGS, 2015), as instituições, a nível organizacional devem monitorizar a satisfação dos cidadãos, demonstrando-se mais uma vez a importância deste tema e o estudo do mesmo. Quando se pretende melhorar o cuidado prestado e corrigir os equívocos, não pode ser negligenciável a visão do doente. A sua avaliação sobre os aspetos positivos ou negativos de um cuidado de saúde, são um contributo inestimável para o crescimento qualitativo destes cuidados (REGO, 2011).

A opinião do doente não pode ser descurada, e a realização de estudos de avaliação, periódico, da satisfação dos utentes é fundamental para melhorar as práticas (PEDRO; FERREIRA; MENDES, 2010). Os cuidados de Enfermagem são considerados um aspeto importante na satisfação dos doentes (BEAR; WAGNER, 2008; FERREIRA *et al.*, 2003).

“A satisfação dos doentes é um *outcome* crítico por diversas razões: influencia o futuro da utilização dos serviços de saúde e a continuidade dos cuidados (doentes insatisfeitos podem recusar cuidados de follow-up); pode influenciar a adesão do doente ao tratamento (doentes insatisfeitos em terapêutica anti-coagulante podem recusar as recomendações terapêuticas dos enfermeiros); a utilização apropriada dos serviços de saúde e seguir as recomendações e prescrições dos tratamentos pode influenciar a saúde dos pacientes e a gravidade da sua doença” (PALESE *et al.*, 2011, p. 343).

A satisfação traduz, deste modo, um complexo fenómeno psicossocial caracterizado pelas expectativas dos doentes; o produto dos cuidados de saúde; as experiências no sistema de saúde e as maiores ou menores expectativas do doente relativamente à sua cura ou recuperação. A evolução das sociedades, também influenciada pela globalização, teve naturalmente implicações ao nível dos cuidados, com doentes cada vez mais informados e exigentes, e com a própria organização dos serviços de saúde mais orientados para a satisfação dos doentes.

O Objetivo do presente estudo foi descrever e avaliar os aspetos relacionados com a satisfação do doente, em relação aos cuidados de enfermagem.

2 | METODOLOGIA

2.1 Aspetos éticos

Neste estudo a cada participante, foi assegurado a confidencialidade dos dados e foi dado o respetivo consentimento informado para a sua participação no estudo. Foram respeitadas todas as exigências éticas de acordo com a declaração de Helsínquia e Convenção de Oviedo.

2.2 Desenho, local do estudo e período

O estudo realizado é de carácter exploratório, quantitativo e transversal, uma vez que pretendem descrever e avaliar os aspetos relacionados com a satisfação do doente,

em relação aos cuidados de enfermagem, sem que em momento algum do estudo tenha existido manipulação das variáveis ou dos dados, obtidos num único momento do tempo (FORTIN, 2009). Neste estudo optou-se pela aplicação de um questionário ao doente.

2.3 População, Amostra, critérios de inclusão e exclusão

A população delineada para o presente estudo é constituída por doentes de um Hospital da área da Grande Lisboa de um serviço de cirurgia cardiotorácica. Foram selecionados os seguintes critérios de inclusão: Doente internado, submetido a uma cirurgia cardíaca (valvular, bypass coronário ou artéria aorta); Ter uma idade superior a 18 anos; Saber ler e escrever; Que esteja no uso pleno das suas faculdades mentais e cognitivas; Consentimento informado aceite;

Para caracterizar os sujeitos em estudo foram consideradas as seguintes variáveis: variáveis de atributo, que são características pré-existentes dos participantes num estudo, tais como: Género; Idade; Estado civil; Profissão; variáveis dependentes. Satisfação do doente; variável independente, neste caso “os cuidados de enfermagem recebidos durante o internamento. A aplicação dos questionários realizou-se antes do doente deixar o serviço, no dia em que este teve alta clínica.

2.4 Protocolo do Estudo

A primeira parte do questionário foi composta pelas variáveis dependentes e a segunda parte do questionário pela Escala de Satisfação (RIBEIRO, 2003), tendo sido requerido um pedido de autorização ao autor que deu a devida anuência. Neste caso foi utilizado um questionário validado. Segundo Ribeiro (2003), o Formulário SUCEH21 apresenta boa fidelidade, com consistência interna com um *Alpha* de *Cronbach* de 0,82 e com boa validade de constructo, a análise das questões produziram seis fatores, ou seja, a análise factorial do SUCEH21 permitiu identificar fatores, sendo que, cada um identifica uma dimensão da satisfação dos doentes com os cuidados de Enfermagem.

Segundo Ribeiro (2003) o factor 1 – Eficácia na comunicação, “associa itens que parecem refletir o modo como os indivíduos percecionam o processo de comunicação que o Enfermeiro estabeleceu com eles; O factor 2 – Utilidade da informação, “associa itens que parecem expressar a ideia geral de que mais importante do que o conteúdo da informação que se transmite, e o modo como o indivíduo a rentabiliza”. O factor 3 – Qualidade no atendimento, “associa itens que parecem refletir a ideia geral de que o utente se encontra satisfeito pelo facto de sentir que o Enfermeiro desenvolver todo um trabalho centrado nas necessidades e características naquela pessoa, face às circunstâncias de contexto e situação clínica”. O factor 4 – Prontidão da Assistência, “associa itens que parecem refletir a ideia geral de relação entre a disponibilidade e a capacidade de resposta às situações, ou seja, o facto dos Enfermeiros se mostrarem disponíveis quando o doente necessita de apoio e de resposta, em tempo útil”. O factor 5 – Manutenção do ambiente terapêutico,

“associa itens que parecem refletir a ideia de que os indivíduos se encontravam satisfeitos com a atitude do Enfermeiro no processo de relação e de comunicação que se estabelece na unidade de internamento”. O factor 6 – Promoção da continuidade dos cuidados, “associa itens que parecem expressar a ideia da preocupação do envolvimento da família ou pessoas mais próximas do doente para que compreendam e colaborem com os serviços e com o doente no processo dos cuidados”.

2.5 Análise dos resultados e estatística

Na análise quantitativa foi utilizado o método de análise estatística através de um programa informático SPSS 24 (*Statiscal Package for the Social Sciences*). Analisaram-se as características sociodemográficas (o género, idade, estado civil e grupo profissional) e as variáveis dependentes, que correspondem às respostas do questionário fornecido.

3 I RESULTADOS

Relativamente aos dados sociodemográficos, 59 doentes (74,7%) são do género masculino e 20 doentes (25,3%) são do género feminino. Os grupos com maior frequência são entre os 59 e 78 anos. Relativamente ao estado civil, 6 doentes (7,6%) são solteiros, 58 doentes (73,4%) são casados, 6 doentes (7,6%) divorciados e 9 doentes (11,4%) viúvos. Relativamente à profissão, 44 (55,7%), são reformados e 35 (44,3%) são trabalhadores ativos, não existindo nenhum desempregado.

De forma a analisar o nível de satisfação dos doentes com maior objetividade e maior facilidade, quer na leitura como na interpretação dos dados procedeu-se a transformação das variáveis que avaliam a satisfação, de valores inteiros para valores percentuais, (seguindo o exemplo de outros autores, como RIBEIRO, 2003). Utilizou-se o comando “Compute” no SPSS, dividindo o valor obtido para cada caso pelo máximo de pontos possíveis no conjunto dos itens que compõem cada dimensão, multiplicando por cem. (ex. Factor 1 transformado ((pergunta n.º 6 + pergunta n.º 7 + pergunta n.º 20) /9) x 100.) O Factor 3 – Qualidade no atendimento foi o que teve a média mais elevada (97,7%), com o Factor 1 – Eficácia na comunicação (95,8%) e o Factor 4 – Prontidão na assistência (95,1%) com valores também elevados. Com valor menos elevado encontra-se o factor 5 – Promoção da continuidade dos cuidados (79,5%). Em termos de Satisfação global (92%) o estudo apresenta resultados bastante satisfatórios.

3.1 Correlação entre Variáveis

Foi ainda realizado neste estudo a correlação entre as variáveis dependentes e as independentes, foi avaliada a magnitude e a direção da associação entre duas variáveis (MARÔCO; BISPO,2005). Neste estudo foi utilizado a correlação de *Spearman*. Para os níveis de significância (*Sig.*) os valores inferiores a 0,05 são estatisticamente significativos

e os valores inferiores a 0,01 são estatisticamente muito significativos. Segundo Marôco (2011), relativamente à correlação de *Spearman*, para valores compreendidos: 1) entre 0 e 0,25 são de correlação fraca; 2) entre 0,25 e 0,5 são de correlação moderada; 3) entre 0,5 e 0,75 são de correlação forte; 4) mais de 0,75 são de correlação muito forte. O coeficiente de correlação de *Spearman* pode tomar valores entre -1 e 1. Se $rs = 1$ as variáveis possuem uma associação direta perfeita, esse $rs = -1$ as variáveis apresentam uma associação inversa perfeita. Se $rs = 0$ as variáveis não estão associadas (MARÔCO; BISPO, 2005).

Relativamente à correlação de *Spearman* entre as variáveis Género e o factor 4 - Prontidão da assistência, é estatisticamente significativo (0,031), com uma correlação positiva fraca (0,243), ou seja, o género feminino é ligeiramente mais satisfeito relativamente à prontidão da assistência.

Na pergunta n.º 3 – Relativamente à informação, os Enfermeiros preocupavam-se em envolver os seus familiares ou as pessoas mais próximas (explicando a sua situação e como o podiam ajudar quando necessitava)?, verifica-se que o grupo “Divorciado” é estatisticamente significativo (0,021), sendo a correlação de força moderada e negativa (-0,260), ou seja, o doente divorciado tem tendência para ser menos satisfeito relativamente à forma como os Enfermeiros se preocuparam em envolver os seus familiares.

	Solteiro	Casado	Divorciado	Viúvo
Correlação de Spearman	0,022	0,158	-0,260	-0,22
Sig. (2-tailed)	0,815	0,168	0,021	0,849

Tabela 1 - Correlação de *Spearman* entre o Estado Civil e Pergunta n.º 3

Como se pode observar na tabela 2, o grupo “Casado” é estatisticamente muito significativo (0,009), sendo a correlação de força moderada (0,292), ou seja, o grupo “casado” está mais satisfeito relativamente à forma como os Enfermeiros se preocupavam em transmitir-lhe informação sobre os serviços de saúde disponíveis. Por outro lado, o grupo “Solteiro” é estatisticamente significativo (0,051), sendo a correlação de força fraca e negativa (-0,220), ou seja, o grupo “Solteiro” é menos satisfeito relativamente à pergunta n.º 5.

	Solteiro	Casado	Divorciado	Viúvo
Correlação de Spearman	-0,220	0,292	-0,121	-0,122
Sig. (2-tailed)	0,051	0,009	0,289	0,285

Tabela 2 - Correlação de *Spearman* entre o Estado Civil e a Pergunta n.º 3

O grupo de “Reformado” e o grupo “Trabalhador Activo” têm um nível estatisticamente significativo igual (0,028) e uma correlação fraca positiva (0,247). Não existe diferença entre o Grupo “Reformado” e o Grupo “Trabalhador Activo”, salientando que ambos os grupos têm tendência para estarem satisfeitos com o facto dos enfermeiros procurarem saber se estes compreenderam bem a informação fornecida.

Relativamente à pergunta n.º 16 - Acha que os enfermeiros demonstravam ter paciência no atendimento aos utentes?, pode verificar-se que o grupo “Solteiro” e o grupo “Casado” são estatisticamente significativo. No caso do grupo “Solteiro” existe uma correlação moderada e negativa (-0,279) podendo significar que o grupo de solteiro achou que os Enfermeiros demonstravam ter menos paciência, por outro lado, o grupo “Casado” tem uma correlação positiva moderada (0,260). Pode-se concluir que os grupo “Solteiro” acha que os Enfermeiros têm menos paciência no atendimento, do que o grupo “Casado”.

	Solteiro	Casado	Divorciado	Viúvo
Correlação de <i>Spearman</i>	-0,279	0,260	-0,098	-0,048
Sig. (2-tailed)	0,013	0,021	0,389	0,677

Tabela 3 - Correlação de *Spearman* entre o estado civil e a pergunta n.º 16

Relativamente à pergunta n.º 21 - Relativamente à forma como foi atendido pelos Enfermeiros no Hospital?, verifica-se que o grupo “Solteiro” é estatisticamente significativo (0,022). A correlação é moderada e negativa, (-0,258), podendo significar que o grupo “Solteiro” tem tendência para ser menos satisfeitos relativamente a forma como são atendidos pelos Enfermeiros no Hospital.

	Solteiro	Casado	Divorciado	Viúvo
Correlação de <i>Spearman</i>	-0,258	0,085	0,046	0,058
Sig. (2-tailed)	0,022	0,454	0,686	0,613

Tabela 4 - Correlação de *Spearman* entre o estado civil e a pergunta n.º 21

Como se pode observar na tabela 5 verifica-se que o grupo “Solteiro” é estatisticamente significativo (0,021). A correlação entre o grupo “Solteiro” e a pergunta n.º22 é moderada e negativa (-0,259), podendo significar que o grupo “Solteiro” tem tendência para ser menos satisfeito relativamente ao tempo que os Enfermeiros demoram a dar resposta às suas solicitações. A idade é estatisticamente significativa (0,021), com uma correlação moderada positiva (0,258), ou seja, quanto maior a idade do doente, mais satisfeito está relativamente

ao tempo que os Enfermeiros demoraram a dar resposta às solicitações.

	Solteiro	Casado	Divorciado	Viúvo	Idade
Correlação de <i>Spearman</i>	-0,259	0,042	-0,002	0,159	0,258
Sig. (2-tailed)	0,021	0,713	0,989	0,161	0,021

Tabela 5 - Correlação de *Spearman* entre o estado civil/idade com a pergunta n.º 22

4 | DISCUSSÃO

O questionário utilizado foi dividido em duas partes considerando a tipologia de resposta. Uma primeira parte, correspondente da pergunta n.º 1 até à pergunta n.º 19, formulada com possibilidade de resposta que incide sobre a frequência de satisfação com as opções: “não se aplica/sem opinião”; “nunca”; “às vezes”; “sempre”. Uma segunda parte, correspondente da pergunta n.º 20 até à pergunta n.º 25, formulada com a possibilidade de resposta que incide sobre o grau de satisfação com as opções: “não se aplica/sem opinião”; “insatisfeito”; “nem satisfeito/nem insatisfeito”; “satisfeito”.

Na primeira parte do questionário, relativamente a satisfação das suas necessidades, existiu uma oscilação maior, sendo o valor mais elevado 97,5 % relativamente ao facto dos Enfermeiros se demonstrarem profissionais actualizados e bem informados e os 51,9% relativo à pergunta n.º 4 “Os Enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informações sobre os serviços que têm à sua disposição (ex: Lares, Serviços Sociais)”.

Dos valores mais elevados destacam-se a pergunta n.º 14: “Sentiu que os Enfermeiros atendiam-no com simpatia” em que 4 doentes (5,1%) responderam “às vezes” e 75 doentes (94,9%) responderam “sempre”.

A pergunta n.º 16 “Acha que os Enfermeiros demonstravam ter paciência no atendimento aos utentes?” em que 6 doentes (7,6%) responderam “às vezes” e 73 doentes (92,4%) responderam “sempre”.

Dos valores menos elevados destacam-se a pergunta n.º 4 “Os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre os serviços que tem à sua disposição (ex. Lares, serviços sociais ...)?”; a pergunta n.º 5, “Os Enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre a forma como pode utilizar os serviços de saúde disponíveis (como e quando os deve utilizar)” e a pergunta n.º 8, “Os Enfermeiros preocupavam-se em dar-lhe informação escrita sobre os assuntos que informavam ou explicavam (panfletos, livros ou mesmo escrever em papel coisas que são importantes para si)?”.

Analisando a pergunta n.º 5, 11 doentes (13,9%) responderam “não se aplica/sem opinião”, 4 doentes (5,1%) responderam “nunca”, 11 doentes (13,9%) responderam “às vezes” e 53 doentes (67,1%) responderam “sempre”. Mais uma vez, nesta pergunta se

aborda o tema sobre a disponibilização de informação dos serviços disponíveis. Apesar de neste caso, não ter sido correspondido total ou parcialmente a necessidade a 15 doentes (19%), pode-se ponderar como hipótese, o fato dos Enfermeiros não considerarem especialmente prioritário o tema. O período em que o doente está internado é de extrema importância, no entanto, os cuidados pós alta, e os serviços de saúde aonde pode dirigir-se, em caso de necessidade, são também de absoluta relevância, evitando muitas vezes re-internamentos e complicações.

Analisando a perguntas n.º 8, 11 doentes (13,9%) responderam “não se aplica/sem opinião”, 7 doentes (8,9%) responderam “nunca”, 15 doentes (19%) “às vezes” e 46 doentes (58,2%) “sempre”. Neste serviço existe um protocolo em que se fornece um guia de orientação relativamente à alta ao 4.º dia pós-operatório e a entrega de um panfleto no pré-operatório. Só analisando e verificando do cumprimento do protocolo se conclui sobre a bondade das respostas. A informação escrita tem a vantagem de poder estar sempre disponível; ser graficamente mais esclarecedor; ser um suporte de segurança física e até emocional para o doente.

Em relação à segunda parte do questionário, o grau de satisfação dos doentes inquiridos varia entre os 97,5% relativamente a forma como foi atendido pelo Enfermeiro e os 83,5% quanto ao tempo que os Enfermeiros demoraram a dar resposta aos seus pedidos.

Como já referido anteriormente a pergunta n.º 22 “Relativamente ao tempo que os Enfermeiros demoraram a dar resposta às suas solicitações/pedidos”, 13 doentes (16,5%) responderam “nem satisfeito/nem insatisfeito” e 66 doentes (83,5%) responderam “satisfeito”. Analisando esta pergunta e as respetivas respostas, considera-se 83,5% um grau de satisfação elevado devido ao local de aplicação do estudo, à especificidade desta patologia e ao rácio Enfermeiro-doente ser elevado.

Relativamente às perguntas com índices de satisfação mais elevadas, destacam-se a pergunta n.º 21 “Relativamente à forma como foi atendido pelos Enfermeiros no Hospital”, 2 doentes (2,5%) responderam “nem satisfeito/nem insatisfeito” e 77 doentes (97,5%) responderam “satisfeito”; e a pergunta n.º 25 “Relativamente aos conhecimentos que os Enfermeiros tinham sobre os cuidados que necessitou”, 3 doentes (3,8%) responderam “nem satisfeito/nem insatisfeito” e 76 doentes (96,2%) responderam “satisfeito”, facto que vai de encontro no estudo de Vaz (2008). De uma forma global, pode-se concluir que os doentes estão satisfeitos com os cuidados prestados no serviço da realização do estudo. Comparativamente com o estudo de Ribeiro (2003), verifica-se que a média dos fatores são muito semelhantes.

O Factor 3 – Qualidade no atendimento foi o que teve a média mais elevada (97,7%), com o Factor 1 – Eficácia na comunicação (95,8%), o Factor 4 – Prontidão na assistência (95,1%) e o Factor 5 – Promoção do ambiente terapêutico (96,4%) com valores também elevados. Verifica-se assim que o doente se encontra satisfeito pelo facto de sentir que o

Enfermeiro está centrado nas suas necessidades e características, face às circunstâncias de contexto e situação clínica

Com valor menos elevado encontra-se o factor 6 – Promoção da continuidade dos cuidados, (79,5%) e o factor 2 – Utilidade da Informação (87,9%), associando-se que é necessário o Enfermeiro envolver a família ou pessoas mais próximas nos cuidados, de forma a que após a alta haja melhor continuidade dos cuidados. Outro ponto a melhorar, prende-se com a informação fornecida ao doente e a forma como este a utiliza, tal facto também se verifica no estudo de Melgo (2015).

Relativamente às correlações efectuadas, pode-se afirmar que em termos gerais os resultados são escassos e com tendências ligeiras/moderadas, não podendo afirmar-se a fidelidade de 100% deste estudo. Segundo Marôco e Bispo (2005), podemos verificar qual o grau de associação das variáveis, mas não a causa-efeito das mesmas. Em termos gerais, podemos verificar que o género feminino é mais satisfeito que o género masculino neste estudo, tal facto também foi verificado no estudo de AlhusbanL e Abualrub (2009).

Verificamos que não há variância estatística entre o grupo “Reformado” e “Trabalhador activo” relativamente a satisfação dos mesmos. A correlação entre a idade e a pergunta n.º 22 – “Relativamente ao tempo que os Enfermeiros demoraram a dar resposta às suas solicitações/pedidos?” é estatisticamente significativa (0,021), com uma correlação moderada positiva (0,258), ou seja, quanto maior a idade do doente, mais satisfeito está relativamente ao tempo que os Enfermeiros demoraram a dar resposta às solicitações, tal facto também se verifica no estudo de Chan e Chau (2005). Em termos gerais, verifica-se que o grupo “Solteiro” e o grupo “Divorciado” são ligeiramente menos satisfeitos que o grupo “Casado”.

Em termos de conclusão geral, verifica-se que, globalmente, o grau de satisfação das necessidades do doente nos cuidados de Enfermagem é muito elevado. A resposta em que a satisfação é “sempre” atendida ou “satisfeito”, obteve uma média estatística de 92 % de grau de satisfação. Por outro lado, a resposta em que a satisfação é “nunca” atendida ou “insatisfeito” obteve uma média estatística de 2% de grau de insatisfação.

O presente estudo teve determinadas limitações, salientando-se o número de participantes do estudo (setenta e nove doentes), que no contexto do tempo de recolha de dados (dois meses) e no serviço em questão ser um número aceitável, mas para a avaliação da satisfação e de análise ser ligeiramente limitativo. O facto de o grupo em estudo ser heterogéneo (74,7% do género masculino e 73,4% casados) também poderá levar a interpretações incertas.

5 | CONCLUSÃO

O tema que foi objecto de apreciação neste trabalho sempre suscitou nos investigadores supletivo interesse por considerarem muito importante o “sentir” do doente.

Acredita-se que a opinião deste é uma mais-valia para o Enfermeiro, mais entende-se que não valorizar a opinião do doente diminui a capacidade de acção do profissional de saúde tornando o seu trabalho incompleto. Antes de tomar uma decisão, o Enfermeiro tem de acautelar todas as variáveis. Se os sinais são cientificamente assinaláveis, por via da aplicação da prática e da análise, já os sintomas decorrem, em grande medida, da informação prestada pelo doente. Sendo essa informação prestimosa, ela valida atitudes terapêuticas. Imaginemos o caso de um doente que sofre alteração do seu estado clínico, comprometendo o seu bem-estar emocional e físico, como é o exemplo da dor. A informação prestada pelo doente ao Enfermeiro pode ser decisiva para uma mudança de tratamento, uma vez que no caso dos sintomas da dor, será mais facilmente objecto de cuidado depois de conhecidos pelo Profissional de saúde.

A satisfação é um conceito de difícil avaliação pelo seu grau de complexidade e de subjectividade. Cada doente tem características próprias, experiências prévias e expectativas que influencia o grau de satisfação independentemente da qualidade do cuidado prestado. O doente desempenha, também, um papel relevante no grau de satisfação da qualidade dos cuidados. Quanto maior for a qualidade dos cuidados e a supressão das necessidades do doente, maior será a satisfação do doente.

Em certa medida, o doente tem até um nível de responsabilidade, nessa satisfação, que lhe é exclusivamente imputável. A natureza da sua personalidade pode influenciar a sua percepção da satisfação de uma necessidade. Existe uma honestidade moral e intelectual na informação prestada que deverá ser apenas atribuída ao doente. Devidamente contextualizada, o doente não pode eximir-se da responsabilidade quando informa o Profissional de saúde sobre determinada sintomatologia. No entanto, a utilidade da informação dada pelo doente ao Enfermeiros, terá de ser avaliada do ponto de vista científico. Os parâmetros de análise e avaliação do Profissional de saúde, são forçosamente, muito díspares daqueles que o doente utiliza para avaliação das suas necessidades. Nessa medida, o Enfermeiro, terá sempre de, cuidadosamente, equacionar todos os elementos de informação de que dispõe. A decisão que toma é da sua exclusiva responsabilidade porque a tomou no restrito âmbito das suas competências, e nunca deve, desse modo, alijar responsabilidade pelos cuidados de Enfermagem que pratica. Se é certo que o Enfermeiro tem exclusiva responsabilidade pelo cuidado prestado, porque é da sua inteira competência, não é menos verdade que deverá estar também respaldado por uma reserva moral que lhe cabe em absoluto. O Enfermeiro não controla o mérito moral e intelectual de uma informação prestada pelo doente. Depois do cuidado prestado, e da sua eficácia comprovada, o grau de satisfação do cuidado prestado será naturalmente elevado na perspectiva do profissional de saúde, ainda que, subjectivamente, o doente possa ter uma percepção diferente. Em todo o caso, o mérito e a eficácia do cuidado são inatacáveis tal como a satisfação do cuidado prestado do ponto de vista do Enfermeiro. Assim, a veracidade e até a credibilidade dos testemunhos sobre o grau de satisfação das

necessidades do doente serão tão consistentes quanto a comunhão e até cumplicidade criadas na relação Enfermeiro-doente. De entre os resultados apresentados destaca-se que o grau de satisfação no local onde foi realizado o estudo é muito elevado (92%). Relativamente à correlação das variáveis, verifica-se que o género feminino é mais satisfeito que o género masculino. Verifica-se que não há variância estatística entre o grupo “Reformado” e o grupo “Trabalhador activo” relativamente à satisfação dos mesmos. Em termos gerais, verifica-se que o grupo “Solteiro” e o grupo “Divorciado” são ligeiramente menos satisfeitos que o grupo “Casado”.

Da observação, retira-se ensinamentos inestimáveis, salvaguardando sempre a qualidade do ser humano para crescer e aprender. O doente privilegia sempre o bem-estar emocional e físico numa dimensão íntima e pessoal e não numa avaliação de competência científica, ainda que em absoluto acredita-se que as duas são indissociáveis.

REFERÊNCIAS

ALHUSBAN, M.; ABUALRUB, R. Patient satisfaction with nursing care in Jordan; **Journal of Nursing Management** ; 2009

BEAR, M.; WAGNER D. Patient satisfaction with nursing care: a concept analysis within a nursing framework; **Journal of Advanced Nursing** ; 2008

CHAN, J.; CHAU, J. Patient satisfaction with triage nursing care in Hong Kong –**Journal of Advance Nursing** 2005

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE. **Plano nacional de saúde revisão e extensão 2020**. Lisboa. Portugal, 2015 Disponível em: <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf>.pdf Acedido a 05/05/2021

FERREIRA, P.L. *et al.* A voz dos utentes nos Centros de Saúde. **Revista Qual Saúde**. p. 23-26. 2003

FORTIN, M. **Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação**. Loures: Lusociência. 2009

HONORÉ, B. **A Saúde em Projecto**. Loures. Lusociência. 1996

MARÔCO, J. **Análise Estatística com o SPSS Statistics**. Pero Pinheiro 5ed. 2011

MARÔCO, J.; BISPO, R. **Estatística aplicada às ciências sociais e humana**. Lisboa 2.ed. Climepsi Editores. 2005

MELGO, A. **Satisfação do doente cirúrgico face aos cuidados de enfermagem na ULSNE- Unidade de Bragança**. Viseu. 2015. Dissertação apresentada à Escola Superior de Saúde de Viseu. Acedido em 05/08/2020. Disponível em : <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/3025/1/MELGO%20AdeliaLurdesRodriguesSendasDM.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. 2001

PALESE *et al.* Surgical Patient Satisfaction as an Outcome of Nurses' Caring Behaviors: A Descriptive and Correlational Study in Six European Countries. **Journal of Nursing Scholarship**; p. 341-350. 2011

PEDRO, S.; FERREIRA, P.; MENDES, J. Aplicação de métodos estatísticos na avaliação da satisfação dos utentes com o internamento hospitalar – **Encontros Científicos 2010**

REGO, G. **Gestão empresarial dos serviços públicos. Uma aplicação ao sector da saúde.** Vida económica. Porto. 2011

RIBEIRO, A. **Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem. Construção e validação de um instrumento de medida.** Porto. 2003. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem S. João do Porto, para concurso de Provas Públicas para Professor Coordenador na área científica de ciências de enfermagem.

VAZ, C. **Satisfação dos doentes idosos face aos cuidados de enfermagem no serviço de urgência.** Lisboa. 2008. Dissertação de mestrado em Comunicação em Saúde apresentada na Universidade Aberta. Acedido em 10/07/2020. Disponível em : <https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/702>

CAPÍTULO 12

COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL NO CENTRO CIRÚRGICO: CONTRIBUIÇÃO PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE

Data de aceite: 01/08/2021

Data de submissão: 06/05/2021

Ariane Leite Pereira

Centro Universitário do Vale do Ipojuca –
Unifavip Wyden
Caruaru- Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/9028892814137800>

Nayara Kelly Felix Ferreira

Centro Universitário do Vale do Ipojuca –
Unifavip Wyden
Caruaru- Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/1999336405418556>

Jaqueline Maria da Silva

Centro Universitário do Vale do Ipojuca –
Unifavip Wyden
Caruaru- Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/1480264847520971>

Edna Andrade dos Santos

Centro Universitário do Vale do Ipojuca –
Unifavip Wyden
Caruaru- Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/4002145401696103>

Samyris Palloma da Silva Domingos

Centro Universitário do Vale do Ipojuca –
Unifavip Wyden
Caruaru- Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/2337102016107973>

Marina Cordeiro da Silva

Centro Universitário do Vale do Ipojuca –
Unifavip Wyden
Caruaru- Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/8858354780316222>

Etiene de Lima Godoy

Centro Universitário do Vale do Ipojuca –
Unifavip Wyden
Caruaru- Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/6431136739347203>

Juliana Ismênia Barbosa de Freitas

Centro Universitário do Vale do Ipojuca –
Unifavip Wyden
Caruaru- Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/6274193433208114>

Naiana dos Anjos Santos

Centro Universitário do Vale do Ipojuca –
Unifavip Wyden
Caruaru- Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/1434462801639467>

Paloma Micaely da Silva

Centro Universitário do Vale do Ipojuca –
Unifavip Wyden
Caruaru- Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/9812195295057997>

RESUMO: O destaque do Centro Cirúrgico (CC) no ambiente hospitalar deve-se a diversos fatores como a sua estrutura física, disposição de tecnologias e a integração entre equipe multiprofissional atuante com o objetivo de promover a melhor assistência cirúrgica aos pacientes. **Objetivo:** Descrever a experiência vivenciada por discentes quanto à observação da comunicação ineficaz no Centro Cirúrgico entre os profissionais, pacientes e os setores interligados durante o estágio supervisionado em Enfermagem no âmbito hospitalar. **Método:** Estudo descritivo, tipo relato de experiência,

vivenciado pelos discentes de enfermagem durante a assistência aos pacientes admitidos no Centro Cirúrgico no período de agosto a novembro de 2019. Para o alcance de tais interesses recorrer-se-á metodologicamente a artigos publicados nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência da Saúde* (LILACS) no período de 2013 a 2019. **Considerações finais:** O estudo proporcionou uma reflexão crítica sobre a importância da comunicação dentro do ambiente hospitalar e a necessidade do envolvimento dos profissionais de saúde.

PALAVRAS - CHAVE: Centro cirúrgico. Comunicação. Segurança do paciente.

INTERPERSONAL COMMUNICATION IN THE OPERATING ROOM: CONTRIBUTION TO PATIENT SAFETY

ABSTRACT: The prominence of the Surgical Center (CC) in the hospital environment is due to several factors such as its physical structure, provision of technologies and the integration between the multiprofessional team acting with the aim of promoting the best surgical care to patients. **Objective:** To describe the experience lived by students regarding the observation of ineffective communication in the Surgical Center between professionals, patients and interconnected sectors during the supervised internship in nursing in the hospital environment. **Method:** Descriptive study, experience report type, experienced by nursing students during the assistance to patients admitted to the Surgical Center in the period from August to November 2019. For the achievement of such interests will resort methodologically to articles published in the databases *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) and *Latin American and Caribbean Health Sciences Literature* (LILACS) period from 2013 to 2019. **Concluding remarks:** The study provided a critical reflection on the importance of communication within the hospital environment and the need for the involvement of health professionals.

KEYWORDS: Surgical center. Communication. Patient safety.

INTRODUÇÃO

O Centro Cirúrgico (CC) é um dos setores mais complexos dentro do hospital, devido a sua especificidade e a disposição de recursos tecnológicos com o objetivo de garanti maior segurança ao paciente submetido à intervenção cirúrgica e qualidade na assistência prestada pelos profissionais de saúde. A equipe de enfermagem deve trabalhar de maneira conjunta e eficaz com a aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP), a fim de garantir a segurança do paciente cirúrgico (POSSARI., 2011).

Na busca constante por minimizar os erros que provoquem danos aos pacientes, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou a “Aliança Mundial para Segurança do Paciente” em 2004, com o objetivo de conscientização para melhoria da segurança dos cuidados e no desenvolvimento de políticas e estratégias na atenção à saúde. Como desafio global o tema Cirurgias Seguras Salvam Vidas, refere-se a fundamentos e práticas que garantam segurança ao paciente cirúrgico (PANCIERI *et al.*; 2013).

Um dos desafios a ser vencido no CC é a comunicação eficaz entre equipe,

paciente e setores interligados. Fatores como o estresse, inexperiência, desatenção e má comunicação podem contribuir para a ocorrência de erros e eventos adversos (CORREGGIO *et al.*; 2014).

Segundo Guzinski *et al* (2019) as informações pertinentes acerca do paciente devem ser repassadas a todos os profissionais envolvidos no cuidado, essa deve ser clara e compreensível por todos os membros. Ressalta-se que as tecnologias de informação não substituem a comunicação verbal devido à riqueza na interação.

A comunicação é essencial para o cumprimento das ações de segurança ao paciente, esta promove uma melhor prestação de cuidado, plano terapêutico, transição do cuidado a outros profissionais de diferentes setores que realizarão de procedimentos e exames entre outros cuidados assistenciais (HEMESATH *et al.*; 2019).

A aplicação da SAEP traz um planejamento sistemático e contínuo na assistência de enfermagem, é composta pelos períodos pré- imediato, transoperatório, recuperação pós- anestésico pós-operatório imediato e pós-operatório tardio a implantação o deve ser individualizado, levantar e analisar as necessidades, preparar e esclarecer o procedimento anestésico-cirúrgico ao paciente e família. Essa comunicação entre paciente, família e equipe de enfermagem promovem um planejamento de cuidados adequados identificando as especificidades de cada paciente, promovendo promoção e recuperação da saúde (POSSARI., 2011).

O estudo teve objetivo descrever a experiência vivenciada por discentes quanto à observação da comunicação ineficaz no Centro Cirúrgico entre os profissionais, pacientes e os setores interligados durante o estágio supervisionado em Enfermagem no âmbito hospitalar.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, tipo relato de experiência, vivenciado pelos discentes de enfermagem durante a assistência aos pacientes admitidos no Centro Cirúrgico de um hospital localizado no agreste de Pernambuco, no período de agosto a novembro de 2019. A experiência a foi oportunizada no decurso da disciplina Estágio Supervisionado II, na Atenção Terciária em Saúde.

Para o alcance de tais interesses recorrer-se-á metodologicamente a artigos publicados nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência da Saúde* (LILACS) período de 2013 a 2019.

DESENVOLVIMENTO

Na experiência vivenciada durante o estágio supervisionado II, um aspecto de relevância para as acadêmicas do grupo, foi à observação da comunicação ineficaz no centro cirúrgico entre a equipe atuante, paciente e setores interligados. Fatores como

a confirmação das informações colhidas durante a visita pré-operatória, confirmação prévia se a cirurgia do paciente ia ocorrer e pouca comunicação com setores interligados prejudicavam a assistência. Na visita pré-operatória é possível identificar o nível de ansiedade do paciente, fornece orientações sobre o processo anestésico-cirúrgico, orientação sobre jejum, se possui alergia a medicamentos, condições de higiene, remoção de adornos, próteses, verificação de sinais vitais, sondas, drenos entre outras informações no prontuário que irão possibilitar um plano de cuidados para o CC (POSSARI.; 2011).

Por vezes as informações mais pertinentes do paciente na Sala de Operação (SO) não eram confirmadas com o paciente e pela ficha pré-operatória quando questionado ou verificado o prontuário por vezes foi possível observar que o paciente não tinha algum exame, a reservada de hemoderivados, materiais necessários para a cirurgia não se encontrava na SO, o que levava a atrasos ou cancelamentos de cirurgias.

Em relação à comunicação interpessoal entre equipe durante o período intraoperatório, foi observada a pouca comunicação entre os membros da equipe durante o procedimento.

Essa comunicação ineficaz entre a equipe do Centro Cirúrgico (CC) pode acarretar em falhas, aumento do número de erros, causando assim estresse na equipe e possível comprometimento do procedimento cirúrgico, pois a comunicação é considerada um dos fatores essenciais para garantia da segurança do paciente, através do compartilhamento de informações sobre o procedimento realizado (CORREGGIO; AMANTE; BARBOSA.,2014).

No que diz respeito à comunicação entre os setores interligados, foi observado por vezes à falta ou atraso de informações, a exemplo havia o encaminhamento do paciente para o CC sem que houvesse a confirmação da hora da realização da cirurgia o que acarretava em corredores de acesso ao CC lotados e pacientes expostos por longos períodos sem informação sobre a realização do seu procedimento gerando angustia e inseguranças nos mesmos e em seus familiares.

A transição do paciente temporariamente para outro setor da instituição hospitalar exige que seu cuidado seja assumido por outra equipe sendo a comunicação efetiva essencial nesse momento o que permite que haja a troca de informação correta sobre as necessidades do paciente e a realização de seu procedimento garantindo qualidade e segurança da assistência prestada (HEMESATH *et al.*;2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais do Centro Cirúrgico (CC) assumem um papel de grande importância ao presta à assistência ao paciente que necessita de intervenção cirúrgica, a esse momento é essencial à discussão entre todos os profissionais envolvidos nesse cuidado.

A equipe de enfermagem por manter um contato direto e mais frequente com o paciente desde antes da cirúrgica a comunicação com o mesmo é indispensável. O esclarecimento

de dúvidas, orientações, preparação, realização de anamnese e exame físico e o relato dos principais achados é essencial. Assim, também no período intraoperatório ofertar informações claras ao paciente promove maior tranquilidade e a equipe o cumprimento de ações de segurança ao paciente. E a comunicação entre os profissionais e setores interligados ao bloco cirúrgico promovem uma assistência de melhor qualidade e maior desempenho da equipe.

Assim, a experiência vivenciada proporcionou uma reflexão crítica referente de quanto à comunicação é fundamental dentro do ambiente hospitalar e que pra esta aconteça é necessário o envolvimento dos profissionais e o reconhecimento da sua importância tanto para a equipe quanto a assistência prestada.

REFERÊNCIAS

CORREGGIO, T. C.; AMANTE, L, N.; BARBOSA, S. F. F. Avaliação da cultura de segurança do paciente em Centro Cirúrgico. **Revista Sobecc**, [s. l.], v. 19, n. 2, p. 67-73, abr./jun. 2014.

GUZINSKI, C. et al. Boas práticas para comunicação efetiva: a experiência do round interdisciplinar em cirurgia ortopédica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, 2019.

HEMESATH, M. P. Comunicação eficaz nas transferências temporárias do cuidado de pacientes hospitalizados. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, 2019.

PANCIERI, A. P. et al. Checklist de cirurgia segura: análise da segurança e comunicação das equipes de um hospital escola. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 1, p. :71-78, mar. 2013.

POSSARI, J. F. **Centro Cirúrgico: Planejamento, Organização e gestão**. 5. ed. São Paulo: Rev. e Atual, 2011.

CAPÍTULO 13

BOAS PRÁTICAS PARA SEGURANÇA MEDICAMENTOSA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 01/08/2021

Data de submissão: 05/05/2021

Beatriz Albuquerque Machado

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro - RJ

<http://lattes.cnpq.br/1294878091202719>

<https://orcid.org/0000-0003-0009-146X>

Flavia Giron Camerini

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,

Departamento de Enfermagem Médico

Cirúrgica

Rio de Janeiro - RJ

<http://lattes.cnpq.br/9892236925588941>

<https://orcid.org/0000-0002-4330-953X>

Luana Ferreira de Almeida

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,

Departamento de Enfermagem Médico

Cirúrgica

Rio de Janeiro - RJ

<http://lattes.cnpq.br/0262666425067349>

<https://orcid.org/0000-0001-8433-4160>

Renata de Oliveira Maciel

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,

Hospital Universitário Pedro Ernesto

Rio de Janeiro - RJ

<http://lattes.cnpq.br/6973802775972488>

<https://orcid.org/0000-0002-7171-5615>

Luciana Guimarães Assad

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Departamento de Enfermagem Fundamental

Rio de Janeiro - RJ

<http://lattes.cnpq.br/8365211492474389>

<https://orcid.org/0000-0003-1134-2279>

Camilla Garcia de França Gonçalves

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro - RJ

<http://lattes.cnpq.br/7617859483510826>

<https://orcid.org/0000-0003-3441-9339>

RESUMO: Introdução: Os erros relacionados ao uso de medicamentos têm sido cada vez mais discutidos ao redor do mundo já que é um problema que não afeta somente o Brasil. Nesse sentido, é importante desenvolver atividades educativas no ambiente hospitalar, com vistas à atualização e sensibilização dos profissionais de saúde para as boas práticas relacionadas ao uso seguro de medicamentos. **Objetivo:** Descrever a experiência de uma atividade educativa para as boas práticas relacionadas ao uso seguro de medicamentos. **Método:** Relato de experiência, a partir da atividade educativa realizada em um hospital universitário do Rio de Janeiro, entre abril e julho de 2018. Utilizando literatura atual, foi elaborado um cartaz de boas práticas relacionadas à prescrição, preparo e administração de medicamentos. Posteriormente, foram organizadas cinco perguntas sobre boas práticas no uso de medicamentos, aplicadas à médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem através de um “quiz”. **Resultados:** A atividade foi realizada em 26 unidades de internação, aproximadamente 80% do total da instituição hospitalar, abrangendo 142 profissionais de saúde de unidades clínica, cirúrgica, pediátrica e intensivas. As dúvidas foram esclarecidas, através de discussão coletiva. Concomitante a isso, foi fixado o cartaz nas salas de prescrição

medicamentosa e nos postos de enfermagem das referidas unidades, com diversas práticas fundamentais na prescrição, preparo, administração e pós administração, tais como: atentar para alergias e interações medicamentosas; higienização das mãos; uso dos equipamentos de segurança individual; uso de rótulos para os medicamentos; confirmar o paciente; a via prescrita; registrar a medicação administrada. **Conclusões:** Constatou-se ótimo aproveitamento da atividade proposta, visto que houve grande participação e interação dos participantes. Observou-se que ações educativas para prevenção de erros relacionados a medicamentos, bem como a atualização frequente da equipe no ambiente de trabalho, possibilitam não só a capacitação de pessoal, mas também fomentam a cultura de segurança do paciente.

PALAVRAS - CHAVE: Segurança do Paciente. Erros de Medicação. Atividades Educativas.

GOOD PRACTICES FOR DRUG SAFETY: AN EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: Introduction: Errors related to the use of medicines have been increasingly discussed around the world since it is a problem that does not affect only Brazil. In this sense, it is important to develop educational activities in the hospital environment, with a view to updating and sensitizing health professionals to good practices related to the safe use of medicines. **Objective:** To describe the experience of an educational activity for good practices related to the safe use of medicines. **Method:** Experience report, from the educational activity carried out in a university hospital in Rio de Janeiro, between April and July 2018. Using current literature, a poster of good practices related to the prescription, preparation and administration of medications was prepared. Subsequently, five questions about good practices in the use of medications were organized, applied to doctors, nurses and nursing technicians through a “quizz”. **Results:** The activity was carried out in 26 inpatient units, approximately 80% of the total in the hospital, covering 142 health professionals from clinical, surgical, pediatric and intensive care units. The doubts that were raised were clarified through collective discussion. Concomitant to this, the poster was fixed in the prescription rooms and in the nursing posts of the referred units, with several fundamental practices in the prescription, preparation, administration and post administration, such as: paying attention to allergies and drug interactions; sanitization of hands; use of personal safety equipment; use of labels for medicines; confirm the patient; the prescribed route; register the medication administered. **Conclusions:** It was found an excellent use of the proposed activity, since there was great participation and interaction of the participants. It was observed that educational actions to prevent errors related to medications, as well as the frequent updating of the team in the work environment, allow not only the training of personnel, but also foster the culture of patient safety.

KEYWORDS: Patient Safety. Medication Errors. Educational Activities.

1 | INTRODUÇÃO

Os erros relacionados ao uso de medicamentos têm sido cada vez mais discutidos ao redor do mundo já que é um problema que não afeta somente o Brasil. Artigos revelam que os erros de medicação no Brasil estão frequentemente associados a não identificação correta do medicamento, paciente errado e diluição em volume menor do que

o recomendado. Além disso, estudos mostram que os erros relacionados a medicamentos potencialmente perigosos são altos, sendo mais de 35% e 40% (TOFFOLETTO e PADILHA, 2006; MENDES et al., 2018)

Essa problemática também é evidenciada no cenário internacional, na França, um estudo identificou, entre os 1.842 pacientes internados no período, que mais de 79% dos eventos adversos eram causados por erros relacionados a medicamentos (DUPOY et al., 2013).

Nos Estados Unidos, estima-se que cada paciente internado, está sujeito a pelo menos um erro de medicação por dia e são registrados, anualmente, cerca de 400 mil eventos adversos evitáveis relacionados a medicamentos (IOM, 2007). Todos esses eventos provocam, de forma estimada, mais de 7000 mortes por ano no país (PHILLIPS; CHRISTENFELD; GLYNN, 1998). Já no Brasil, dados revelam que acontecem, no mínimo, 8.000 mortes ao ano relacionadas a erros com medicamentos (ABREU, 2013).

Percebendo a importância e gravidade que os erros com medicamentos possuem na segurança do paciente, foi criado, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2017, o “Terceiro Desafio Global de Segurança do Paciente” com o tema “Medicação sem Danos”, “Desafio Global de Segurança do Paciente”. Esse desafio tem como objetivo reduzir pela metade os danos causados por erros com medicamentos e estimular o desenvolvimento de sistemas de saúde mais eficientes. A meta é que em cinco anos haja uma melhora significativa nas etapas de prescrição, distribuição, administração, monitoramento e utilização de medicamentos (SOARES, 2020).

Frente às taxas alarmantes de erros com medicamentos no Brasil e no mundo, faz-se necessário implementar estratégias para aumentar a segurança na terapia medicamentosa.

Entre as estratégias descritas para garantir a adesão às boas práticas das etapas do sistema de medicação, destaca-se o treinamento em serviço. O treinamento em serviço, fundamenta-se em ações educativas e baseia-se em evidências atuais relacionadas a uma busca contínua por conhecimento e competência profissional, a fim de mitigar possíveis erros (CARVALHO e PAIM, 1981).

As ações educativas, também, estão ligadas à construção do saber, uma vez que promovem modos de pensar inovadores e críticos que favorecem o desenvolvimento pessoal e profissional (RICALDONI e DE SENA, 2006). Sendo assim, a educação permanente é essencial para os profissionais de saúde no quesito de segurança medicamentosa porque impede que danos evitáveis aconteçam e aumenta o nível de conhecimento sobre todo o sistema de medicação.

Nesse sentido, é importante desenvolver ações educativas no ambiente hospitalar, com vistas à atualização e sensibilização dos profissionais de saúde para as boas práticas relacionadas ao uso seguro de medicamentos.

Assim, dada a relevância do assunto e na perspectiva de apontar a relação entre uma assistência segura e as atividades educativas *in loco*, o estudo tem por objetivo

descrever a experiência de uma atividade educativa para as boas práticas relacionadas ao uso seguro de medicamentos.

2 | MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa na modalidade de relato de experiência, a partir de uma atividade educativa realizada em parceria da área acadêmica com a assistência hospitalar, realizado no período entre abril e julho de 2018.

O relato de experiência como metodologia de pesquisa, tem como objetivo descrever um determinado estudo de forma relevante para a área de atuação. É a descrição da vivência profissional que visa a implementação de ações ou troca de ideias sobre o assunto alvo.

O presente relato foi realizado a partir da atividade educativa realizada em um hospital universitário do Rio de Janeiro. A instituição em tela trata-se de um hospital geral com assistência de enfermagem, fonoaudiologia, hemoterapia, serviço social, entre outros. Possui 560 leitos e 16 salas cirúrgicas, sendo capacitado para atender 41 especialidades que, somadas as subespecialidades, englobam cerca de 60.

As atividades foram desenvolvidas em parceria com o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) da instituição em comemoração ao “Abril pela segurança do paciente”, uma comemoração simbólica em comemoração à implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) no Brasil. O PNSP foi instituído pela portaria nº 529, de 1º de Abril de 2013. O PNSP é a primeira legislação focada na segurança do paciente e possui como objetivo aperfeiçoar o atendimento médico em todas as instituições do território nacional (BRASIL, 2013).

A instituição possui aproximadamente 400 profissionais de saúde. Foi realizada uma amostra aleatória por conveniência, com todos os profissionais que estavam em serviço nos dias da atividade educativa. As atividades foram agendadas a fim de contemplar todos os plantões e as equipes diaristas. Não participaram da atividade os profissionais que encontravam-se de férias ou afastados por motivos de doença.

Utilizando as recomendações atuais sobre segurança na utilização de medicamentos, foi elaborado pelo grupo técnico de segurança medicamentosa, do NSP da instituição, um cartaz de boas práticas relacionadas à prescrição, preparo e administração de medicamentos, o qual foi apresentado e fixado nas unidades no dia da atividade (figura 1).

Posteriormente, a apresentação do cartaz, foram organizadas cinco perguntas sobre boas práticas no uso de medicamentos, aplicadas a médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem através de um “quiz”. As perguntas no formato de *quiz* foram realizadas com objetivo de envolver os profissionais nas atividades.

O *quiz* apresentou cinco questões sobre a temática de segurança medicamentosa. A primeira estava relacionada com a prescrição segura de medicamentos, a segunda com

a notificação de eventos adversos, a terceira com os Equipamentos de Proteção Individual (EPI), a quarta com a prevenção contra Infecção Primária de Corrente Sanguínea e a quinta pergunta estava relacionada às boas práticas na administração de medicamentos. Todas as perguntas do *quiz* foram discutidas durante o treinamento em serviço.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A atividade foi realizada em 26 unidades de internação, aproximadamente 80% do total da instituição hospitalar, abrangendo 142 profissionais de saúde de unidades clínica, cirúrgica, pediátrica e intensivas.

A temática da atividade foi escolhida pois o sistema de medicamentos envolve etapas importantes relacionadas a equipes assistenciais de saúde, como a prescrição, o preparo e a administração, que requerem conhecimento e atenção para garantir a segurança do paciente.

A fim de aumentar a segurança medicamentosa, nas diferentes etapas do sistema de medicamento, foi elaborado um cartaz de boas práticas, que foi fixado em locais estratégicos no dia do treinamento. A permanência do cartaz permitiu que os profissionais que não estavam presentes no treinamento, tivessem acesso ao conteúdo discutido.

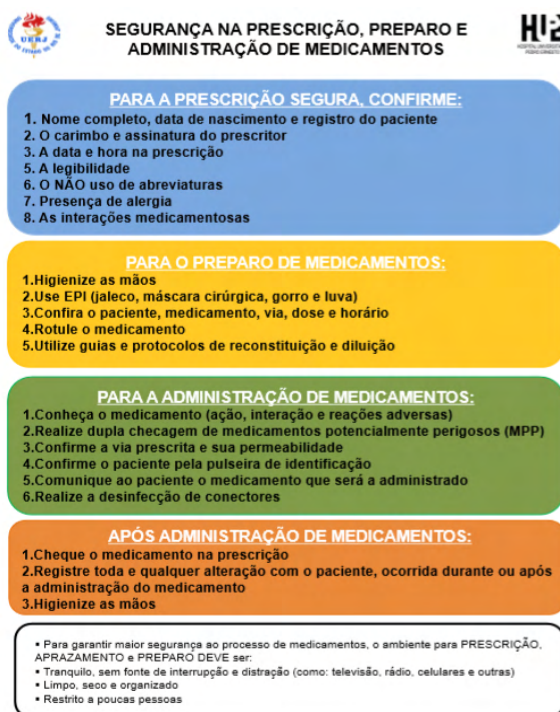


Figura 1 – Cartaz de Boas práticas de segurança medicamentosa divulgado no dia da atividade. Rio de Janeiro, 2021.

Fonte: Autoras, 2018.

A primeira pergunta feita para os profissionais de saúde sobre a prescrição segura de medicamentos possibilitou uma discussão sobre as boas práticas, exaltando a importância do registro correto do paciente com seus dados pessoais, assim como a necessidade de carimbo e assinatura tanto do prescritor quanto do aprazador. Sobre a prescrição segura de medicamentos, um estudo aponta que o cadastro errado do paciente atrelado à não conferência da identificação antes da administração são incidentes que, constantemente, resultam em erros com danos (MENDES et al., 2018).

Na prescrição medicamentosa é importante destacar as alergias medicamentosas, uma vez que elas são frequentes e estão relacionadas com 15% de todas as reações medicamentosas adversas. Um histórico preciso de possíveis alergias causadas por medicamentos prescritos pode diminuir as chances de ocorrência de erros (NAGAO-DIAS; NUNES; COELHO; SOLÉ, 2004).

A segunda pergunta do *quiz*, feita para os profissionais, estava relacionada com as condutas tomadas dos profissionais após evidenciar ou detectar um erro com medicamento, abordando a importância da notificação do evento para o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP). A notificação dos erros com medicamentos é uma prática essencial para a qualidade da assistência e segurança do paciente, uma vez que os erros podem ter consequências graves para a instituição e para o paciente. Dessa forma, faz-se necessário o monitoramento e notificação desses eventos como forma de medida preventiva, reduzindo a probabilidade de novas ocorrências (BOHOMOL e RAMOS, 2007).

A terceira pergunta levantou questionamentos acerca do uso de EPI no preparo de medicamentos. Presente na Norma Regulamentadora 32, os EPI são utilizados para minimizar a exposição do profissional e a possibilidade de acidentes, sendo recomendados para o preparo de medicamentos minimamente, o uso de jaleco, a máscara cirúrgica, o gorro e as luvas de procedimento (VIEIRA et al., 2015).

No caso do preparo de medicamentos, o uso do jaleco ajuda a proteger o corpo do profissional contra os produtos químicos, a máscara cirúrgica atua na proteção da face contra respingos de produtos químicos e na proteção respiratória contra gases, o gorro protege o cabelo do profissional contra respingos de produtos químicos e, por último, o uso de luva é destinado à proteção das mãos, dedos e braços contra agente químicos (ALVES, 2013).

Na quarta pergunta foram discutidos os aspectos relacionados à prevenção de Infecção Primária de Corrente Sanguínea. Relacionado a isso se observa a importância do cuidado com os conectores antes da administração de medicamentos como uma forma de prevenir as infecções primárias de corrente sanguínea. Recomenda-se desinfecção com solução com solução alcoólica (CALIL, 2014; BRASIL, 2013), tendo em vista que há um grande risco de infecção da corrente sanguínea relacionado ao cateter venoso (ARAÚJO e CAVALCANTE, 2019)

A última pergunta estava relacionada às boas práticas na administração de

medicamentos. É de suma importância a realização de alguns cuidados para evitar possíveis eventos adversos que coloquem em risco a segurança medicamentosa. Deve-se de realizar a confirmação do medicamento antes da administração com o auxílio da prescrição, se baseando na teoria dos nove certos que envolvem o processo de medicação (BRASIL, 2013). Além disso, é necessário que haja uma observação do paciente, avaliando se a medicação obteve seu efeito, caso não, é preciso que registrem essas alterações. Ademais, a higienização das mãos é crucial nesse tipo de procedimento, devendo ser realizada antes e depois da administração do medicamento (BRASIL, 2013; CALIL, 2014).

Foram destacadas as boas práticas, tais como: atentar para alergias e interações medicamentosas; higienização das mãos; uso dos equipamentos de segurança individual; uso de rótulos para os medicamentos; confirmar o paciente; a via prescrita; registrar a medicação administrada.

Outras boas práticas envolvem a implementação de ações que evitam distrações e interrupções durante o manejo de medicamentos, atentar para possíveis reações adversas, controle de gotejamento ou programação da bomba de infusão contínua, além do monitoramento da resposta esperada.

Durante a atividade, as dúvidas surgidas foram esclarecidas, através de uma discussão e participação coletiva entre a equipe de saúde e os responsáveis pela condução da atividade. Concomitante a isso, foi fixado o cartaz nas salas de prescrição medicamentosa e nos postos de enfermagem das referidas unidades, com diversas práticas fundamentais para segurança na prescrição, preparo, administração e pós administração.

4 | CONCLUSÃO

Constatou-se um ótimo aproveitamento da atividade proposta, visto que houve grande participação e interação dos participantes. Observou-se que ações educativas para prevenção de erros relacionados a medicamentos, bem como a atualização frequente da equipe no ambiente de trabalho, possibilitam não só a capacitação de pessoal, mas também fomentam a cultura de segurança do paciente na instituição.

Não contemplar o período de trabalho noturno foi um limitador deste estudo, tendo em vista que o processo medicamentoso é contínuo nas instituições de saúde e as equipes podem possuir perfis diferenciados em relação às boas práticas.

Espera-se que esta atividade possa estimular outras ações que busquem fomentar a segurança do paciente nas questões relacionadas à terapia medicamentosa nas instituições de cuidado à saúde humana.

REFERÊNCIAS

ABREU, F. G. S. **Erros de medicação: avaliação da prescrição e percepção dos profissionais de enfermagem**. 80 p. Monografia (graduação) - Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

ALVES, T. C. **Manual de equipamento de proteção individual**. São Carlos, SP: Embrapa Pecuária Sudeste-Documentos (INFOTECA-E), 28p, 2013.

ARAÚJO, C. L. F. P.; CAVALCANTE, E. F. O. Prevenção da infecção primária da corrente sanguínea. **Revista de enfermagem UFPE on line**. Recife, v.13, n.3, p.743-751, 2019. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i03a235099p743-742-2019>

BOHOMOL, E.; RAMOS, L. H. Erro de medicação: importância da notificação no gerenciamento da segurança do paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.60, n.1, p.32-36, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v60n1/a06v60n1.pdf>. Acesso em: 1 maio 2021.

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 União**. Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde**. Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Protocolo de Segurança na Prescrição, uso e Administração de Medicamentos**. Brasília, DF, 2013.

CALIL, K. **Construção de um bundle para manuseio do cateter venoso central: pesquisa baseada em evidência**. Dissertação (Trabalho de conclusão de mestrado). Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2014. Disponível em: <https://app.ufrj/riuff/bitstream/1/841/1/Keila%20Calil.pdf>. Acesso em 2 maio 2021.

CARVALHO, J. F.; PAIM, L. O papel do hospital no treinamento de enfermeiros para a assistência primária de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.34, n.1, p.35-40, 1981. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v34n1/0034-7167-reben-34-01-0035.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2021.

DUPOY, J. et al. Which Adverse Events Are Related to Health Care during Hospitalization in Elderly Inpatients? **International Journal of Medical Sciences**, v.10, n.9, p.1224-1230, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3739022/>. Acesso em: 26 abr. 2021.

IOM (Institute of Medicine). **Preventing medication errors**. Washington, DC: The National Academies Press, 2007. 480 p. DOI: <http://dx.doi.org/10.17226/11623>. Acesso em: 26 abr. 2021.

MENDES, J. R. et al. Tipos e frequência de erros no preparo e na administração de medicamentos endovenosos. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v.16, n.3, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-45082018ao4146>.

NAGAO-DIAS, A. T.; NUNES, P. B.; COELHO, H. L. L.; SOLÉ, D. Reações alérgicas a medicamentos. **Jornal de Pediatria**. Porto Alegre, v.80, n.4, p. 259-266, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/jped/v80n4/v80n4a04.pdf>. Acesso em: 1 maio 2021.

PHILLIPS, D. P.; CHRISTENFELD, N.; GLYNN, L. M. Increase in US medication-error deaths between 1983 and 1993. **The Lancet**, Reino Unido, v. 351, n. 9103, p. 643-644. 1998. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(98\)24009-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(98)24009-8)

RICALDONI, C. A. C.; DE SENA, R. R. Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, v.14, n.6, 2006. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000600002>

SOARES, F. Desafio Global de Segurança do Paciente Medicação Sem Danos. **Biblioteca Virtual de Enfermagem**. Brasília, 2020. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/desafio-global-seguranca-paciente-medicao-sem-danos/>. Acesso em: 26 abr. 2021.

TOFFOLETTO, M. C.; PADILHA, K. G. Consequências dos erros de medicação em unidades de terapia intensiva e semi-intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v.40, n.2, p.247-252, 2006. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342006000200013>

VIEIRA, A. N. et al. Uso dos equipamentos de proteção individual por profissionais de enfermagem na atenção primária à saúde. **Revista de Enfermagem UFPE on line**. v.9, p.1376-1383, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.8463-73861-2-SM.0910sup201501>

CAPÍTULO 14

ESCALA DE RISCO DE QUEDAS EM PACIENTES HOSPITALIZADOS: UM MODELO BRASILEIRO

Data de aceite: 01/08/2021

Data de submissão: 17/06/2021

Isis Marques Severo

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Serviço de Enfermagem em Terapia Intensiva e Programa Adulto Crítico da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde. Porto Alegre – Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0000-0002-9288-0708>

Ricardo de Souza Kuchenbecker

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina. Porto Alegre – Rio Grande do Sul
<http://orcid.org/0000-0002-5797-9470>

Talita Portela Cassola

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem. Porto Alegre – Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0000-0003-1943-2295>

Leandro Barbosa de Pinho

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Departamento de Assistência e Orientação Profissional, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem. Porto Alegre – Rio Grande do Sul
<http://orcid.org/0000-0003-1434-3058>

Amália de Fátima Lucena

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem. Porto Alegre – Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0000-0002-9068-7189>

Débora Feijó Villas Boas Vieira

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Departamento de Assistência e Orientação Profissional, Escola de Enfermagem. Porto Alegre – Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0000-0001-9379-3967>

Lyliam Midori Suzuki

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Grupo de Enfermagem. Porto Alegre – Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0000-0003-4158-8026?lang=en>

Michele Schmid

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Serviço de Enfermagem Psiquiátrica. Porto Alegre – Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0000-0001-5665-2946>

Deise Vacario de Quadros

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Comissão de Gerenciamento de Risco Hospitalar. Porto Alegre – Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0000-0001-6442-2649>

Vanessa Frighetto Bonatto

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Programa Adulto Crítico da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde. Porto Alegre – Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0000-0002-1614-774X>

Miriam de Abreu Almeida

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem. Porto Alegre – Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0000-0002-4942-9882>

RESUMO: Introdução: As quedas representam, mundialmente, um problema de saúde pública. Por sua etiologia multifatorial, destaca-se a importância da avaliação de fatores de risco intrínsecos (relacionados ao paciente) e extrínsecos (ambientais e processo de trabalho), que fazem parte dos modelos de predição. No Brasil, foi construída a Escala de Risco de Quedas Severo-Almeida-Kuchenbecker (SAK), mais próxima do cenário hospitalar de nosso país, frente à progressiva complexidade do tratamento dos pacientes. **Objetivo:** Descrever o percurso metodológico do desenvolvimento e validação da SAK em pacientes adultos hospitalizados; apresentar a Escala SAK com suas propriedades preditoras e relatar sua implantação na prática clínica. **Método:** Relato de experiência dos autores da SAK e de colaboradores na sua construção e implantação, apresentado em três momentos: percurso metodológico do desenvolvimento e validação da SAK; propriedades preditoras; implantação na prática clínica. **Resultado:** O percurso metodológico da SAK contemplou duas etapas: revisão integrativa que buscou fatores de risco de quedas, os quais foram investigados na segunda etapa, por meio de estudo caso e controle, em amostra de 536 pacientes clínicos e cirúrgicos. A Escala contém sete variáveis com fatores intrínsecos e extrínsecos para quedas, apresentando fácil aplicação à beira leito e acurácia aceitável. Ela foi implantada no período de novembro de 2018 a julho de 2019, em um hospital geral e universitário do Sul do Brasil e faz parte do prontuário eletrônico do paciente. **Conclusão:** O relato da construção e validação de um modelo preditor de quedas desenvolvido no Brasil, contribui tanto no entendimento do seu complexo percurso metodológico, quanto no reconhecimento de seus fatores de risco, auxiliando enfermeiros e demais profissionais da saúde na identificação do paciente com maiores chances de cair e na implementação de medidas preventivas, melhorando a segurança do paciente.

PALAVRAS - CHAVE: Acidentes por quedas; Fatores de risco; Hospitalização; Segurança do paciente.

RISK SCALE FOR FALLS IN HOSPITALIZED PATIENTS: A BRAZILIAN MODEL

ABSTRACT: Introduction: Falls represent a public health problem worldwide. Due to its multifactorial etiology, the importance of assessing intrinsic (patient-related) and extrinsic (environmental and work process) risk factors, which are part of the prediction models, is highlighted. In Brazil, the Severo-Almeida-Kuchenbecker (SAK) Risk Scale for Falls was built, closer to the hospital setting in our country, given the progressive complexity of patient treatment. **Objective:** To describe the methodological course of development and validation of SAK in hospitalized adult patients; present the SAK Scale with its predictive properties and report its implementation in clinical practice. **Method:** Experience report of the authors of SAK and collaborators in its construction and implementation, presented in three stages: methodological path of the development and validation of the SAK; its predictive properties and implementation in clinical practice. **Result:** The methodological course of SAK included two stages: an integrative review that sought risk factors for falls, which were investigated in the second stage, through a case control study, in a sample of 536 clinical and surgical patients. The Scale contains seven variables with intrinsic and extrinsic variables for falls, changes that are easy to apply at the bedside and acceptable accuracy. It was implemented from November 2018 to July 2019, in a general and university hospital in southern Brazil and it belongs to patient's electronic medical record. **Conclusion:** The report on the construction and

validation of a fall predictor model developed in Brazil helps both the method in understanding its complex trajectory and the recognition of its risk factors, supporting nurses and other health professionals in identifying the patient with more chances of falling and the implementation of preventive measures, increasing patient's safety.

KEYWORDS: Accidental falls; Risk factors; Hospitalization; Patient safety.

1 | INTRODUÇÃO

Quedas são definidas como ocorrências que levam o paciente a inadvertidamente ficar no solo ou em outro nível inferior, excluindo mudanças de posição intencionais para se apoiar em móveis, paredes ou outros objetos (WHO, 2007), sendo consideradas um evento adverso, que como tal é classificado em decorrência de um dano causado pelo cuidado à saúde e não pela doença de base (WHO, 2009).

Elas são consideradas, globalmente, um grande problema de saúde pública (WHO, 2021) em diferentes instituições de saúde, como nos hospitais. Em pacientes hospitalizados, a incidência das quedas pode variar de 0,3 a 10,3 quedas por 1000 pacientes/dia, dependendo da incorporação das práticas de saúde e da sua população (SEVERO *et al.*, 2014; KOBAYASHI *et al.*, 2017), podendo ocorrer lesões com dano de moderado a grave e até mesmo óbito em até 20% dos agravos (LUZIA *et al.*, 2019).

O evento pode trazer diversas consequências para o paciente como traumas, retirada não programada de dispositivos como cateteres e drenos, aumento do tempo de internação e dos custos do tratamento, alterações de ordem emocional, medo de cair e até mesmo o óbito; além da família e do sistema de saúde que precisam se reestruturar para dar conta desta demanda (SEVERO *et al.*, 2014; BARBOSA *et al.*, 2019).

A ocorrência do agravo também repercute na imagem da instituição e apresenta grande potencial de suscitar sentimento de culpa nos profissionais que assistem diretamente ao paciente, em instituições que não focam na melhoria dos processos de trabalho (FALCÃO *et al.*, 2019), potencializando outros sentimentos como o medo, a angústia, a impotência e ainda permitindo a banalização da queda ao desconsiderar a repercussão para os trabalhadores (QUADROS, 2020).

As quedas são de etiologia multifatorial e representam eventos de grande complexidade, que podem acarretar danos temporários ou irreversíveis, mas igualmente não desejado, e que, dependendo da gravidade, contribui ou leva os pacientes a desfechos fatais (FALCÃO *et al.*, 2019). Por isso, destaca-se a importância da avaliação dos seus fatores de risco durante a internação hospitalar (BARBOSA *et al.*, 2019). Estes podem ser classificados em intrínsecos (relacionados ao paciente) e extrínsecos (relacionados ao ambiente e ao processo de trabalho) (SEVERO *et al.*, 2014).

Os fatores de risco intrínsecos são os mais abordados em diferentes estudos, destacando-se confusão, desorientação, agitação, tonturas, alteração na deambulação e no equilíbrio, alterações cognitivas e sensoriais, micções frequentes/diarreia, efeito de

medicamentos, comorbidades e pós-operatório. Dentre os extrínsecos ambientais têm-se, por exemplo, piso escorregadio, camas altas, pouca iluminação, mobiliário em excesso, disposição dos leitos nas unidades. Porém, não menos importantes na avaliação do risco, estão os fatores relacionados ao processo de trabalho como a relação número de pacientes/enfermeiro, tipo de internação (clínica ou cirúrgica), horário de pico de atividades e ausência de acompanhante (SEVERO *et al.*, 2014; SEVERO *et al.*, 2018; BARBOSA *et al.*, 2019).

Alguns desses fatores de risco, especialmente os intrínsecos, fazem parte das escalas ou modelos de predição de risco, os quais atribuem valores às suas variáveis, com pontos de corte estabelecidos para identificar o nível de risco do paciente (LELAURIN; SHORR, 2019).

Existem diferentes escalas de avaliação do risco de quedas desenvolvidas e validadas no mundo. Uma das mais utilizadas na prática clínica é a *Morse Fall Scale*, do Canadá, desenvolvida em 1989 (MORSE; MORSE; TYLKO, 1989; MORSE *et al.*, 1989) e em 2013, traduzida e validada transculturalmente para o português do Brasil (URBANETTO *et al.*, 2013).

Depois, surgiram outras, como a *St Thomas Risk Assessment Tool in Falling Elderly Inpatients* (STRATIFY), na Inglaterra, em 1997 (OLIVER *et al.*, 1997); a *Heindrich II Fall Risk Model*, em 2003 (HENDRICH; BENDER; NYHUIS, 2003) e a *The Johns Hopkins Fall Risk Assessment Tool*, em 2005 (POE *et al.*, 2005; POE *et al.*, 2007), ambas nos Estados Unidos da América.

Estes instrumentos foram desenvolvidos no final da década de 80 até meados dos anos 2000, em ambientes de assistência à saúde diferentes dos atuais, ante à progressiva complexidade do tratamento e cuidados aos pacientes. Aliado a isso, possuem vieses em seus percursos metodológicos (ANDRADE *et al.*, 2019) e seus valores de eficiência têm variado em estudos que os investigaram (KIM *et al.*, 2007; SEVERO *et al.*, 2014; ANDRADE *et al.*, 2019; MARTINEZ *et al.*, 2019).

Diante disto e da necessidade de se ter escala(s) de predição desenvolvida(s) no Brasil, mais próxima(s) da realidade de nosso país (SEVERO *et al.*, 2014; ANDRADE *et al.*, 2019; MARTINEZ *et al.*, 2019), em 2015 foi construída por pesquisadores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) a Escala de Risco de Quedas Severo-Almeida-Kuchenbecker (SAK) (SEVERO, 2015; SEVERO *et al.*, 2019). Essa foi validada e implantada em um hospital público e universitário de grande porte do Sul do Brasil, dando suporte à decisão clínica para o cuidado de prevenção de quedas. Além de acurada, ela é de fácil aplicação à beira do leito (SEVERO *et al.*, 2019).

Todavia, a construção de um instrumento preditor não é uma tarefa fácil e exige delineamento metodológico cuidadoso por parte dos pesquisadores. Assim, os objetivos deste artigo são descrever o percurso metodológico do desenvolvimento e validação da Escala de Risco de Quedas SAK em pacientes adultos hospitalizados; apresentar a SAK

com suas propriedades preditoras e relatar sua implantação na prática clínica em um hospital universitário, de modo a auxiliar na implementação de medidas preventivas, mitigando danos decorrentes de quedas, que possam repercutir na segurança dos pacientes.

2 | MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência dos autores da SAK e de colaboradores na sua construção e implantação. O relato será apresentado em três momentos: o percurso metodológico do desenvolvimento e validação da SAK; as suas propriedades preditoras (SEVERO *et al.*, 2019); seguido da sua implantação na prática clínica, em um hospital do Sul do Brasil.

O desenvolvimento da SAK foi conduzido com pacientes clínicos e cirúrgicos, no período de 2012 a 2015, em hospital de grande porte e universitário do Sul do Brasil, sendo que o novo modelo de predição foi implantado na instituição, de novembro de 2018 a julho de 2019.

A SAK foi informatizada em maio de 2019, fazendo parte do prontuário eletrônico do paciente. Recentemente, suas medidas de eficiência foram testadas em pacientes psiquiátricos hospitalizados, mostrando acurácia aceitável em três momentos da hospitalização (mediana da internação, no momento da queda do paciente e em sua reavaliação em até 24 horas) (CASSOLA, 2021). Até maio de 2019 o modelo preditor de quedas utilizado no hospital era a *Morse Fall Scale* (MORSE; MORSE; TYLKO, 1989; MORSE *et al.*, 1989; URBANETTO *et al.*, 2013).

A instituição conta, atualmente, com 920 leitos e uma ampla gama de especialidades. Ela é integrante da rede de hospitais universitários do Ministério da Educação (MEC), vinculada academicamente à UFRGS. A pesquisa produzida, a partir das suas dependências, introduz novos conhecimentos, além de formar novas gerações de pesquisadores, alimentando um ciclo de renovação e evolução.

3 | RESULTADOS

A Escala de Risco de Quedas SAK foi construída durante o desenvolvimento da tese de doutorado de uma enfermeira do campo de estudo, Isis Marques Severo, vinculada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da UFRGS, sob orientação da enfermeira Prof.^a Dr^a. Miriam de Abreu Almeida e do médico epidemiologista Prof. Dr. Ricardo de Souza Kuchenbecker (SEVERO, 2015).

3.1 Primeiro momento: percurso metodológico do desenvolvimento e validação da SAK

A SAK foi desenvolvida e validada em duas etapas. A primeira etapa foi uma revisão integrativa de literatura (SEVERO *et al.*, 2014), que identificou os fatores de risco para quedas. Esses foram investigados na segunda etapa do estudo, por meio de um

delineamento caso-controle com pareamento (1/1) e regressão logística condicional, considerando os casos e os controles referentes a pacientes internados nas unidades clínicas e cirúrgicas. Os casos foram pacientes que sofreram o desfecho queda(s) e os controles os que não caíram (SEVERO *et al.*, 2019).

A amostra consistiu em 536 pacientes adultos hospitalizados em onze unidades de internação: duas clínicas, duas cirúrgicas e sete unidades mistas (clínicas + cirúrgicas) (SEVERO, 2015), distribuídos da seguinte forma: 2/3 para amostra de derivação, onde o modelo foi desenvolvido e 1/3 para amostra de validação, onde ele foi validado, seguindo recomendações de Klück (2004).

Quanto aos critérios de elegibilidade, foram incluídos pacientes com idade maior ou igual a 18 anos, ambos os sexos, controles com a mesma data de admissão dos casos, ou datas subsequentes. Os critérios de exclusão foram: pacientes em cuidados paliativos; os que sofreram queda fora das unidades pesquisadas e a segunda queda (ou mais) (SEVERO, 2015; SEVERO *et al.*, 2019). Tanto na amostra de derivação (n=358), quanto na de validação (n=178), os pacientes foram selecionados aleatoriamente e em pares com o auxílio do SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 18.0, a fim de evitar os vieses temporal e de seleção (SEVERO, 2015; SEVERO *et al.*, 2019).

O Quadro 1 apresenta em 10 passos, o detalhamento do percurso metodológico da segunda etapa do estudo (delineamento caso-controle):

Desenvolvimento do modelo	DER	VAL
1º) SPSS: regressão logística condicional (análise univariável) - selecionadas variáveis com valor de $p < 0,25$; ordenamento por valores de $-2\log$ Verossimilhança		
2º) SPSS: regressão logística condicional (análise multivariável), abordagem <i>backward</i> , até permanecerem variáveis com $p < 0,05$ e/ou com significância clínica/científica, independentemente do valor de p		
Adequação do modelo		
3º) <i>Win PEPI (PEPI-for-Windows)</i> : cálculo da sensibilidade, especificidade e valores preditivos 4º) SPSS: curva <i>Receiver Operating Characteristic (ROC)</i> com índice de confiança (IC) 95%		
5º) Excel (<i>Microsoft</i>) e SPSS: cálculo da calibração comparando-se, via um lote, as respostas médias preditas e observadas em subgrupos, com quintis de probabilidades preditas		
Criação do escore de risco		
6º) SPSS: atribuição de pontos para cada variável do modelo por meio dos valores de <i>odds ratio</i> (OR) arredondados		
7º) SPSS: cálculo do escore de risco de cada paciente		
8º) SPSS: criação de classes de risco, considerando o melhor ponto de corte da probabilidade predita do desfecho		

Validação		
9º) SPSS: nova regressão logística condicional: escore de cada paciente utilizado como variável independente, calculando-se as probabilidades individuais		
10º) Comparação do desempenho preditivo nas duas amostras		

Quadro 1: Detalhamento metodológico nas amostras de derivação e validação.

Fonte: Adaptado de Klück (2004), Severo (2015) e Severo *et al.* (2019). DER: amostra de derivação; VAL: amostra de validação.

O protocolo da pesquisa estabeleceu um período de até 72 horas após o desfecho para a inclusão dos pacientes no estudo, que foram pareados por sexo, unidade de internação e data da internação ou dias subsequentes.

3.2 Segundo momento: SAK e suas propriedades preditivas

O modelo preditivo possui sete variáveis e foi intitulado de “SAK” (*short name*), devido à união dos últimos sobrenomes de seus autores. A Tabela 1 destaca suas variáveis e pontos:

Variáveis da SAK	OR	Pontos	Valor
Desorientação/confusão*	4	5	<0,001
Micções frequentes	4,55	5	0,001
Limitação para deambular	4,15	4	<0,001
Ausência de acompanhante	0,36	0,5	<0,001
Pós-operatório	0,52	0,5	0,05
Nº medicamentos administrados (até 72 horas)	1,18	1	0,02
Queda prévia	1,39	1	0,28

Tabela 1: Ponderação das variáveis da SAK, a partir dos valores de OR.

Fonte: Severo *et al.* (2019). (*) variável arredondada para o maior número inteiro, justificada por melhor valor de discriminação. Fórmula SAK: Desorientado/confuso \times 5 + Micções frequentes \times 5 + Limitação para deambular \times 4 + Ausência de acompanhante \times 0,5 + Pós-operatório \times 0,5 + Nº medicamentos administrados (até 72 horas) \times 1 + Queda prévia \times 1.

As classes de risco foram criadas, considerando o melhor ponto de corte da probabilidade predita do desfecho (0,44 e 0,54): baixo (\leq 6 pontos); moderado (6,5 \leq 10 pontos) e alto risco de quedas (\geq 10,5 pontos). A acurácia (área sob a curva ROC) e o valor de suas demais propriedades preditivas (Tabela 2) foram calculadas, por meio de uma Tabela 2x2 (baixo *versus* moderado+alto risco de quedas):

Propriedades	Amostra de derivação % (IC)	Amostra de validação % (IC)
Sensibilidade	82,1 (75,8; 87,0)	82,0 (72,7; 88,6)
Especificidade	36,8 (30,1; 44,1)	38,2 (28,7; 48,5)
Valor preditivo +	56,5 (53,2; 59,7)	57,0 (52,3; 61,6)
Valor preditivo -	67,3 (58,8; 74,8)	68,0 (56,0; 77,9)
Área sob a curva ROC*	0,684 (0,629; 0,739)	0,681 (0,602; 0,760)

Tabela 2: Propriedades preditivas da SAK.

Fonte: Severo *et al.* (2019). (*) Dado numérico entre zero e um.

3.3 Terceiro momento: implantação da SAK na prática clínica

A implantação da SAK no hospital campo do estudo ocorreu devido a necessidade de um novo modelo de predição, sensível aos fatores de risco para quedas e mais próximo da realidade do paciente hospitalizado.

Esta implantação iniciou em novembro de 2018, com a discussão do processo com membros representantes da Comissão Multiprofissional de Prevenção de Lesões Decorrentes de Quedas, da Comissão do Processo de Enfermagem e do Serviço de Educação em Enfermagem da instituição, quando se definiu os passos da mesma (Figura 1):

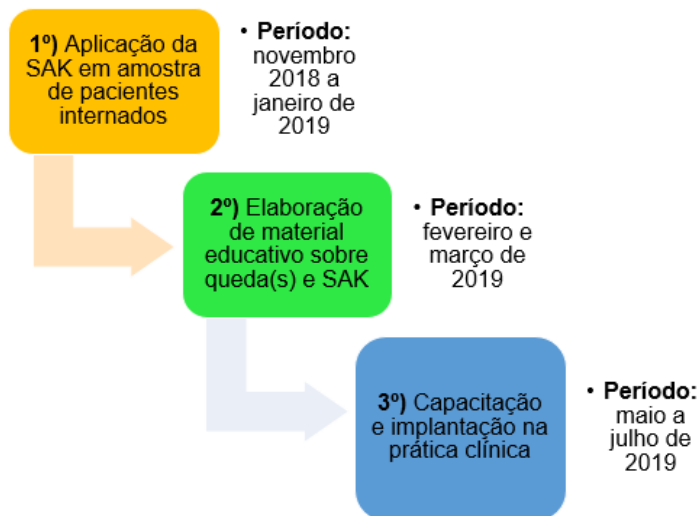


Figura 1: Passos de implantação da SAK em hospital universitário.

3.3.1 Aplicação da SAK em amostra de pacientes internados

Foi realizado um estudo exploratório e descritivo com abordagem quantitativa, com amostra não-probabilística de 84 adultos internados em unidades de internação clínica-

cirúrgica e de psiquiatria, no hospital campo do estudo.

A SAK foi aplicada no momento da internação dos pacientes pelos pesquisadores. A coleta de dados ocorreu de novembro de 2018 a janeiro de 2019. Os dados foram coletados do prontuário eletrônico e junto aos pacientes. Para análise foi utilizada estatística descritiva. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da instituição (nº 130012). A distribuição das variáveis da SAK na amostra composta por 66 pacientes clínicos/cirúrgicos e 18 pacientes psiquiátricos é apresentada na Tabela 3:

Variáveis da SAK	Sim n (%)	Não n (%)
Desorientação/confusão	16 (19,0)	68 (80,9)
Micções frequentes	15 (17,8)	69 (82,1)
Limitação para deambular	53 (63,0)	31 (36,9)
Nº medicamentos administrados (em até 72h)*	3,6 (2,4)	-
Queda prévia	24 (28,5)	60 (71,4)
Ausência de acompanhante	37 (44,0)	47 (55,9)
Pós-operatório	40 (47,6)	44 (52,3)

Tabela 3: Variáveis da SAK, n=84 pacientes. Porto Alegre, RS, 2019.

Fonte: Dados da pesquisa, 2019. (*) Média (desvio padrão). (-) Dado numérico igual a zero, não resultante de arredondamento.

A estratificação das classes de risco mostrou a seguinte apresentação: baixo 20 (20,3%), moderado 34 (40,4%) e alto risco de quedas 30 (35,7%).

3.3.2 Elaboração de material educativo sobre o evento queda(s), a SAK como modelo preditor e sua implantação na prática clínica

A partir das classes de risco dos pacientes internados, definiu-se a elaboração de material educativo sobre o evento queda(s) e a SAK, tanto para os enfermeiros, quanto para os demais profissionais da instituição.

O material utilizado na capacitação foi elaborado por enfermeiros da Comissão Multiprofissional de Prevenção de Lesões Decorrentes de Quedas, da Comissão do Processo de Enfermagem e do Serviço de Educação em Enfermagem, nos meses de fevereiro e março de 2019, e teve como objetivos instrumentalizar profissionais da saúde e de apoio sobre a importância do agravo, sua prevenção e a SAK como modelo preditor, além de facilitar aos enfermeiros o desenvolvimento da capacidade de avaliação do risco de quedas, a partir da Escala e seu registro no prontuário eletrônico.

O conteúdo do material abordou aspectos teóricos da temática e simulação de exercícios, a partir de casos clínicos, onde o enfermeiro pontuava o valor do escore final da SAK. Os tópicos abordados no material foram:

- Aplicação da SAK pelo enfermeiro, junto ao paciente, pelo menos duas vezes

por semana e nos seguintes momentos: na admissão, na mudança do quadro clínico, na transferência de unidade, na ocorrência da queda e em sua reavaliação (em até 24 horas).

- Avaliação de pacientes com idade superior a 14 anos, considerando a soma de suas variáveis, a fim de estratificar o escore de risco.

- Variável “Nº medicamentos administrados” investigada nas últimas 24 horas, visto que facilita a aplicação do modelo, sem comprometer sua eficiência. No estudo original (SEVERO, 2015), a grande maioria dos medicamentos, das 11 classes investigadas, foram administrados em até um dia antes do evento.

- Uso das definições conceituais e operacionais para pontuação das variáveis da SAK (Quadro 2):

Variáveis	Pontos	Definição conceitual	Definição operacional
1. Desorientação/ confusão	SIM=5 NÃO=0	Perturbação mental que se caracteriza pela incapacidade de pensar com clareza e pela perda de noções de espaço, tempo e identidade.	Perguntar ao paciente as questões: - Qual seu nome completo? - Onde você está (em que cidade ou nome do hospital)? - Em que ano estamos? SIM = Se uma ou mais das questões não for respondida corretamente. NÃO = Responde todas as perguntas corretamente ou não consegue responder.
2. Micções frequentes	SIM=5 NÃO=0	Urinar com necessidade frequente de ida ao banheiro.	Perguntar para o paciente/acompanhante: Apresentou necessidade de ida ao banheiro para urinar mais do que três vezes nas últimas seis horas? SIM = Se apresenta a alteração. NÃO = Ausência da alteração ou faz uso de fralda, sonda vesical ou outro recurso urinário.
3. Limitação para deambular	SIM=4 NÃO=0	Limitação na capacidade de deambulação de forma independente, com ou sem dispositivo auxiliar.	SIM = Paciente não consegue deambular sozinho, precisando de amparo de outro; ou faz uso de bengala, andador e/ou cadeira de rodas. Apresenta lesões em membros inferiores ou fraturas ou alteração na acuidade visual (por exemplo, diplopia ou amaurose). NÃO = Não apresenta limitação para deambular ou restrição no leito.

<p>4. Número medicamentos administrados (até 24 horas)</p>	<p>Nº DE DIFERENTES MEDICAMENTOSX1</p>	<p>A administração de medicamentos em até 24 horas retrospectivas como benzodiazepínicos, opioides, barbitúricos, antipsicóticos, antidepressivos, anti-hipertensivos, laxantes, diuréticos, anti-histamínicos, anticonvulsivantes e sedativos aumenta a possibilidade de quedas.</p>	<p>Cada diferente medicamento contará um ponto.</p>
<p>5. Queda prévia</p>	<p>SIM=1 NÃO=0</p>	<p>Vir inadvertidamente ficar no solo ou em outro nível inferior, excluindo mudanças de posição intencionais para se apoiar em móveis, paredes ou outros objetos.</p>	<p>SIM= Se o paciente caiu durante o período da internação hospitalar ou se tem histórico recente (até três meses) de queda(s) por causa(s) fisiológica(s). NÃO= Não apresentou queda(s) por causa(s) fisiológica(s) (até três meses) ou na internação atual.</p>
<p>6. Ausência de acompanhante</p>	<p>SIM=0.5 NÃO=0</p>	<p>Ausência do cuidador junto ao paciente no momento da avaliação.</p>	<p>SIM= Ausência de cuidador. NÃO= Se o cuidador estiver presente.</p>
<p>7. Pós-operatório</p>	<p>SIM=0.5 NÃO=0</p>	<p>Realização de cirurgia(s) na internação atual.</p>	<p>SIM= Pós-operatório durante a internação. NÃO= Ausência de cirurgias durante a internação.</p>

Quadro 2: SAK com as definições de suas variáveis.

Fonte: Severo *et al.* (2014), Severo (2015) e Severo *et al.* (2019).

- Registro da pontuação no prontuário eletrônico do paciente.

- Abertura do diagnóstico de enfermagem Risco de Quedas (HERDMAN; KAMITSURU, 2018) em pacientes com SAK $\geq 6,5$ pontos (moderado e alto risco de quedas); colocar e orientar sobre a pulseira amarela sinalizadora de risco; implementar cuidados preventivos, conforme protocolo institucional e orientar o paciente, seus familiares e/ou acompanhantes sobre eles.

- Registro de “Conduta de Educação”, com orientações que tenham sido realizadas ao paciente e familiares ou acompanhantes, além de verificação do entendimento deles sobre as medidas preventivas de quedas.

- Pacientes internados ou localizados temporariamente no Centro de Terapia Intensiva (CTI), unidade de cuidados coronarianos, hemodinâmica, unidade vascular, centro obstétrico, hemodiálise, banco de sangue, radioterapia e unidades de recuperação pós-anestésica são considerados como de risco para quedas e não são avaliados pela SAK. Para esses pacientes é implementado um pacote de medidas preventivas, conforme

protocolo institucional.

Em maio de 2019, ocorreu capacitação de forma presencial de enfermeiros integrantes da Comissão Multiprofissional de Prevenção de Lesões Decorrentes de Quedas, da Comissão do Processo de Enfermagem e do Serviço de Educação em Enfermagem, que multiplicaram as informações para 20 turmas de enfermeiros do hospital. Esses foram os disparadores para suas equipes de técnicos de enfermagem. Também ocorreu capacitação *in loco* nas unidades de internação, com o esclarecimento de dúvidas. O período considerado de implantação ocorreu até julho de 2019.

Atualmente, o hospital conta com uma equipe de enfermagem composta por 720 enfermeiros e 1980 técnicos de enfermagem. Os Serviços de Enfermagem e/ou unidades do hospital que realizaram a capacitação estão apresentados na Figura 2:

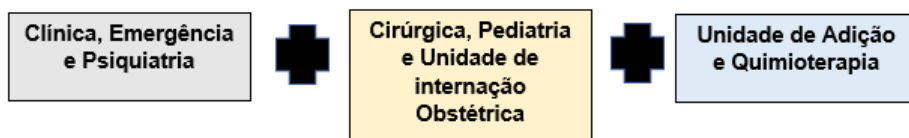


Figura 2: Esquema dos setores dos enfermeiros que foram capacitados.

4 | DISCUSSÃO

A estratificação do risco de quedas permite não somente priorizar a atenção e atuação do enfermeiro, como também possibilitar aos profissionais o desenvolvimento de percepção de risco quando identificam através de uma escala preditiva os fatores potencializadores que contribuem para o agravamento no ambiente hospitalar (SEVERO, 2015; SEVERO *et al.*, 2019).

De certa forma, essa percepção começa a ser desenvolvida na medida em que é dada a possibilidade de compreensão da substituição de um instrumento institucional, através de momentos dialógicos com representantes da Comissão Multiprofissional de Prevenção de Lesões Decorrentes de Quedas, da Comissão do Processo de Enfermagem e do Serviço de Educação em Enfermagem, buscando dar sentido à prática diária.

A SAK é a primeira escala de risco de quedas brasileira, representando um novo instrumento preditor, para ser utilizado em pacientes hospitalizados. Na instituição, campo do estudo, o enfermeiro é o profissional que aplica a Escala junto aos pacientes, no entanto, ela pode ser aplicada por outros profissionais da área da saúde, a partir de suas definições conceituais e operacionais (Quadro 2).

A SAK é composta por fatores de risco intrínsecos e extrínsecos e possui entre suas sete variáveis, a queda prévia, com valor de *p* não significativo ($p=0,28$), porém com importância clínica comprovada em outros estudos de desenvolvimento de modelos

de predição (MORSE; MORSE; TYLKO, 1989; MORSE *et al*, 1989; OLIVER *et al*, 1997), conferindo melhor performance em suas análises (SEVERO *et al.*, 2019).

A identificação de fatores de risco permite evidenciar a importância da presença do acompanhante, podendo ele ser o diferencial para pacientes com limitação para deambular, desorientados ou confusos, em pós-operatório e também naqueles que apresentam múltiplos deslocamentos até o banheiro, representado pela necessidade de micções frequentes, variáveis estas identificadas no Quadro 2, bem como corroborar com outros achados, que demonstram que há entre os caidores, maiores chances de novas quedas (SEVERO *et al.*, 2014; BARBOSA *et al.*, 2019; LUZIA *et al.*, 2019).

Na prática clínica, a variável do processo de trabalho e/ou de cuidado “ausência de acompanhante”, permitiu uma maior ligação com a prática de saúde, atentando à equipe para possíveis falhas de processo que podem intervir na identificação de possíveis casos (SEVERO, 2015).

A identificação dos fatores de risco da SAK em pacientes hospitalizados clínicos, cirúrgicos e recentemente, após estudo de Cassola (2021), também em internados em unidade psiquiátrica, trata-se de uma alternativa terapêutica útil, embora imperfeita, com impacto na assistência, na medida que se torna mais próxima do perfil clínico dos pacientes, no Brasil, com múltiplas comorbidades e polifarmácia (RAMOS *et al.*, 2016).

Cassola (2021) avaliou as medidas de eficiência da SAK para pacientes psiquiátricos hospitalizados, em estudo de coorte com 203 pacientes. A acurácia foi avaliada em seis momentos, desde a admissão até a alta. A Escala apresentou valores aceitáveis para prever a queda em três momentos (mediana da internação/queda/reavaliação até 24 horas após o evento). Porém, para a psiquiatria, na admissão, que geralmente representa o momento mais delicado, pois é quando o paciente está instável psiquiatricamente, a SAK não apresentou valores aceitáveis de acurácia, o que nos infere a necessidade de refinamento do instrumento para essa clientela específica.

Além disso, o estudo também identificou fatores de risco, que na psiquiatria, tiveram melhores comportamentos como alucinação e disposição do leito na unidade, o que vai ao encontro da singularidade do paciente na área (CASSOLA, 2021). Pesquisas sobre quedas nessa área reforçam que o agravo não ocorre de maneira uniforme no ambiente hospitalar e dependem do perfil de paciente, das características da unidade, dos processos e práticas assistenciais adotados, algo que em unidades de neurologia e psiquiatria ficam mais evidentes (LUZIA *et al.*, 2018).

O tratamento das quedas requer estratégias multimodais para mitigar o impacto do dano causado, além de um instrumento sensível, de fácil aplicação, apropriado ao perfil do paciente, que auxilie os profissionais na identificação e estratificação do risco de queda. A estratégia de abordagem requer um planejamento coadunando a educação de pacientes, familiares e acompanhantes, a formação de profissionais com abordagem multidisciplinar, o investimento na estrutura física e uma rede de apoio que valorize os profissionais, evitando

que a ocorrência das quedas seja, por vezes, banalizada (QUADROS, 2020).

A formação em serviço dos diferentes profissionais passa também por estratégias como a capacitação realizada por serviços de apoio, instrumentalizando os profissionais com material educativo. O envolvimento dos diversos atores que realizam o cuidado garante um maior imbricamento e propicia a inter-relação do paciente com o todo, evitando um cuidado segmentado, promovendo um olhar transversal, representado pela replicação da informação para 20 turmas de enfermeiros e, posteriormente, para técnicos de enfermagem, nos diferentes serviços e unidades de internação representados na Figura 2 (LE MOS *et al.*, 2018; QUADROS, 2020).

A SAK permite um olhar diferenciado da equipe, principalmente, para os pacientes classificados com moderado e alto risco de quedas, pois o escore $\geq 6,5$ pontos indica a abertura do diagnóstico de enfermagem Risco de Quedas (HERDMAN; KAMITSURU, 2018), colocação de pulseira amarela sinalizadora de risco e implementação de condutas de proteção individualizadas para mitigar o desfecho propiciado pela queda (SEVERO, 2015).

Assim, este estudo e a utilização da SAK como modelo preditor, tem repercussão e impacto na prática clínica, no ensino e na pesquisa, pois traz vantagens relacionadas à ampliação do conhecimento epidemiológico e estatístico, à facilitação do raciocínio clínico na tomada de decisão e à acurácia diagnóstica, visando alcançar melhores intervenções preventivas a serem implementadas nos pacientes.

5 | CONCLUSÕES

Este estudo permitiu descrever o percurso metodológico do desenvolvimento e validação da SAK, primeira escala de risco de quedas brasileira, além de apresentá-la com suas propriedades preditoras, seguido do relato da sua implantação na prática clínica, em um hospital universitário do Sul do Brasil.

A SAK inclui variáveis do paciente, somadas a uma variável do processo de trabalho (ausência de acompanhante), contrapondo outras escalas existentes. Sua utilização traz implicações na prática clínica hospitalar, especialmente nas instituições que atendem pacientes clínicos, cirúrgicos, além dos internados em unidade de psiquiatria, pela viabilidade de um escore com fácil aplicação prática, que pode ser usado à beira do leito.

Espera-se que este relato de experiência possa auxiliar enfermeiros e demais profissionais da equipe de saúde, na utilização da SAK em suas instituições, auxiliando na identificação do paciente com potencial risco de cair, principalmente os classificados com moderado e alto risco, facilitando assim, a implementação de medidas preventivas e a segurança do paciente.

Além disso, o conhecimento dos passos para sua implantação pode facilitar sua incorporação à prática clínica, em outras unidades de saúde. No ensino e na pesquisa,

os modelos estimulam o pensamento crítico do aluno, sendo que o amparo de um referencial epidemiológico com descrição das análises estatísticas, pode estimular futuras investigações.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Daniela et al. Fall risk evaluation scales: An integrative literature review. **Revista Baiana de Enfermagem**, [s. l.], v. 33, n. 0, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.18471/rbe.v33.27981>. Acesso em: 10 jun. 2021.

BARBOSA, AS Amanda et al. Characterization of the adult patients' falling incidents in a university hospital. **Revista Gaúcha de Enfermagem** v. 40, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180303>. Acesso em: 07 jun. 2021.

CASSOLA, Talita Portela. **Análise da acurácia diagnóstica da Escala de Quedas Severo, Almeida e Kuchenbecker (SAK) em pacientes psiquiátricos hospitalizados**. 2021. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2021.

FALCÃO, Renata Maia de Medeiros et al. Risco de quedas em pessoas idosas hospitalizadas. **Revista Gaúcha de Enfermagem** v. 40, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180266>. Acesso em: 01 jun. 2021.

HENDRICH, Ann L.; BENDER, Patricia S.; NYHUIS, Allen. Validation of the Hendrich II Fall Risk Model: A large concurrent case/control study of hospitalized patients. **Applied Nursing Research**, [s. l.], v. 16, n. 1, p. 9–21, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1053/apnr.2003.016009>. Acesso em: 01 jun. 2021.

HERDMAN TH; KAMITSURU S. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: definições e classificação - 2018/2020**. 11º ed. Porto Alegre: Artmed, 2018. 488p.

KIM, Emily Ang Neo et al. Evaluation of three fall-risk assessment tools in an acute care setting. **Journal of Advanced Nursing**, [s. l.], v. 60, n. 4, p. 427–435, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04419.x>. Acesso em: 08 jun. 2021.

KOBAYASHI, Kazuyoshi *et al.* Incidence and characteristics of accidental falls in hospitalizations. **Nagoya Journal Medicine Science** [s. l.], v. 79, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.18999/najjms.79.3.291>. Acesso em: 04 jun. 2021.

KLÜCK, Mariza Machado. **Metodologia para ajuste de indicadores de desfechos hospitalares por risco prévio do paciente** [Tese]. Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2004.

LELAURIN, Jennifer H.; SHORR, Ronald I. **Preventing Falls in Hospitalized Patients: State of the Science**. [S. l.]: W.B. Saunders, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cger.2019.01.007>. Acesso em: 13 jun. 2021.

LEMOS, Grazielle de Carvalho et al. A cultura de segurança do paciente no âmbito da enfermagem: reflexão teórica. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, [s. l.], v. 8, n. 0, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.19175/recom.v8i0.2600>. Acesso em: 7 jun. 2021.

LUZIA, Melissa de Freitas et al. Incidence of falls and preventive actions in a University Hospital. **Revista da Escola de Enfermagem**, [s. l.], v. 52, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017024203308>. Acesso em: 01 jun. 2021.

LUZIA, Melissa de Freitas et al. Características das quedas com dano em pacientes hospitalizados. **Revista Gaúcha de Enfermagem** [s. l.], v. 40, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180307>. Acesso em: 01 jun. 2021.

MARTINEZ, Maria Carmen et al. Validade e confiabilidade da versão brasileira da Johns Hopkins Fall Risk Assessment Tool para avaliação do risco de quedas. **Revista Brasileira de Epidemiologia** v. 22, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190037>. Acesso em: 05 jun. 2021.

MORSE, Janice M. et al. A prospective study to identify the fall-prone patient. **Social Science and Medicine**, [s. l.], v. 28, n. 1, p. 81–86, 1989. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(89\)90309-2](https://doi.org/10.1016/0277-9536(89)90309-2). Acesso em: 3 jun. 2021.

MORSE, Janice M.; MORSE, Robert M.; TYLKO, Suzanne J. Development of a Scale to Identify the Fall-Prone Patient. **Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne du vieillissement**, [s. l.], v. 8, n. 4, p. 366–377, 1989. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S0714980800008576>. Acesso em: 9 jun. 2021.

OLIVER, D. et al. Development and evaluation of evidence based risk assessment tool (STRATIFY) to predict which elderly inpatients will fall: Case-control and cohort studies. **British Medical Journal**, [s. l.], v. 315, n. 7115, p. 1049–1053, 1997. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.315.7115.1049>. Acesso em: 7 jun. 2021.

POE, Stephanie S. et al. An Evidence based Approach to Fall Risk Assessment, Prevention and Management: Lessons Learned. **Journal of Nursing Care Quality**. v. 20(2). p. 107-16. 2005.

POE, Stephanie S. et al. The Johns Hopkins fall risk assessment tool: Postimplementation evaluation. **Journal of Nursing Care Quality**, [s. l.], v. 22, n. 4, p. 293–298, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/01.NCQ.0000290408.74027.39>. Acesso em: 11 jun. 2021.

QUADROS, Deise Vacario. **Modelagem de Processo em Quedas de Pacientes Adultos Hospitalizados e a Perspectiva do Trabalhador de Enfermagem como Segunda Vítima**. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2020.

RAMOS, Roberto Luiz et al. Polifarmácia e polimorbidade em idosos no Brasil: um desafio em saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, v.50, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006145>. Acesso em: 13 jun. 2021.

SEVERO, Isis Marques et al. Fatores de risco para quedas em pacientes adultos hospitalizados: Revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, v. 48, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000300021>. Acesso em: 1 jun. 2021.

SEVERO, Isis Marques et al. Risk factors for fall occurrence in hospitalized adult patients: A case-control study. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**,[s.l.], v.26, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2460.3016>. Acesso em: 9 jun. 2021.

SEVERO, Isis Marques et al. A predictive model for fall risk in hospitalized adults: A case–control study. **Journal of Advanced Nursing**, [s. l.], v. 75, n. 3, p. 563–572, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jan.13882>. Acesso em: 7 jun. 2021.

SEVERO, Isis Marques. Modelo de predição do risco de quedas em pacientes adultos hospitalizados: derivação e validação de um escore. 2015. 151 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

WORD HEALTH ORGANIZATION. WHO Global report on falls prevention in older age [Internet]. Geneva: **WHO**. 2007 [citado 2021 mai. 25]. Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/other_injury/falls/en/

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Conceptual framework for the International Classification for Patient Safety: final technical report. Genebra: WHO, 2009

WORD HEALTH ORGANIZATION. **WHO**. Falls. 2021 [citado 2021 mai. 25]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>

AS CONTRIBUIÇÕES DO VES-13 NA IDENTIFICAÇÃO DO IDOSO VULNERÁVEL

Data de aceite: 01/08/2021

Data de submissão: 15/06/2021

Maria Renita Burg

Universidade Luterana do Brasil
Canoas - Rio Grande do Sul
<http://lattes.cnpq.br/3384385720328482>

Miria Elisabete Bairros de Camargo

Universidade Luterana do Brasil
Canoas - Rio Grande do Sul
<http://lattes.cnpq.br/4072704510387488>

Fernanda Stassen dos Santos

Secretaria Municipal da Saúde
Canoas – Rio Grande do Sul
<http://lattes.cnpq.br/1390990600439607>

RESUMO: Objetivo: O artigo analisa o perfil dos idosos vulneráveis residentes no município de Canoas/RS, identificando os agravantes de vulnerabilidade relacionadas à sua saúde ou condição física. **Método:** Estudo transversal, retrospectivo, quantitativo. Foram analisados 3.513 Instrumentos do VES-13 preenchidos pelos Agentes Comunitários de Saúde e enfermeiros. Na análise, foi empregado o Programa Statistical Package for the Social Sciences e Teste Qui-Quadrado (nível de significância de 5%). **Resultados:** Predomínio de idosas (63,2%); faixa etária de 60 a 74 anos (62,0%). Classificados como vulneráveis: 57,5% dos idosos; como frágeis: 31,2%; e com risco de fragilização: 26,3%. As idosas foram

mais vulneráveis ($p=0,05$) na faixa de 60 a 74 anos ($p=0,02$). Possuem muita dificuldade e são incapazes de fazer atividade física os mais vulneráveis ($p=0,01$). **Conclusão:** o estudo traz subsídios para a elaboração de uma linha de cuidado para o idoso vulnerável considerando o risco de fragilidade existente e o seu grau de dependência.

PALAVRAS - CHAVE: Idoso; Vulnerabilidade em Saúde; Enfermagem de Atenção Primária.

THE CONTRIBUTIONS OF VES-13 IN THE IDENTIFICATION OF THE VULNERABLE ELDERLY

ABSTRACT: Objective: The article analyzes the profile of vulnerable elderly people living in the city of Canoas/RS, identifying the aggravating factors of vulnerability related to their health or physical condition. Method: Cross-sectional, retrospective, quantitative study. A total of 3,513 VES-13 instruments filled out by Community Health Agents and nurses were analyzed. In the analysis, the Statistical Package for the Social Sciences Program and the Chi-Square Test (5% significance level) were used. Results: Predominance of elderly women (63.2%); age group 60 to 74 years (62.0%). Classified as vulnerable: 57.5% of the elderly; as fragile: 31.2%; and at risk of weakening: 26.3%. Elderly women were more vulnerable ($p=0.05$) in the range of 60 to 74 years ($p=0.02$). The most vulnerable have a lot of difficulty and are unable to do physical activity ($p=0.01$). Conclusion: the study provides support for the development of a line of care for the vulnerable elderly considering the risk of existing frailty and their degree of dependence.

KEYWORDS: Elderly; Health Vulnerability; Primary Care Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

As populações a nível mundial estão envelhecendo, implicando efeitos nos sistemas sociais e econômicos, bem como na saúde. Estima-se que a população mundial de 60 anos ou mais está preparada para aumentar de 841 milhões em 2013 para mais de 2 bilhões até 2050 e exceder o número de crianças até 2047 (CHATTETJI, et al., 2015).

O envelhecimento, caracterizado pelo aumento da participação percentual dos idosos na população e conseqüente diminuição dos demais grupos etários, é um fenômeno já evidente no Brasil e tende a ficar mais marcante nas próximas décadas. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, existe a forte tendência de aumento da proporção de idosos na população, que, em 2030, seria de 18,6% e, em 2060, de 33,7%. O Rio Grande do Sul é um dos Estados com as maiores proporções de idosos: uma em cada 6 pessoas tinha 60 anos ou mais de idade em 2014 (IBGE, 2015).

Entretanto, diante deste cenário do rápido processo de envelhecimento populacional no País, exigem-se novos desafios, que estão relacionados com a previdência social, a saúde, a assistência social, o cuidado e a integração social dos idosos (IBGE, 2015).

Assim, torna-se oportuno estudar o fenômeno do envelhecimento de modo global, considerando os aspectos biológicos, psicológicos, socioeconômicos, políticos e culturais. Isso pode ser encontrado na gerontologia, ciência que visa ao trabalho integrado de vários profissionais de diferentes áreas para abordar a integralidade do idoso (WOLD, 2013).

Na área da saúde, a enfermagem é essencial na equipe, pois emprega conhecimento técnico-científico centrado no cuidado ético e humano. A enfermagem gerontológica utiliza o conhecimento do processo de envelhecimento para o planejamento adequado da assistência, com o objetivo de promover a saúde e a qualidade de vida dos idosos (SANTOS; FERRETI, 2012).

Com o decorrer dos anos de vida, o corpo sofre alterações morfológicas e funcionais que modificam gradualmente a aparência do indivíduo, alterações estas que fazem parte do processo natural do envelhecimento, que se inicia logo após o nascimento, caracterizado pela morte diária de milhões de células com posterior renovação. Em razão deste processo fisiológico de envelhecimento, os órgãos tendem a diminuir a capacidade funcional, resultando na dificuldade para responder a estímulos, ocasionando fragilidade e vulnerabilidade (MANSO; BIFFI, 2015).

Na atenção à saúde do idoso, a funcionalidade é entendida como a capacidade de gerir a própria vida ou cuidar de si mesmo, ou seja, capacidade da pessoa viver de forma independente e cuidar dos seus negócios e de si próprio, mesmo que tenha doenças. No entanto, a presença de incapacidades é o principal preditor de mortalidade, hospitalização e institucionalização em idosos, levando a situação de vulnerabilidade. A vulnerabilidade

está associada a componentes biofisiológicos. Já o idoso vulnerável foi definido como aquele que tem risco de declínio funcional ou morte em dois anos (MANSO; BIFFI, 2015).

Um dos protocolos utilizados para avaliação do idoso em relação a sua vulnerabilidade e recomendado pelo Ministério da Saúde é o VES-13. Desde 2014 o protocolo foi incluído na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

O protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável – VES-13 (*Vulnerable Elders Survey*) foi desenvolvido nos Estados Unidos em 2001, tendo sido aplicado em 6.505 inscritos no *Medicare Current Beneficiary Survey* (EUA) não institucionalizados com o objetivo de rastrear idosos com risco de deterioração da saúde (SALIBA et al., 2001).

Os referidos autores utilizaram como critérios para definir vulnerabilidade: idade igual ou superior a 65 anos e alto índice de declínio funcional ou morte em dois anos. No declínio funcional e morte usaram: idade, autoavaliação da saúde ruim e indicadores relacionados à presença de limitação física e incapacidade funcional, totalizando 13 itens aos quais, posteriormente, foram atribuídos escores. Idosos com valores iguais ou superiores a três tinham risco 4,2 vezes maior de declínio funcional e morte em dois anos, quando comparados aos que apresentavam escores menores (SALIBA et al., 2001).

No estudo realizado em Michigan, concluiu-se que o VES-13 pode ser útil na internação hospitalar para prever complicações e morte em adultos mais velhos com lesão traumática, identificando potencialmente os candidatos que podem se beneficiar de serviços geriátricos adicionais para pacientes internados (MIN, et al., 2011).

No Brasil foi realizada adaptação transcultural do instrumento do VES-13 em 2012. É considerado um instrumento capaz de identificar o idoso vulnerável residente na comunidade, com base na idade, autopercepção da saúde, presença de limitações físicas e incapacidades. Mostrou-se um instrumento confiável no que diz respeito à estabilidade e consistência interna de suas medidas. Para sua utilização, não é necessária a observação direta, os dados laboratoriais do indivíduo ou os sistemas operacionais complexos. Sua estrutura simples e de fácil aplicabilidade pode, portanto, possibilita a identificação das pessoas idosas vulneráveis, contribuindo, assim, para a priorização do acompanhamento pelos serviços de saúde (MAIA et al., 2011).

Já em 2013 foi feita adaptação transcultural do instrumento do VES-13 para utilização no contexto da assistência oncológica (LUZ et al., 2013). Para os autores, o instrumento, traduzido e adaptado, mostrou-se um instrumento confiável no que diz respeito à estabilidade e consistência interna de suas medidas. Facilita a sua utilização pelo fato de não ser necessária à observação direta do idoso, de dados laboratoriais ou de sistemas operacionais complexos. Sua estrutura simples e de fácil aplicabilidade pode, portanto, contribuir para a identificação das pessoas idosas vulneráveis.

Diante destas evidências sobre a confiabilidade do protocolo VES-13, surgiu a vontade de pesquisar o perfil dos idosos vulneráveis do município de Canoas/RS e identificar os agravantes de vulnerabilidade da população idosa relacionadas à sua saúde

ou condição física. Canoas é um município no Rio Grande do Sul com uma população idosa de 37.139 mil, o que representa 11,47% da população do município.

2 | MÉTODO

Trata-se de estudo transversal, retrospectivo e quantitativo, realizado no município de Canoas, Rio Grande do Sul. O município contava com 28 unidades de saúde, destas 16 unidades são exclusivamente de estratégia de saúde da família, 12 unidades básicas de saúde. O estudo foi realizado nas unidades com estratégia de saúde da família, onde os agentes comunitários de saúde durante a visita domiciliar aplicam o instrumento denominado VES-13, e os enfermeiros da equipe de estratégia de saúde da família durante a consulta de enfermagem. A coleta de dados ocorreu no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2016. Após o preenchimento do VES-13, (*Vulnerable Elders Survey-13*) (LUZ, et al., 2013) foram completadas as informações nas Cadernetas dos Idosos e entregues aos entrevistados.

Os critérios de inclusão foram utilizados para aplicação do instrumento do VES-13: ser morador do território da rede básica de saúde do município de Canoas, pertencer a uma área coberta pela equipe de estratégia de saúde da família, bem como ter idade igual ou superior a 60 anos, receber a visita domiciliar pelo agente comunitário de saúde, consultar com a enfermeira da equipe, formulário com todos os campos preenchidos. Critérios de exclusão: não pertencer a área coberta pela equipe de estratégia de saúde da família, não receber a visita domiciliar do agente comunitário de saúde e não consultar com a enfermeira da equipe, formulários do VES-13 incompletos. Após a aplicação do VES-13, os agentes comunitários de saúde enviavam estes formulários para a secretaria de saúde, estes instrumentos eram arquivados em pastas de acordo com suas respectivas equipes. Assim, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foram selecionados 3.513 instrumentos de avaliação do VES-13 representando 9,5% da população idosa do município, aplicados pelos enfermeiros e agentes comunitários de saúde, em entrevista face a face com os idosos e ou familiares/cuidadores responsáveis, por ocasião de visitas domiciliares e consulta de enfermagem. A população pertencia ao território das 16 unidades de estratégia de saúde da família do município.

Para a coleta de dados foi utilizados os formulários preenchidos do VES-13 pelos enfermeiros e os agentes comunitários de saúde, organizados por ordem cronológica de realização das entrevistas, e por unidade de estratégia de saúde da família. O VES-13 é composto por 13 itens, os quais recebem a pontuação previamente estabelecida. O instrumento integra a caderneta da pessoa idosa, elaborada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), com o objetivo de identificar o idoso vulnerável, residente nas áreas cobertas pelas equipes de estratégia de saúde da família, baseado na idade, autopercepção da saúde, presença de limitações físicas e incapacidades (SALIBA et al., 2001).

Para sistematização dos dados utilizou-se o aplicativo *Microsoft Office Excel*[®], dada sua funcionalidade na geração de gráficos e manuseio de informações referente ao formulário. Foi organizada uma planilha onde os dados digitados, após foi realizada a avaliação da digitação. Para análise estatística dos dados, foi utilizado o programa estatístico *Statiscal Pacckage for the Social Science* (SPSS), versão 21.0.

Os resultados das variáveis nominais foram expressos através de análises de frequência. Para verificar a associação existentes entre a vulnerabilidade, auto avaliação, sexo e pontuação de saúde com as demais variáveis de estudo foi utilizado o teste ² de acordo com as suposições do teste. Para verificar a normalidade dos dados, foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov. Nos testes, considerou-se como significativo um $p < 0,05$.

A pesquisa foi aprovada Pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Luterana do Brasil-ULBRA, com parecer consubstanciado de número 49987715.5.0000.5349. O estudo foi desenvolvido conforme preconiza a Resolução n^a 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde que estabelece as diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos.

3 | RESULTADOS

Foram analisados três mil quinhentos e treze instrumentos do VES -13 a fim de conhecer o perfil dos idosos vulneráveis.

Na Tabela 01, está descrito o perfil dos idosos vulneráveis do município de Canoas/RS. Pode-se observar que a maioria dos idosos estudados é o do sexo feminino (63,2%); a faixa de idade predominante foi de 60 a 74 anos (62%). Contudo, 10,8% da população tem idade de 85 ou mais anos, considerados idosos longevos.

Sexo	n = 3513
Masculino	1294 (36,8%)
Feminino	2219 (63,2%)
Idade	
60 a 74	2179 (62,0%)
75 a 84	954 (27,2%)
85 ou mais	380 (10,8%)

Tabela 01 - Perfil dos idosos vulneráveis do município Canoas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2017.

Fonte: Instrumento de coleta dados.

Na Tabela 02, os idosos foram classificados em relação à vulnerabilidade. Pode-se observar que, em relação à pontuação VES 13, foram classificados 1494 (42,5%) dos idosos como robustos; 922 (26,2%) com risco de fragilização e 1097 (31,2%) como frágeis.

Foram classificados como vulneráveis 2019 (57,5%) e não vulneráveis 1494 (42,5%) dos idosos.

Pontuação VES	
Robusto (0-2)	1494 (42,5%)
Risco fragilização (3 - 6)	922 (26,3%)
Frágil (> 07)	1097 (31,2%)
Classificação final:	
Não Vulnerável	1494 (42,5%)
Vulnerável	2019 (57,5%)

Tabela 02 - Avaliação das pontuações em relação à vulnerabilidade, Canoas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2017.

Fonte: Instrumento de coleta dados.

Os resultados referentes às pontuações do instrumento de pesquisa estão descritos na tabela a seguir.

Variáveis	Não Vulnerável n= 1494	Vulnerável n = 2019	p
Sexo			0,05**
Masculino	662 (44,3%)	632 (31,3%)	
Feminino	832 (55,7%)	1387 (68,7%)	
Idade			0,02 **
60 a 74	1284 (86%)	895 (44,3%)	
75 a 84	210 (14,1%)	744 (36,8%)	
85 ou mais	0 (0%)	380 (18,8%)	
Pontuação saúde:			0,01**
Boa/muito boa/excelente	1201 (80,4%)	658 (32,6%)	
Regular/ruim	276 (18,5%)	1355 (67,1%)	
Sem registro	17 (1,1%)	6 (0,3%)	
Dificuldade devido saúde			0,03**
Não	1494 (100%)	578 (28,6%)	
Sim	0 (0%)	1441 (71,4%)	
Dificuldade relacionada à atividade física:			0,01**
Sem dificuldade	1122 (75,1%)	185 (9,2%)	
Muita dificuldade ou incapaz fazer	224 (15%)	166 (8,2%)	
Muita dificuldade e incapaz fazer	148 (9,9%)	1666 (82,5%)	
Sem registro	0 (0%)	2 (0,1%)	

Tabela 03-Associação entre a vulnerabilidade com as demais variáveis de estudo, Canoas, Rio Grande do Sul, Brasil,2017.

Na Tabela 03, pode-se observar que as pacientes do sexo feminino foram mais vulneráveis quando comparadas aos pacientes do sexo masculino (68,7% $p = 0,05$). Os idosos que estão na faixa de 60 a 74 anos foram os mais vulneráveis (36,8% $p = 0,02$ %). Foi observado também que idosos classificados com dificuldade de saúde são mais vulneráveis que os demais (71,4% $p = 0,03$) e que idosos com dificuldade e incapazes de realizar alguma atividade física são os mais vulneráveis (82,5% $p = 0,01$).

	Masculino n = 1294	Feminino n = 2219	<i>p</i>
Idade			0,30
60 a 74	834 (64,5%)	1345 (60,6%)	
75 a 84	352 (27,2%)	602 (27,1%)	
85 ou mais	108 (8,3%)	272 (12,3%)	
Pontuação saúde:			0,01**
Boa/muito boa/excelente	738 (87%)	1121 (50,5%)	
Regular/ruim	546 (42,2%)	1085 (48,9%)	
Sem registro	10 (0,8%)	13 (0,6%)	
Dificuldade em relação atividade física:			0,02**
Sem dificuldade	608 (47%)	699 (31,5%)	
Muita dificuldade ou incapaz fazer	133 (10,3%)	257 (11,6%)	
Muita dificuldade e incapaz fazer	552 (42,7%)	1262 (56,9%)	
Sem registro	1 (0,1%)	1 (0%)	
Dificuldade devido saúde			0,01**
Não	861 (66,5%)	1211 (54,6%)	
Sim	433 (33,5%)	1008 (45,4%)	
Classificação final			0,05**
Não Vulnerável	662 (51,2%)	832 (37,5%)	
Vulnerável	632 (48,8%)	1387 (62,5%)	

Tabela 04 - Associação entre o sexo com as demais variáveis de estudo, Canoas, Rio Grande do Sul, Brasil 2017

Fonte: Instrumento de coleta dados.

Na Tabela 04, está descrita a associação entre o sexo com as demais variáveis de estudo. Pode-se verificar a não associação entre sexo e idade ($p = 0,30$). A maioria dos idosos masculinos pontuou a saúde como boa/muito boa/excelente ($p = 0,01$). As idosas foram as que mais apresentaram dificuldade e incapacidade de realização das atividades físicas (56,9%) em decorrência da sua saúde (45,4%). Ambas as variáveis foram significativas quando associadas ao sexo, pois 62,6% das pacientes idosas foram classificadas como vulneráveis.

Variáveis	Não Vulnerável n= 1494	Vulnerável n = 2019	p
Sexo			0,05**
Masculino	662 (44,3%)	632 (31,3%)	
Feminino	832 (55,7%)	1387 (68,7%)	
Idade			0,02 **
60 a 74	1284 (85,9%)	895 (44,3%)	
75 a 84	210 (14,1%)	744 (36,8%)	
85 ou mais	0 (0%)	380 (18,8%)	
Pontuação saúde:			0,01**
Boa/muito boa/excelente	1201 (80,4%)	658 (32,6%)	
Regular/ruim	276 (18,5%)	1355 (67,5%)	
Sem registro	17 (1,1%)	6 (0,3%)	
Dificuldade na atividade física devido à saúde			0,03**
Não	1494 (100%)	578 (28,6%)	
Sim	0 (0%)	1441 (71,4%)	
Dificuldade relacionada á atividade física:			0,01**
Sem dificuldade	1122 (75,1%)	185 (9,2%)	
Muita dificuldade ou incapaz fazer	224 (15%)	166 (8,2%)	
Muita dificuldade e incapaz fazer	148 (9,9%)	1666 (82,5%)	
Sem registro	0 (0%)	2 (0,1%)	

Tabela 05 - Associação entre a vulnerabilidade com as demais variáveis de estudo, Canoas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2017.

Fonte: Instrumento de coleta dados

** Significativo ao nível de 0,05

Na Tabela 05, pode-se observar que as idosas do sexo feminino foram mais vulneráveis quando comparadas aos do sexo masculino (68,7% $p = 0,05$). Os idosos que estão na faixa de 60 a 74 anos foram os mais vulneráveis (36,8% $p = 0,02$); já 67,5% dos idosos que classificaram a saúde como regular ou ruim foram considerados vulneráveis ($p = 0,01$). Foi observado que idosos classificados com dificuldade de saúde são mais vulneráveis que os demais (71,4% $p = 0,03$). Os idosos que possuem muita dificuldade e são incapazes de fazer alguma atividade física são os mais vulneráveis (82,5% $p = 0,01$).

4 | DISCUSSÃO

O envelhecimento como descrito traz uma redução lenta e progressiva da reserva homeostática, que é a capacidade do organismo de responder às agressões sofridas do meio interno e externo. A vulnerabilidade é considerada a principal consequência desse processo biológico (NUNES; SANTOS; FERRETI, 2012).

A avaliação de vulnerabilidade do idoso é de suma importância para a assistência de enfermagem na atenção básica. Através da avaliação do risco de vulnerabilidade, o

enfermeiro consegue determinar quais são as exigências de cuidado do idoso, realizando intervenções direcionadas juntamente com sua equipe para a aquisição de cuidados na proporção em que são indispensáveis (NUNES; SANTOS; FERRETI, 2012).

A idade cronológica, que corresponde ao número de anos que uma pessoa viveu, é mais frequentemente utilizada quando se fala do envelhecimento, na medida em que se trata da forma mais fácil de identificar e medir (WOLD, 2013).

O que foi observado neste estudo foi a faixa etária predominante de 60 a 74 anos (62,0%), dos quais 44,3% foram considerados vulneráveis ($p=0,02$).

No entanto, sabe-se que a perda das habilidades associadas ao envelhecimento não está apenas relacionada com a idade cronológica das pessoas, pois a diversidade das capacidades e necessidades de saúde dos adultos é advinda de eventos que ocorrem ao longo de todo o curso da vida e frequentemente são modificáveis. Fato esse que se torna tão importante entender o processo de envelhecimento no enfoque de ciclo de vida (CHAN, 2015).

As mulheres idosas são maioria em todas as sociedades envelhecidas, e as estimativas são de que as mulheres vivam, em média, de cinco a sete anos a mais que os homens (ALMEIDA; MAFRA; SILVA; KANSO, 2015). Neste estudo, os resultados apontaram o predomínio do sexo feminino (63,2%), identificados também como mais vulneráveis (68,7% $p = 0,05$).

Em outra pesquisa sobre Envelhecimento e Gênero denominada “A Vulnerabilidade de Idosas no Brasil”, é destacada a razão homens/mulheres, demonstrando que a proporção de mulheres é bastante superior à de homens, e os aspectos relacionados ao envelhecimento mostram diferenças entre idosos e idosas, confirmando assim, diferenças no envelhecimento, inclusive entre gêneros. Refere que as mulheres são mais vulneráveis por problemas relacionados à saúde e ao isolamento social, transtornos emocionais devido à aposentadoria, à juventude e às alterações fisiológicas (LIMA; BUENO, 2009).

Ainda, a idade e a autopercepção da saúde são excelentes preditores de morbimortalidade, pois são considerados indicadores indiretos da presença de doenças crônico-degenerativas. A autoavaliação da saúde é fidedigna, apresenta confiabilidade e validade equivalentes a outras medidas mais complexas da condição de saúde e prediz de forma robusta e consistente a mortalidade e o declínio funcional, mesmo na realidade brasileira (MORAES, 2012).

Uma das perguntas que consta no VES-13 é sobre a autopercepção da saúde. Foi questionado aos participantes do estudo: *Em geral, comparado com pessoas de sua idade, você diria que a sua saúde é: Excelente; Muito boa; Boa; Regular ou ruim?*

Observou-se que a maioria dos idosos masculinos pontuou a saúde como boa/muito boa/excelente ($p = 0,01$). Já as idosas que mais apresentaram dificuldade e incapacidade de realização das atividades físicas (56,9%) foram classificadas como vulneráveis.

Indivíduos em fase de envelhecimento desenvolvem suas próprias percepções em

relação à velhice, sendo difícil de ver envelhecer. A autopercepção de saúde vem sendo considerada capaz de expressar aspectos da saúde física, cognitiva e emocional dos idosos. Houve predominância do sexo feminino, na faixa etária dos 60-69 anos de idade, baixa renda e escolaridade (BORGES, et al., 2014). Na pesquisa de autopercepção da sua saúde, os idosos em 76,67% eram do sexo feminino (BUSATO, et al., 2014).

Em relação à vulnerabilidade do idoso, foram identificados 57,5% de vulneráveis na população pesquisada. Destes, 31,2% são frágeis (VES >7); 26,3% tem risco de fragilização (VES 3-6). Os demais 42,5% são considerados robustos ou não vulneráveis, pois a pontuação do VES-13 foi inferior a 3. O idoso frágil é considerado incapaz de gerenciar sua vida e apresenta declínio funcional; o idoso em risco de fragilização caracteriza-se por sua condição de saúde apresentar declínio funcional iminente. Os acompanhamentos gerontológico e geriátrico dessa população tem por objetivo evitar a piora funcional e manter elevado potencial de ganho funcional (NUNES; SANTOS; FERRETI, 2012).

Nos EUA, a pontuação do VES 13 > ou = 3 foram 32% dessa amostra como vulneráveis. Este grupo alvo teve 4,2 vezes o risco de morte ou declínio funcional ao longo de um período de 2 anos em comparação com aqueles com pontuação <3 (SALIBA, et al. 2001). Corroborando com estes resultados de acordo com o *Journal of the American Geriatrics Society*, os idosos também foram analisados com o VES- 13, dos quais 15% com score de 7 ou mais pontos morreram em dois anos, comprovando, assim, que o instrumento é preditivo de mortalidade dentro de 2 anos (BECKETT et al., 2017).

As maiores pontuações de VES-13 foram associadas a uma maior probabilidade de morte e declínio em pacientes mais velhos durante um período médio de observação de 4,5 anos. Para cada ponto VES-13 adicional, as chances do resultado combinado de declínio funcional ou morte foram de 1,37 (intervalo de confiança de 95%) (MIN, et al., 2009).

O estudo comparou idosos irlandeses com americanos, categorizados como vulneráveis de acordo com o VES-13. Quanto ao uso dos serviços de saúde mais frequentemente, a pontuação como vulnerável foi idêntica à amostra dos EUA (32,1% x 32,3%). Os participantes vulneráveis eram mais propensos ao uso dos serviços de emergência (17% contra 8%, $p < 0,05$), internação (21% contra 12%, $p < 0,05$) e ambulatorial (28% x 21%, $p < 0,05$) (MCGEE, et al., 2008).

Neste estudo, os que possuem muita dificuldade de fazer alguma atividade física e que são incapazes de fazer atividade física foram os mais vulneráveis ($p=0,01$).

Na cidade de Curitiba, idosos longevos usuários da atenção básica mostraram que dos 243 longevos avaliados 36 (14,8%) eram frágeis, 155 (63,8%) pré-frágeis e 52 (21,4%) não frágeis. Houve associação significativa entre a variável idade ($p=0,043$) e fragilidade física (GRDEN, et al., 2017).

A presença de problemas físicos, psíquicos, emocionais e sociais acaba gerando sentimentos de fragilidade e insegurança, refletindo de forma negativa no desempenho das funções (BORGES, et al., 2014).

Embora a maior parte dos adultos maiores apresente múltiplos problemas de saúde com o passar do tempo, a idade avançada não implica dependência (Fatores externos como ambientes físicos e sociais são capazes de afetar o estado de saúde das pessoas ou barreiras que influenciam nossas oportunidades, decisões e comportamentos (CHAN, 2015).

No entanto, a saúde precária não precisa dominar a idade mais avançada. A maioria dos problemas de saúde enfrentados por pessoas mais velhas é associada a condições crônicas, principalmente doenças não transmissíveis. Muitas delas podem ser prevenidas ou retardadas por meio de comportamentos saudáveis. Outros problemas de saúde podem ser controlados de maneira eficaz, principalmente se forem detectados cedo o suficiente. E mesmo para as pessoas com declínios na capacidade, os ambientes de apoio podem garantir que elas vivam com dignidade e com crescimento pessoal contínuo. Entretanto, a realidade está muito longe desses ideais. O envelhecimento da população, portanto, demanda uma resposta abrangente da saúde pública (CHAN, 2015).

Neste estudo, 80,4% dos idosos vulneráveis e 32,6% dos não vulneráveis perceberam sua saúde como boa/muito boa/ou excelente. E 67,1% dos vulneráveis e 18,5% dos não vulneráveis a avaliaram como regular/ruim. Os resultados vêm ao encontro de outro estudo, no qual a autopercepção de saúde foi considerada boa e muito boa por 60%. Já regular e ruim chega a quase metade da população entrevistada (30%; e 10%; respectivamente). Os idosos eram solicitados a avaliar seu próprio estado de saúde em comparação com outras pessoas da sua idade (BUSATO, et al., 2014).

A percepção de saúde tem sido apontada como um importante indicador de mortalidade: pessoas com pior percepção do estado de saúde têm maior risco de morte por todas as causas em comparação com as que relatam saúde excelente (BUSATO, et al., 2014).

Em resumo, os resultados obtidos evidenciam a feminização da velhice, que embora a maioria dos idosos considera sua saúde como boa/muito boa, apresentam dificuldade nas atividades físicas relacionadas a sua condição de saúde. Quanto a ser vulnerável o sexo feminino foi mais vulnerável quando comparado ao sexo masculino. Os idosos com idade entre 60 a 74 anos foram os mais vulneráveis. A utilização do VES-13 neste estudo demonstrou a importância da avaliação de saúde dos idosos de forma rápida, simples, na Atenção Primária na prevenção do risco de fragilização dos idosos.

5 | CONCLUSÃO

O indivíduo idoso apresenta maior probabilidade de desenvolver desfechos clínicos adversos, capazes de comprometer sua autonomia e independência, tais como o declínio funcional e a institucionalização, podendo, na ausência de uma abordagem adequada, tornar-se um idoso frágil.

Nota-se que a dificuldade para a realização de determinadas atividades físicas e tarefas da vida diária tendem a aumentar conforme a evolução da idade do idoso. Essas dificuldades são provenientes da falta de acesso ao atendimento médico, do agravamento de comorbidades físicas e da própria fragilidade que acompanha a pessoa idosa nesta fase de vida. Por este motivo, é importante que haja a detecção precoce deste indivíduo que apresenta a dificuldade para que se possa intervir diretamente, tentando reduzir a dependência.

A incapacidade funcional atual, se não tratada, é um preditivo de dependência funcional completa futuramente. Além disso, a incapacidade, independentemente das suas causas, está associada a um risco aumentado de mortalidade, de hospitalização e de altos custos com os cuidados de saúde.

Pretende-se dar seguimento ao estudo, nos próximos anos, monitorando os idosos do município com mais de 80 anos, os quais apresentam, com maior frequência, instabilidade das capacidades funcionais, motivando que então o Poder Público possa oferecer maior atenção a essa população com serviços de saúde organizados e mais resolutivos.

REFERÊNCIAS

Almeida AV; Mafra SCT; da Silva EP; Kanso S. A Feminização da Velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. *Texto & Contexto* [Internet]. 2015. [Cited 2017 Sep 06];14(1): 115-31. Disponível: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/19830/13313>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual para utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa/ Brasília: Ministério da Saúde [Internet] 2015 [cited 2017 Sep 06]; 39-43. Disponível: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201705/22152733-manual-para-utilizacao-da-caderneta-de-saude.pdf>

Beckett MK; Elliott MN; Ritenour DG; Grace LA; Malinoff R; Saliba D. Adapting the Vulnerable Elders Survey-13 to Predict Mortality Using Responses to the Medicare Health Outcomes Survey. *Journal of the American Geriatrics Society*. [Internet] 2017 may. [Cited 2017 Sep 06]. [Cited 2017 Sep 06] 65(5): 1051-55. Disponível: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28369691>

Borges AM; Santos G; Kummer JA; Fior L; Molin VD; Wibelinger LM. Autopercepção de saúde em idosos residentes em um município do interior do Rio Grande do Sul. *Rev. bras. Geriatr. Gerontol.* [Internet] 2014. [Cited 2017 Sep 06] 17 (1): 79-86. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v17n1/1809-9823-rbagg-17-01-00079.pdf>

Busato MA; Gallina LS; Teo CRPA; Ferretti F; Pozzagnol M. Autopercepção de Saúde e Vulnerabilidade em Idosos. *Rev baiana de saúde pública*. [Internet] 2014. [Cited 2017 Sep 06] jul/set;38(3):25-635. Disponível: <https://www.scielo.br/j/reus/a/vhRVSFBNrGndry36ZV5GFvz/>

Chatterji S; Byles J; Cutler D; Seeman T; Verdes E. Health, functioning, and disability in older adults present status and future implications. *The Lancet* [Internet]. 2015 [cited 2017 Sep 06]; 385 (9967): 563-75. Available from: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)61462-8/](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)61462-8/)

Chan M. In: Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. [Internet]. 2015. [cited 2017 Sep 06] WHO/FNC/ALC/15.01. Disponível: <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>

Grden CRB; Lenardt MH; Sousa JAV de; Kusomota L; Dellaroza MSG; Betioli SE. Associations between frailty syndrome and sociodemographic characteristics in long-lived individuals of a community. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2017 [cited 2017 Sep 06]; 25: e2886. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-1692017000100339&lng=en

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE [Internet] 2015. [cited 2017 Sep 06]; 124. Disponível: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv95011.pdf>

Lima LCVC; Bueno MLB. Envelhecimento e gênero: a vulnerabilidade de idosas no Brasil. *Rev Saúde e Pesquisa*. [Internet] 2009. [Cited 2017 Sep 06]; 2 (2): 273-80. Available from: <http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/viewFile/1173/792>

Luz LL et al. Primeira etapa da adaptação transcultural do instrumento The Vulnerable Elders Survey (VES-13) para o Português. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2013 [cited 2017 Sep 06]; 29 (3): 621-28. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n3/a19v29n3.pdf>

Manso MEG; Biffi ECA. Geriatria: Manual da LEPE - Liga de Estudos do Processo de Envelhecimento. São Paulo (SP): Martinari; 2015.

Min L; Ubhayakar N; Saliba D; Kelley-Quon L; Morley E; Hiatt J et al. The Vulnerable Elders Survey-13 Predicts Hospital Complications and Mortality in Older Adults with Traumatic Injury: A Pilot Study. *Journal of the American Geriatrics Society* [Internet]. 2011 [cited 2017 Sep 06] Aug; 59 (8):1471-1476.

Min L; Yoon W; Mariano J; Wenger NS; Elliott MN; Kamberg C; Saliba D. The Vulnerable Elders – 13 Survey Predicts 5-Year Functional Decline and Mortality Outcomes in Older Ambulatory Care Patients. *Journal of the American geriatrics Society*. [Internet] 2009 nov; [Cited 2017 Sep 06] 57(11): 20170-76. Disponível: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19793154>

Maia FOM; Duarte YAO; Secoli SR; Santos JLF, Lebrão ML. Adaptação transcultural do Vulnerable Elders Survey-13 (VES-13): contribuindo para a identificação de idosos vulneráveis. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2012 Oct [cited 2017 Sep 06]; 46(spe): 116-122. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000700017&lng=en.

Moraes EN. Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. [Internet] 2012. [Cited 2017 Sep 06] 98: Available from: <http://apsredes.org/pdf/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>

McGee HM, O'Hanlon A, Barker M, Hickey A, Montgomery A, Conroy R, O'Neill D. Vulnerable Older People in the Community: Relationship Between the Vulnerable Elders Survey and Health Service Use. *Journal of the American Geriatrics Society*. [Internet] 2008 jan; [Cited 2017 Sep 06] 56(1): 8-15. Disponível: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18184202>

Nunes MI; Santos M; Ferreti REL (org.) *Enfermagem em geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012.

Saliba D.; Elliott M.; Rubenstein LZ; Solomon DH; Young RT; Kamberg CJ; Carol Roth R., MacLean CH; Shekelle PG; Sloss EM; Wenger NS. (2001) The Vulnerable Elders Survey: uma ferramenta para identificar idosos vulneráveis na comunidade. *Journal of the American Geriatrics Society* [Internet]. 2001[cited 2017 Sep 06]; 49: 1691-9. Disponível: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1532>.

Santos MS; Ferreti REL. *Enfermagem em geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012.

Wold GH. *Enfermagem Gerontológica*. Tradução: Ana Helena Pereira Correa et al. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.

CAPÍTULO 16

HOTELARIA HOSPITALAR: RELEVÂNCIA DESSE SERVIÇO PARA O USUÁRIO DO SUS

Data de aceite: 01/08/2021

Data de submissão: 26/04/2021

Daniel Campelo Rodrigues

UFPI. São Luís, MA, Brasil

<http://lattes.cnpq.br/0654715783485771>

Wilma Lemos Privado

UFMA. São Luís, MA, Brasil

<http://lattes.cnpq.br/6254316700786122>

Sérgio Alcântara Alves Poty

UNINASSAU. São Luís, MA, Brasil

<http://lattes.cnpq.br/3710402318072099>

Agrimara Naria Santos Cavalcante

UNICEUMA. São Luís, MA, Brasil.

Lorena Stephany Lopes Fernandes

UNINOVAFAP. Teresina, PI, Brasil

<http://lattes.cnpq.br/6157148611416939>

Flavio Eduardo Pereira Lima

CEST. São Luís, MA, Brasil

<http://lattes.cnpq.br/5967069104215827>

Kassya Fernanda Freire

CEST. São Luís, MA, Brasil

<http://lattes.cnpq.br/9538996544896265>

Nalma Alexandra Rocha de Carvalho

UFMA. São Luís, MA, Brasil

<http://lattes.cnpq.br/9329475476191746>

Roama Paulo Ulisses Vaz da Costa

UFMA. São Luís, MA, Brasil

<http://lattes.cnpq.br/2467646780031558>

Polyana Coutinho Bento Pereira

UESPI. Teresina, PI, Brasil

<http://lattes.cnpq.br/8812674495477406>

RESUMO: Esse trabalho objetiva descrever, por meio da literatura científica, acerca da hotelaria hospitalar e a relevância desse serviço para o usuário do SUS. Realizado por meio de uma reflexão temática baseado em uma revisão não exaustiva da literatura. Foi evidenciado que a hotelaria hospitalar vai além da estrutura ela envolve a transformação das pessoas, se refere a ampliação do conceito de doença incluindo atendimento holístico de necessidades emocionais, sociais, ambientais e a humanização. A literatura ressalta ainda que a qualidade em saúde envolve múltiplos aspectos e pode ser definida como a provisão de serviços acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, tendo em conta os recursos disponíveis, de forma a alcançar a adesão e a satisfação do usuário. Os resultados dessa investigação podem favorecer no gerenciamento de hotelaria hospitalar, e a partir das concepções dos usuários, auxiliar na prestação da assistência com segurança e qualidade diante das expectativas dos usuários em âmbito de saúde pública.

PALAVRAS - CHAVE: Paciente. Hotelaria hospitalar. Saúde. Qualidade.

HOSPITAL HOSPITALITY: RELEVANCE OF THIS SERVICE TO SUS USER

ABSTRACT: This work aims to describe, through the scientific literature, about hospital hospitality

and a service of this service for SUS users. Carried out through a thematic reflection based on a non-exhaustive literature review. It was evidenced that the hospital hotel industry goes beyond the structure, it involves the transformation of people, it refers to the expansion of the concept of disease including holistic care of emotional, social, environmental needs and humanization. The literature also emphasizes that quality in health involves multiples and can be defined as the provision of obtainable and equitable services, with an excellent professional level, taking into account the available resources, in order to achieve adherence and user satisfaction. The results of this investigation can favor the management of hospital hotels, based on the users' conceptions, assisting in the provision of care with safety and quality, depending on the public expectations of users in health.

KEYWORDS: Patient. Hospital Hospitality. Health. Quality.

INTRODUÇÃO

A saúde tem um vasto conceito que abrange desde os determinantes sociais para além das questões biológicas, onde se determina a construção de uma rede de cuidados que atue sob o prisma da produção da saúde considerando questões como a qualidade vida e não apenas os vieses oriundos do adoecimento. Essa rede de cuidado pode ser evidenciada como a rede de serviços de saúde que, dentro do princípio-diretriz da descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS), deve ser regionalizada e hierarquizada através da atenção básica, intermediária, média e alta complexidade (GUEDES; CASTRO, 2009).

No contexto da rede de cuidados, os hospitais agregam uma série de funções que os caracterizam como as organizações mais complexas do setor Saúde. Suas funções têm atravessado um período de rápidas mudanças que abrangem questões sociais, emprego e, conforme a especificidade ensino, pesquisa e extensão. A atenção hospitalar tem sido, ao longo desses 23 anos uma das principais questões de debate no SUS. É indiscutível a sua importância na organização da rede de saúde, seja pelo tipo de serviços ofertados e sua grande concentração de serviços de média e alta complexidade, seja pelo considerável volume de recursos consumidos por esse nível de atenção (BRASIL, 2011).

No decorrer dos anos, verificou-se a crescente exigência dos usuários dos serviços de saúde por melhores estruturas e atendimento, com isso, os hospitais estão procurando se adaptar fisicamente e profissionalmente para atender as necessidades e anseios deste público tão exigente. Esse é o desafio das instituições de saúde empenhadas com a mudança, adaptar seu sistema de gestão com o objetivo de oferecer hospitalidade, objetivando a humanização na prestação dos serviços a fim de minimizar a dor do paciente, diminuir o seu tempo de internação, logo, contribuir para a sua cura (RIBEIRO, 2013).

Segundo a Política Nacional de Humanização (2013), a humanização tem como meta uma nova cultura institucional, que possa instaurar padrões de relacionamento ético entre gestores, técnicos e usuários. A proposta de humanização dos serviços públicos de saúde é valor básico para conquistar uma melhor qualidade na assistência aos usuários e nas condições de trabalho dos profissionais de todo o sistema de saúde. Assim muitas

instituições de saúde têm utilizado de diversas formas a fim de adaptar a esses novos conceitos, despertado para a criação de um espaço acolhedor e possibilitando ao usuário expressar suas dúvidas e anseios em relação ao atendimento recebido (SOUZA *et al.*, 2010).

Diante disso nos dias atuais um novo conceito de hospitalidade tem compreendido a hotelaria em âmbito hospitalar, que visa proporcionar ao paciente um ambiente mais hospitalar, humanizado e ergonômico, durante a sua estada no recinto hospitalar. A adequação do hospital para referido ambiente conta com a atuação de equipes multidisciplinares devidamente capacitadas (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

Oliveira (2013) declara que um termo que traduz atualmente o conceito de hotelaria hospitalar é transformação que envolve a infraestrutura, no que se refere a melhorar os modelos de arquitetura hospitalar antigos. A transformação das pessoas, se refere a ampliação do conceito de doença incluindo atendimento holístico de necessidades emocionais, sociais, ambientais e a humanização, e por fim a transformação de processos internos que pretende desconstruir o modelo atual no que se refere as disfunções burocráticas que provocam o “engessamento”, para um modelo de facilitação do atendimento às necessidades tanto dos clientes internados, como dos colaboradores da instituição em todos os seus níveis.

Os conceitos de humanização e de hotelaria aparecem no planejamento estratégico do hospital como fatores chaves que devem ser revistos e trabalhados como parte fundamental do crescimento da empresa, eles são fundamentais para que os clientes se sintam satisfeitos, amenizando sua dor e sofrimento pelo trauma da internação (PINOCHET; GALVÃO, 2010). Vale ressaltar que por mais que a hotelaria seja uma área de apoio do hospital, está diretamente ligada ao usuário e à sua satisfação (TOMAZZONI; SANTOS, 2014).

A prática de promover medidas de conforto e bem-estar é inerente à profissão do enfermeiro, se relaciona diretamente com as práticas de cuidado humanizado, tendo sua relevância no restabelecimento da saúde do indivíduo, uma vez que é por meio de medidas de conforto e que os enfermeiros e sua equipe promovem reforço, esperança, consolo, apoio, encorajamento e assistência de qualidade (POTT *et al.*, 2013).

Donabedian considera essa qualidade, qualidade como o produto de dois fatores: um seria a tecnologia do cuidado médico, derivada da ciência, e o outro seria a aplicação dessa ciência e tecnologia na prática concreta, ou, a “arte do cuidado”, influenciada sobretudo pelas relações interpessoais (DONABEDIAN, 2003).

DESENVOLVIMENTO

Esta pesquisa tratará das concepções dos usuários internados em hospital de ensino sobre hotelaria hospitalar, para tanto será embasada teoricamente nos estudos de

Guimarães (2007), Boerger (2005), Bruni *et al.*, (2009), Godoi (2004), Taraboulsi (2003), Watanabe (2007), Taraboulsi (2003, 2004 e 2005), Channe (2006), Almeida (2009), Amorin (2005), Godoi (2004), Batista (2005), Pereira (2006), Oliveira *et al.*, (2012), Dio, Rettondini, Sousa (2005). Campos (2005), Medronho (2006), Pereira (2006), Campos (2005), Donabedian (1990), bem como outros autores que se farão necessários para aprofundar conhecimentos na temática em foco ao longo da execução desse presente projeto.

A hotelaria hospitalar vem se desenvolvendo no Brasil de forma bastante rápida, e os hospitais passaram a ter, além das funções preventivas, curativas e de atendimento à saúde da comunidade, a função primordial de acolher, disponibilizar conforto e bem-estar ao cliente, objetivando agregar serviços e adequar o ambiente hospitalar a estrutura similar a um hotel (GUIMARÃES, 2007).

A hotelaria hospitalar pode ser definida como a reunião de todos os serviços de apoio que, associados aos serviços específicos, oferecem aos clientes internos e externos conforto, segurança e bem-estar durante o seu período de internação (BOERGER 2005; GUIMARÃES, 2007). Bruni *et al.*, (2009) explica que o conceito de hotelaria na área da saúde representa o reconhecimento das necessidades de modificações, essas que podem ser na arquitetura, decorações, *layout*, infra-estrutura, além de outros aspectos. Representa também a promoção de treinamentos, capacitação e desenvolvimento dos clientes internos para implantação de processos tipicamente hoteleiros.

Godoi (2004) enfatiza a relação da esfera biopsicossocial do paciente e hotelaria ao compreender hotelaria hospitalar como a introdução de técnicas, procedimentos e serviços de hotel no âmbito hospitalar para o benefício social, físico, psicológico e emocional de pacientes, familiares e funcionários. Para tanto a qualidade em hotelaria é ferramenta indispensável para gerar a necessária empatia entre os hóspedes e os colaboradores. Ressalta-se que a hotelaria propriamente é um segmento que procura oferecer hospedagem com padrão de qualidade e atendimento personalizado.

Para Taraboulsi (2003), hotelaria hospitalar representa uma mudança na essência do atendimento em hospitais com a introdução de novos serviços e processos nas atividades diárias de atendimento ao cliente de saúde. Representa ainda satisfação de necessidades do paciente bem como a integridade física, a privacidade, a individualidade; respeitando aos valores éticos e culturais, com o máximo de confidencialidade de toda e qualquer informação pessoal (WATANABE, 2007).

Os princípios de hospitalidade envolvidos na compreensão de hotelaria implicam em empatia, que nos leva a prática da espontânea do “sentir o que se passa no íntimo do próximo”, dessa forma, representa algo mais profundo que simpatia ou “servir com qualidade e eficiência” (TARABOULSI, 2005).

Para implantação da hotelaria hospitalar recomenda-se que os serviços de hotelaria no hospital estejam centralizados numa mesma diretoria ou gerência para que o processo de tomada de decisão parta de um mesmo ponto, minimizando eventuais conflitos. Contudo,

o ato de bem receber e acolher o cliente não deve ser restrito à equipe que compõe o serviço de hotelaria num hospital, mas médicos, enfermeiros e outros prestadores de serviços existentes dentro do hospital precisam desenvolver características hospitaleiras (BOERGER, 2005).

Embora os serviços que englobem hotelaria em hospitais podem variar é compreensível que constem essencialmente de atendimento ao cliente como Recepção, Telefonia, Internamento, Ouvidoria e outros. Além de serviços de apoio como Higienização Hospitalar, Lavanderia, Rouparia, Manutenção e alguns outros dependendo da estrutura do Hospital (CHANNE, 2006).

Um estudo realizado em 2013, com o objetivo de enfatizar a necessidade de atuar na área de hotelaria hospitalar, obteve como resultado, que a hospitalidade deve fazer parte da cultura institucional e esta deve estar incorporada no comportamento e atitudes de todos os colaboradores e que as instituições de saúde, abraçando a ideia inovadora que é a implantação da hotelaria hospitalar como um diferencial no setor de saúde (RIBEIRO, 2013).

É imprescindível entender que Hotelaria Hospitalar não é sinônimo de luxo, mas de conforto e qualidade em todos os momentos. Ela foi criada para uma contínua busca da excelência, que concilia os objetivos do hospital com o ato de hospedar, tendo como foco as especificidades de sua clientela (BOEGER, 2005).

Os serviços de hotelaria hospitalar se organizam por intermédio dos diversos serviços objetivando garantir qualidade, eficiência, eficácia e resolutividade do atendimento ao cliente de saúde. Com isso o paciente passou a ser visto como cliente, com direitos a serem respeitados. Ele não é mais um ser passivo, um não cidadão; tem o direito de saber o que se passa com ele e de recusar os procedimentos inerentes ao seu tratamento (ALMEIDA, 2009).

A humanização está diretamente relacionada à prática da hospitalidade e presente na atividade hoteleira. Sendo manifestada através da implantação desse novo conceito que resulta no aconchego físico, na espontaneidade dos gestos e atitudes das pessoas. Os cuidados referentes à qualidade e humanização do atendimento caracterizam uma instituição de saúde voltada a hospitalidade, que é o princípio da hotelaria hospitalar (TARABOULSI, 2004).

A humanização no âmbito hospitalar se refere a ação de humanizar o atendimento, tornando-o sensível às necessidades e desejos dos pacientes e familiares, mediante ações que visam transformar positivamente o ambiente hospitalar, entendendo-o em todos os momentos. Essa humanização, tão frequente na hotelaria, e que começa, ainda que em pequena escala, a fazer parte dos hospitais, tem hoje sido altamente reconhecido, mesmo no seio da classe médica, como importante fator na recuperação do paciente (GODOI, 2004).

Um Hospital considerado humanizado é aquele que em sua estrutura física,

tecnológica, humana e administrativa valoriza e respeita a pessoa, colocando-se a serviço da mesma, garantindo-lhe um atendimento de elevada qualidade. O serviço humanizado é percebível no atendimento, com segurança, na estrutura física que deve privilegiar o cliente (paciente), considerando suas limitações, necessidades de estada, locomoção, repouso e conforto. A tecnologia também deve garantir os meios e as técnicas necessárias para evitar que o cliente tenha seus riscos aumentados, com uma estrutura humana solidária e uma administração hospitalar que se preocupa em dá condições de garantir tais direitos aos clientes (AMORIN, 2005).

Na busca de apresentar a importância de humanizar os serviços nos hospitais, para poder dizer realmente que o hospital implantou a hotelaria hospitalar, o cuidado na qualidade dos serviços prestados é uma necessidade básica. Com a implantação da hotelaria e os serviços humanizados, a qualidade e eficiência dos serviços serão a peça fundamental na produção da saúde. Investir no conforto de suas instalações, na infraestrutura, nos serviços e nos treinamentos é humanizar os serviços, voltado para a cura e saúde (AMORIN, 2005).

O processo de humanização no atendimento fez com que os gestores de hospitais desenvolvessem mudança no universo hospitalar ao aliar a administração hoteleira com a hospitalar. Qualidade em hotelaria é a ferramenta necessária que promove a empatia e humanização entre os hóspedes e os colaboradores, mantendo assim o padrão do atendimento hoteleiro (BATISTA, 2005).

Segundo Oliveira *et al.*, (2012), a hotelaria hospitalar potencializa o conceito de humanização na área de saúde, propiciando uma nova imagem ao hospital, através de diferentes serviços, que proporcionem aos pacientes conforto e segurança, trazendo o sentimento de exclusividade. Essa perspectiva de humanização vem sendo utilizada em Hotelaria Hospitalar, concebendo o paciente como um cliente de saúde que busca cuidados especiais, na medida em que a exigência do consumidor alterou os objetivos e métodos dos hospitais de maneira que fossem reavaliados, e então pudessem estabelecer normas com o intuito de humanizá-los (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

Segundo Taraboulsi (2003), o triunfo da hotelaria está na humanização do ambiente hospitalar, serviços eficientes que encantam: cores suaves, plantas e jardins bem cuidados e, principalmente, pessoas entusiasmadas interagindo com os clientes de saúde, revelando de tal forma o mistério dessa nova proposta que é a simpatia permanente, marca registrada da satisfação e da dedicação pelo trabalho realizado.

Os clientes de saúde (enfermos, familiares, acompanhantes, visitantes) sentem-se confiantes e motivados quando a solidariedade se apresenta estampada nos semblantes de todos os envolvidos no seu atendimento (BOERGER,2005). O Manual de Humanização do Ministério da Saúde (2002) revela que sem comunicação, não há humanização. A humanização depende da capacidade de falar e de ouvir, bem como do contexto interpessoal de comunicação seja profissional e/ou humana.

É de extrema importância que os gestores saibam que a humanização dos serviços

médico hospitalares é a vantagem que poderá fazer a diferença na conquista dos clientes de saúde, e a hotelaria com seus serviços adaptados à atividade hospitalar é o caminho a ser seguido para acoplar qualidade em todas as fases do processo de atendimento (TARABOULSI, 2004).

Ressalta-se, ainda que esse serviço não tem como objetivo principal a lucratividade direta, uma vez que ele deve ser oferecido como diferencial, voltado para o bem-estar dos clientes, para a humanização e para a motivação (DIO; RETTONDINI; SOUSA, 2005). Envolve, desse modo concepções de qualidade.

Pereira (2006) conceitua qualidade como o grau de adequação ou excelência alcançado na execução das ações e serviços, medidos através de comparação com parâmetros apropriados. As dificuldades estão na definição, objetiva, sobre quais são os parâmetros que expressam qualidade e como medi-los adequadamente.

A qualidade em saúde envolve múltiplos aspectos e pode ser definida como a provisão de serviços acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, tendo em conta os recursos disponíveis, de forma a alcançar a adesão e a satisfação do usuário. Os critérios utilizados para caracterizar um serviço de qualidade não são definitivos ou absolutos porque a evolução do conhecimento e a dinâmica social exigem mudanças e aprimoramentos na forma como se prestam os serviços (CAMPOS, 2005).-

O enfoque de avaliação mais tradicional utilizado refere-se pelo proposto por Donabedian na década de 1960, que permite, numa abordagem normativa e focada nos conceitos da administração clássica de eficiência, eficácia e efetividade, definir estratégias, critérios e padrões de medição da qualidade. O Modelo Donabedian é bastante usado em todo o mundo como referência para a avaliação da qualidade dos serviços de saúde (MEDRONHO, 2006; PEREIRA, 2006).

Nesse contexto, Donabedian (1990), conceitua eficácia como a capacidade da ciência médica em proporcionar melhorias na saúde e no bem-estar dos indivíduos, já efetividade é a relação entre o benefício real disponibilizado pelo sistema de saúde e o resultado potencial e eficiência é a relação entre o benefício oferecido pelo sistema de saúde e seu custo econômico.

O autor afirma ainda que, a qualidade de serviços de saúde deve ser avaliada em conformidade com a relação de interdependência entre estrutura, processo e resultados e que a melhor maneira de se fazer uma avaliação da qualidade do cuidado é utilizar um instrumento que contemple indicadores representativos das três categorias e que os resultados possuem a característica de refletir os efeitos de todos os insumos do cuidado, podendo, pois, servir de indicador para a avaliação indireta da qualidade tanto da estrutura quanto do processo (DONABEDIAN, 1990).

Donabedian (1980) desenvolveu um quadro conceitual fundamental para o entendimento da avaliação de qualidade em saúde, a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado, classicamente considerados uma tríade, onde Estrutura são os

recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a assistência médica. Inclui financiamento e disponibilidade de mão-de-obra qualificada, processo as atividades envolvendo profissionais de saúde e pacientes, com base em padrões aceitos. A análise pode ser sob o ponto de vista técnico e/ou administrativo e resultados o produto final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrões e de expectativas.

Após a formulação inicial desse método de avaliação da qualidade, Donabedian (1990) sugeriu uma importante ampliação dos critérios a serem utilizados, os quais ficaram conhecidos como “os sete pilares de qualidade (*the seven pillars of quality*)”, quais sejam: eficiência, eficácia, efetividade, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

A avaliação segue uma sequência cíclica composta pelas seguintes etapas: entendimento do papel e da missão do serviço no sistema de saúde, estabelecimento dos objetivos da avaliação, escolha dos aspectos ou dimensões a serem avaliadas, construção de critérios, padrões e indicadores; desenho do estudo de avaliação; processo de avaliação; identificação dos problemas e falhas, propostas de mudança; execução das ações de correção e reavaliação. O processo se reinicia indefinidamente em um círculo contínuo (CAMPOS, 2005).

CONCLUSÃO

Na administração hospitalar a pesquisadora percebeu vários contextos que se relacionam com a atuação do enfermeiro no contexto gerencial de um hospital. Além disso, os serviços de hotelaria se relacionam com os preceitos de enfermagem, tal fato é bem evidente desde Florence Nightingale que prezava pelo conforto e bem-estar do paciente e a hotelaria envolve um conceito ampliado de conforto e bem-estar no âmbito hospitalar.

Nesse sentido os resultados dessa investigação podem favorecer a inserção de enfermeiros no gerenciamento de hotelaria hospitalar, bem como, a partir das concepções dos usuários, auxiliar na prestação da assistência de saúde com segurança e qualidade diante das expectativas dos usuários em âmbito de saúde pública;

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. N. B.C. Hotelaria Hospitalar: cultura e hospitalidade no atendimento a idosos. **Monografia (Especialização em hotelaria hospitalar)**. Universidade de Brasília, Centro de excelência em turismo – Brasília-DF, 2009. Acesso 20 maio 2015. Disponível em < http://bdm.unb.br/bitstream/10483/1126/1/2009_MariaNathaliaBritoCoelhoAlmeida.pdf>

BATISTA, M. E. C. Humanização em hospitais por meio da hotelaria: Uma forma de agregar valor à administração hospitalar. **Monografia (especialização em consultores em turismo)**. Universidade de Brasília, Centro de Excelência em Turismo, 2005. Acesso 18 maio 2015. Disponível em < http://bdm.unb.br/bitstream/10483/420/1/2005_MariaElisaCataniBatista.pdf>

BOERGER, M. A. **Gestão em hotelaria hospitalar**. 2. ed. São Paulo: Atlas,2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção hospitalar**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Ministério da saúde, 2011.

BRUNI, L. M. *et al*. A inserção do bacharel em hotelaria em hospitais particulares. Estudo de caso: Hospital Israelita Albert Einstein. São Paulo, 2009. Acesso em 15 março 2015. Disponível em <http://www.eumed.net/rev/turydes/04/bbw.htm>

CAMPOS, C E. A. Estratégias de avaliação e Melhoria Contínua da Qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Rev. Bras. Mater Saude. Infant. [online]**. v.5, (supl.1), p. S63-S69, 2005.

CHANNE, D. F. Hotelaria hospitalar: investir para sobreviver. 2006. Acesso 20 maio 2015. Disponível em <http://www.abifcc.org.br/oldnews/noti10012006.htm>

DIO, G. S. C. Z. D.; RETTONDINI, O. C.; SOUSA, F. A. de. **Hotelaria Hospitalar: estratégia de diferenciação na busca da vantagem competitiva**. In: TRIGO, L. G. G. (Org.). Análises regionais e globais do turismo brasileiro. São Paulo: Roca, 2005. cap. 52, p. 805- 815.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. Oxford: Oxford University Press, 2003

DONABEDIAN, A. **The Seven Pillars of Quality**. *Arch Pathol Lab Med*, 1990.

GODOI, A. F. **Hotelaria Hospitalar: Humanização no atendimento em hospitais**. São Paulo: ícone, 2004.

GODOI, L. G. *et al*. **Análises regionais e globais do turismo brasileiro**. São PAULO: Roca, 2005, p 806-815.

GUEDES, H. H. S.; CASTRO, M. M. C. Atenção hospitalar: um espaço produtor do cuidado integral em saúde. **Serv. soc. rev.**, v. 12, n.1, p. 4-26, 2009.

GUIMARÃES, N. V. **Hotelaria hospitalar: uma visão interdisciplinar**. São Paulo: Atheneu, 2007.

OLIVEIRA, C. *et al*. A hotelaria hospitalar como uma nova perspectiva de atuação em organizações de saúde. **Turismo: Estudos e Práticas – UERN**. v.1, n. 2, p. 191-209, 2012.

OLIVEIRA, R. A. Hotelaria Hospitalar e o Controle de Infecção. **J Infect Control**. v.2, n.2, p:101-102, 2013.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: Teoria e Prática**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan. 2006.

PINOCHET, L. H. C.; GALVÃO, C. F. G. Aspectos humanos na gestão hospitalar. **O Mundo da Saúde**.v.34, n.4, p:498-507, 2010.

POTT, F. S. *et al*. Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico. **Rev. bras. enferm. [online]**. v.66, n.2, p. 174-179, 2013.

RIBEIRO, A. B. A. hotelaria hospitalar como um diferencial no setor de saúde. **Revista Especialize Online IPOG**. v.1, n. 6, 2013.

SOUZA, R. C. R. *et al.* *Ombudsman service in hospital administration: a friendly environment for healthcare system users*. **Cuid. fundam. Online**. v.2, n.3, p:1062-1070, 2010.

TARABOULSI, F. A. **Administração de Hotelaria Hospitalar**. 2ª ed. São Paulo: atlas, 2003.

TARABOULSI, F. A. **Administração de hotelaria hospitalar: serviços aos clientes, humanização do atendimento, departamentalização, gerenciamento, saúde e turismo, hospitalidade**. São Paulo: Atlas, 2004.

TOMAZZONI, E. L.; SANTOS, A. F. Formação e atuação profissional em hotelaria hospitalar na cidade de São Paulo. **Revista Hospitalidade**. v. 11, n. 1, p. 107 - 130, 2014.

WATANABE, S. **Hospitalidade: uma abordagem para melhoria da qualidade**. 2005. Acesso 09 maio 2015. Disponível em http://www.hospitalar.com/opiniao/opiniao_1176.html.

CAPÍTULO 17

DIFICULDADES ENFRENTADAS POR ENFERMEIROS DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

Data de aceite: 01/08/2021

Denise Sabrina Nunes da Silva

Centro Universitário Santo Agostinho (UNIFSA)
<http://lattes.cnpq.br/7613150118595701/>

Rosane da Silva Santana

Universidade Federal do Ceará – (UFC), Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-0601-8223>

Wesley Brandolee Bezerra Fernandes

Instituto de Ensino Superior Múltiplo- IESM.
Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-1472-1207>

Danielly Matos Veras

Universidade Estadual do Piauí, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/2819206843169544>

Iasmin Resende

Centro Universitário Maurício de Nassau
(UNINASSAU), Brasil
<http://lattes.cnpq.br/3938948936540625>

Francisco Alex do Nascimento da Silva

Centro Universitário Maurício de Nassau
(UNINASSAU), Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-2576-7713>

Paula Cruz Fernandes de Sousa

Faculdade Estácio de Teresina, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/2637481600859038>

Laurice da Silva Nascimento

Centro Universitário Maurício de Nassau
(UNINASSAU), Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-4759-7281>

Francisco Itálo Ferreira da Silva

Centro Universitário Maurício de Nassau
(UNINASSAU), Brasil
<http://lattes.cnpq.br/8304936211387939>

Adalberto Fortes Rodrigues Júnior

Universidade Federal do Piauí – UFPI, Teresina
- PI
<https://orcid.org/0000-0002-5169-0027>

Ravena de Sousa Alencar Ferreira

Universidade Federal do Piauí – UFPI,
Teresina-PI
<http://lattes.cnpq.br/4928044151147868>

Gabriela Oliveira Parentes da Costa

<https://orcid.org/0000-0001-9473-8986>
Instituto Federal do Maranhão – IFMA, Coelho
Neto, MA

RESUMO: O objetivo desta pesquisa foi analisar as dificuldades enfrentadas por enfermeiros do atendimento móvel urgência. Trata-se de um estudo de Revisão Integrativa. Foram utilizados seis artigos compreendidos entre 2014 e 2020, retirados da Biblioteca Virtual em Saúde/BIREME (BVS), Scientific ElectronicLibrary Online (SciELO) e das Bases de Dados de Enfermagem (BDENF), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE) e Google Acadêmico. Os artigos foram classificados em duas categorias: “Dificuldades enfrentadas por enfermeiros do atendimento móvel de urgência” e “Fatores que influenciam na qualidade de vida do enfermeiro que trabalha no SAMU”. Evidenciou-se que os enfermeiros

que atuam no SAMU sentem dificuldades relacionadas ao desconhecimento da população sobre a função do SAMU, à dados insuficientes sobre a real situação da vítima, ao local da ocorrência com endereço incorreto, à dificuldade no contato com a central para a liberação de ocorrências, à escassez de material, à falta de integração com outros serviços de saúde, à remoção de pacientes por outros serviços como o corpo de bombeiros e a polícia militar sem o aviso prévio ao SAMU, e às condições de trabalho, que incluem equipamentos, protocolos, ambiente apropriado com local de descanso e conforto, capacitação continuada, tecnologia que ofereça maiores informações sobre o atendimento e infraestrutura dos serviços. Espera-se que o referido estudo promova reflexões a respeito das dificuldades cotidianas vivenciadas pelos enfermeiros do SAMU e pelos gestores, com o intuito de melhorar as condições e o ambiente de trabalho, e que, conseqüentemente, reflita na melhoria da qualidade de vida, além de servir como base científica para outros estudos.

PALAVRAS - CHAVE: Enfermagem em emergência. Qualidade de vida. Serviços Médicos de Emergência.

DIFFICULTIES FACED BY NURSES FROM THE MOBILE EMERGENCY CARE SERVICE

ABSTRACT: The objective of this research was to analyze the difficulties faced by nurses in emergency mobile care. This is an Integrative Review study. Six articles were used between 2014 and 2020, taken from the Virtual Health Library / BIREME (VHL), Scientific Electronic Library Online (SciELO) and from the Nursing Databases (BDENF), Latin American and Caribbean Literature in Sciences of the Health (LILACS), Online Medical Literature Search and Analysis System (MEDLINE) and Google Scholar. The articles were classified into two categories: "Difficulties faced by nurses in mobile emergency care" and "Factors that influence the quality of life of nurses who work at SAMU". It was evidenced that nurses who work at SAMU feel difficulties related to the population's lack of knowledge about the role of SAMU, to insufficient data on the real situation of the victim, to the location of the occurrence with an incorrect address, to the difficulty in contacting the central for the release of events, shortage of material, lack of integration with other health services, removal of patients by other services such as the fire department and the military police without prior notice to SAMU, and working conditions, which include equipment, protocols, an appropriate environment with a place of rest and comfort, continuous training, technology that offers more information about the service and infrastructure of the services. It is expected that the referred study promotes reflections about the daily difficulties experienced by SAMU nurses and managers, in order to improve conditions and the work environment, and that, consequently, reflects on improving the quality of life, in addition to to serve as a scientific basis for other studies.

KEYWORDS: Emergency nursing. Quality of life. Emergency Medical Services.

RESUMEN: El objetivo de esta investigación fue analizar las dificultades que enfrentan las enfermeras en la atención de emergencia móvil. Este es un estudio de Revisión Integrativa. Se utilizaron seis artículos entre 2014 y 2020, tomados de la Biblioteca Virtual en Salud / BIREME (BVS), Biblioteca Electrónica Científica en Línea (SciELO) y de las Bases de Datos de Enfermería (BDENF), Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud

(LILACS). Sistema en línea para la búsqueda y análisis de literatura médica (MEDLINE) y Google Scholar. Los artículos se clasificaron en dos categorías: “Dificultades que enfrentan las enfermeras en la atención de emergencia móvil” y “Factores que influyen en la calidad de vida de las enfermeras que trabajan en SAMU”. Se evidenció que los enfermeros que trabajan en SAMU experimentan dificultades relacionadas con el desconocimiento de la población sobre el rol del SAMU, con datos insuficientes sobre la situación real de la víctima, con la ubicación del incidente con una dirección incorrecta, con la dificultad para contactar la central para liberación de eventos, escasez de material, falta de integración con otros servicios de salud, retiro de pacientes por otros servicios como el cuerpo de bomberos y la policía militar sin previo aviso al SAMU, y condiciones de trabajo, que incluyen equipos, protocolos, un ambiente apropiado con un lugar de descanso y comodidad, formación continua, tecnología que ofrece más información sobre el servicio y la infraestructura de los servicios. Se espera que el referido estudio promueva reflexiones sobre las dificultades diarias que viven los enfermeros y gerentes del SAMU, con el fin de mejorar las condiciones y el clima laboral, y que, en consecuencia, reflexione en mejorar la calidad de vida, además de servir como un base científica para otros estudios.

PALABRAS CLAVE: Enfermería de emergencia. Calidad de vida. Servicios médicos de emergencia.

1 | INTRODUÇÃO

Os acidentes de trânsito são um sério problema de saúde pública mundial, por estarem relacionados às principais causas de morte, hospitalização e deficiência. São aproximadamente 1,3 milhões de vítimas no trânsito, fatais e não fatais, e 50 milhões por ano em todo o mundo. Cerca de 90% das mortes ocorrem em países de baixa e média rendas, onde as principais vítimas são pedestres, ciclistas e motociclistas (MONTEIRO et al., 2020). No Brasil, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) atende 75% da população, sendo que cerca de 80% das ocorrências dizem respeito às formas de acidente acima mencionadas (MENDONÇA; SILVA; CASTRO, 2017).

Atuam nesse serviço diversos trabalhadores e profissionais da área da saúde, dentre eles o enfermeiro, cujo trabalho é essencial dentro da equipe. É este que desenvolve atividades de coordenação, educação continuada, assistência de enfermagem e cuidados diretos a pacientes de alto risco nas unidades de suporte avançado terrestre e aéreo (ADÃO; SANTOS, 2012).

Para a realização dessas atividades de forma competente, por meio de conhecimento técnico-científico, os enfermeiros devem estar em constante atualização, por meio de cursos especializados em urgência e emergência e de Atendimento Pré-Hospitalar (APH). A Educação Permanente em saúde (EPS) serve como estratégia para promover o desenvolvimento pessoal, social e cultural centrado no sujeito, possibilitando maior conhecimento e sendo aplicado de forma ideal na realização das atividades assistenciais (VICENTE et al., 2019).

Mesmo com a frequente atualização e aprimoramento dos enfermeiros, podem surgir inúmeras dificuldades em relação à teoria e à prática, em vistas de lacunas na formação profissional na maioria das vezes não sanadas. Além disso, podem surgir dificuldades internas ao próprio serviço, como a falta de material e infraestrutura ou eventos imprevistos que dificultam ou impossibilitam a realização do atendimento (SOUSA; TELES; OLIVEIRA, 2020).

Devido à rotina e às tensões do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, decorrentes principalmente do processo de trabalho e do esforço físico, mental, psicológico e emocional, o enfermeiro pode apresentar problemas de saúde. Entre estes, é comum o estresse ocupacional, que provoca sintomas físicos e/ou mentais danosos, somados ou não ao ambiente e à sobrecarga de trabalho, interferindo na execução de tarefas, no comportamento profissional e pessoal, na eficácia e nos resultados do trabalho e na qualidade de vida (CARVALHO et al., 2020).

Convém, assim, problematizar sobre a causa e os efeitos dos problemas de saúde envolvidos no trabalho do enfermeiro do SAMU. Este estudo teve como objetivo analisar as dificuldades enfrentadas por enfermeiros do serviço de atendimento móvel de urgência.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de Revisão Integrativa, método que utiliza fontes de informações bibliográficas ou eletrônicas, sobre material já elaborado, através da análise de conteúdo de Bardin (BARDIN, 2016). Ele também permite a inclusão simultânea de pesquisas experimentais, utilizando-se agrupamento de dados de literatura e proporcionando ampla compreensão do assunto (ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014).

Para o desenvolvimento da pesquisa, foram realizadas as etapas: elaboração da questão norteadora; seleção das bibliotecas eletrônicas e bases de dados a serem utilizadas; escolha dos critérios de inclusão e exclusão; busca dos artigos; análise dos estudos selecionados; interpretação dos resultados e apresentação da revisão ou síntese do conhecimento (FINEOUT et al., 2011).

O estudo foi guiado pela questão norteadora: quais as dificuldades enfrentadas por enfermeiros do serviço de atendimento móvel de urgência?

A pesquisa foi realizada entre os meses de setembro e dezembro de 2020, utilizando a Biblioteca Virtual em Saúde/BIREME (BVS), e a Scientific Electronic Library Online (SciELO), além das Bases de Dados de Enfermagem (BDENF), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE) e Google Acadêmico. Os descritores utilizados para busca dos estudos foram: Enfermagem; Serviço médico de emergência e Enfermagem em emergência.

Para a inclusão das publicações foram seguidos alguns critérios: artigos publicados do período de janeiro de 2014 a outubro de 2020 completos e em português, cujos resultados

estivessem relacionados ao serviço de urgência e emergência e, em específico, ao serviço de atendimento móvel de urgência. Foram excluídos artigos repetidos, de pesquisas de opinião de especialistas, de protocolos, de cartas-resposta e editoriais ou que fugissem ao tema.

Após a busca na Biblioteca Virtual em Saúde/BIREME (BVS) e na Scientific Electronic Library Online (Scielo), utilizando-se os descritores, foram encontrados um total de 892 artigos, sendo 795 na base de dados MEDLINE, 65 artigos na LILACS, 59 artigos na BDEF. Havia 433 artigos disponibilizados em texto completo e 77 estavam em português. Após aplicação do filtro, houve um resultado com 42 artigos, e com a leitura dos títulos e do resumo foi considerada elegível uma amostra de 11. Ao final, com a leitura na íntegra dos artigos, foram considerados para amostra do estudo 06 artigos ao todo. Realizou-se a leitura na íntegra e foi elaborado um quadro contendo o título do artigo, autores, ano de publicação, periódico e metodologia de cada pesquisa. Para a análise de dados dos artigos, foi feito o uso do sistema de categorização.

A análise de conteúdo de Bardin é uma técnica de análise de entrevistas e do que foi observado pelo pesquisador, em que se busca descrever e entender o conteúdo dos textos. Ela pode ser concebida de diferentes formas, de acordo com a vertente teórica, desde que respeitado o rigor nas análises de conteúdo para ultrapassar incertezas e objetivar o que é questionado (BARDIN, 2016).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo foi formado por uma amostra variada, composta de seis artigos, organizados no Quadro 1 e discutidos conforme as dificuldades enfrentadas por enfermeiros no atendimento móvel de urgência e os fatores que influenciam na qualidade de vida dos enfermeiros que trabalham no SAMU.

TÍTULO	AUTORES	ANO	PERIÓDICO	METODOLOGIA
Dificuldades vivenciadas em um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: Percepções da Equipe de Enfermagem.	SILVA, S. F. et. al.	2014	Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro	Entrevista qualitativa
Trabalhar no SAMU: Facilidades e Dificuldades para realização do trabalho dos enfermeiros em um estado da Região Sul do Brasil.	LUCHTEMBERG, M.N.; PIRES, D. E. P.	2017	Revista Saúde Pública	Pesquisa quantitativa

Principais dificuldades do Atendimento Pré-Hospitalar descritas pela produção científica nacional.	BRAGA, M. D. X. et. al.	2019	Revista Eletrônica Acervo Saúde	Revisão bibliográfica
Acidentes de trabalho e os riscos ocupacionais identificados no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.	GOULART, L. S. et. al.	2019	Revista da Escola de Enfermagem da USP	Pesquisa quantitativa (formulários)
Mapeamento dos Riscos Psicossociais no SAMU/DF	ARAÚJO, L. K. R.; OLIVEIRA, S. S.	2019	Psicologia: Ciência e Profissão	Entrevista qualitativa
Qualidade de vida de enfermeiros do Serviço de Atendimento Móvel de Urgências.	CABRAL, C. C. O. et. al.	2020	Texto e Contexto Enfermagem	Pesquisa quantitativa (questionários)

Quadro 1: Descrição dos artigos incluídos na Revisão Integrativa segundo título do artigo, autores, ano de publicação, periódico e metodologia.

Fonte: Autores.

Verificou-se que o ano com maior número de publicações sobre o assunto foi 2019, com três artigos, enquanto os demais textos foram publicados nos anos de 2014, 2017 e 2020. As revistas e periódicos são brasileiros, vinculados a universidades e institutos de diferentes regiões do país. Dois artigos são de revistas vinculadas à Universidade de São Paulo (“Revista Saúde Pública” e “Revista da Escola de Enfermagem da USP”); a “Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro” é vinculada à Universidade Federal de São João del-Rei; a revista “Psicologia: Ciência e Profissão” é vinculada ao Conselho Federal de Psicologia, localizado em Brasília; a revista “Texto e Contexto Enfermagem” é vinculada à Universidade Federal de Santa Catarina, localizada portanto em Florianópolis; por fim, a “Revista Eletrônica Acervo Saúde” não é vinculada a nenhum instituto.

Dificuldades enfrentadas por enfermeiros do atendimento móvel de urgência

Segundo Silva et al. (2014), uma das principais dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros está relacionada ao desconhecimento da população sobre a função do SAMU, pois muitas vezes o serviço acaba sendo acionado sem necessidade, levando ao deslocamento desnecessário e prejudicando outras ocorrências que reamente necessitam de um serviço de urgência, além de repercutir diretamente na qualidade e sucesso desse atendimento. Tal dificuldade também está vinculada a dados insuficientes quanto à real situação da vítima, e principalmente quanto ao local da ocorrência, atrasando

o atendimento.

Silva et al. (2014) ainda apontam que os enfermeiros relatam dificuldades relacionadas à central de regulação, em que muitas vezes a assistência ao usuário acaba demorando e sendo fragilizado o andamento do atendimento das ocorrências. Essas dificuldades, que dizem respeito à central de regulação, estão ligadas principalmente à liberação das ocorrências: muitas vezes o usuário não consegue solicitar o serviço e acaba deslocando-se até a base, tendo o próprio enfermeiro que solicitar a liberação da ocorrência na central para prestar seu atendimento.

Conforme Braga et al. (2019), a escassez de material também é outra dificuldade evidente, vivenciada pelos enfermeiros do atendimento móvel de urgência. Os autores evidenciaram o comprometimento na realização de alguns procedimentos, muitas vezes dificultando ou impossibilitando sua realização dos mesmos, além do comprometimento nas transferências de pacientes entre os hospitais, levando a um prolongamento na resolução do atendimento prestado e produzindo atendimentos de baixa resolutividade e qualidade.

Braga et al. (2019) também evidenciam dificuldades relatadas pelos enfermeiros quanto à falta de integração com outros serviços de saúde, dada a resistência de alguns profissionais que dificultam a dinâmica do atendimento. Ademais, é relatada a dificuldade de remoção de pacientes por outros serviços, como o corpo de bombeiros e a polícia militar, sem o aviso prévio ao SAMU, ocorrendo deslocamento desnecessário, consequentemente atrasando o atendimento de outras ocorrências, levando a gastos desnecessários e evidenciando a falta de comunicação com outros serviços.

De acordo com Luchtemberg e Pires (2017), dificuldades nas condições de trabalho do enfermeiro do SAMU, em seu sentido amplo, incluem equipamentos, protocolos, ambiente apropriado com local de descanso e conforto, capacitação continuada, tecnologia que ofereça maiores informações sobre o atendimento e infraestrutura. Por isso, o serviço de socorrista nem sempre pode ser prestado de forma correta, gerando sobrecarga e menor tempo de resposta na execução de algumas assistências.

Fatores que influenciam na qualidade de vida dos enfermeiros que trabalham no SAMU

Segundo Cabral et al. (2020), os principais fatores que interferem na qualidade de vida dos enfermeiros do serviço de atendimento móvel de urgência são a dor e o desconforto decorrentes do desgaste laboral, além de estresse e esgotamento físico ocasionados pelas dificuldades de manutenção da saúde e pela falta de suporte físico e psicológico no ambiente de trabalho. A carga psicológica do serviço ainda acaba causando outros problemas, como episódios de mau humor, desespero, ansiedade e depressão.

No estudo de Araújo e Oliveira (2019), alterações na qualidade do sono dos enfermeiros se tornam notórias, uma vez que decorrem da sobrecarga física ocasionada por dores corporais após ocorrências. O enfermeiro exerce muito esforço físico ao carregar

os pacientes nas pranchas, algo rotineiro que, com o passar do tempo, acentua as dores e, por não permitir o relaxamento do corpo, influencia na qualidade do sono.

Araújo e Oliveira (2019) ainda apontam fatores que influenciam na qualidade de vida do enfermeiro do SAMU relativos a espaços físicos inapropriados (principalmente para o descanso entre as ocorrências), a uniformes desconfortáveis e ao pequeno número de ambulâncias disponíveis, que acaba acarretando sobrecarga de trabalho e danos na qualidade de vida do enfermeiro socorrista.

Segundo Goulart et al. (2020), os acidentes de trabalho com os enfermeiros do SAMU também são mostrados como fatores que influenciam na qualidade de vida, pois pelo menos um acidente de trabalho foi vivenciado pelos enfermeiros durante ocorrências, como: atropelamento na cena de atendimento, agressão física e verbal, mordidas de animais, quedas, acidentes de trânsito em deslocamento, mais frequentemente, acidentes com materiais perfurocortantes, em especial com a ambulância estava em movimento.

Goulart et al. (2020) ainda evidenciam outros fatores que interferem na qualidade de vida do enfermeiro do SAMU, identificados pelo levantamento, transferência e transporte contínuo de pacientes, movimentos repetitivos, exposição a substâncias nocivas à saúde e iluminação inadequada. Esses fatores podem causar lesões físicas como entorses, distensões, lesões corporais diversas, tensão e estresse.

4 | CONCLUSÃO

O estudo permitiu analisar as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros do atendimento móvel de urgência, sendo algumas destas: o desconhecimento da população sobre a função do SAMU, dados insuficientes relacionados à real situação da vítima e ao local da ocorrência, escassez de material, entre as quais é possível observar uma associação com a qualidade de vida do enfermeiro que atua no SAMU.

Nesse sentido, espera-se que o referido estudo promova reflexões a respeito das dificuldades cotidianas vivenciadas por enfermeiros do SAMU e por gestores, para melhorar as condições e o ambiente de trabalho, refletindo na melhoria da qualidade de vida. Além disso, o estudo tenciona servir de base científica para outros estudos.

REFERÊNCIAS

ADÃO, R. S.; SANTOS, M. R. ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL. *remE – Rev. Min. Enferm.* V.16, n.4, p. 601-608, out./dez., 2012.

ARAÚJO, L. K. R.; OLIVEIRA, S. S. Mapeamento dos Riscos Psicossociais no SAMU/DF. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 39, n. 184126, pp.1-12. 2019.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2016.

BRAGA, M.D.X. *et al.* Principais dificuldades do atendimento pré-hospitalar descritas pela produção científica nacional. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, 2019.

CABRAL, C. C. O. *et al.* Qualidade de vida de enfermeiros do Serviço de Atendimento Móvel de Urgências. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 29, n. x, pp. Xx-xxx, 2020.

CARVALHO, A. C. L. *et al.* Estresse dos profissionais de enfermagem atuantes no atendimento pré-hospitalar. **Rev Bras Enferm**. v. 73, n. 2, 2020.

ERCOLE, F. F.; MELO, L. S.; ALCOFORADO, C. L. G. C. Revisão Integrativa *versus* Revisão Sistemática. **Rev Min Enferm**, v. 18, n. 1, pp. 1-260, jan/mar. 2014.

FINEOUT, O. E. *et al.* Following the evidence: planning for sustainable change. **Am J Nurs**. v. 111, n. 1, pp. 54-60, jan. 2011.

GOULART, L.S. *et al.* Acidentes de trabalho e os riscos ocupacionais identificados no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Rev Esc Enferm USP**, v. 54, pp.1-8, 2020.

LUCHTEMBERG, M. N; PIRES, D. E. P. Trabalhar no samu: facilidades e dificuldades para realização do trabalho dos enfermeiros em um estado da região sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 10, n. 1, pp. 31-45, jan./abr. 2017.

MENDONÇA, M. F. S; SILVA, A. P. S. C.; CASTRO, C. C. L. Análise espacial dos acidentes de trânsito urbano atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: um recorte no espaço e no tempo. **Rev Bras Epidemiol**, v. 20, n. 4, pp.727-741, out/dez. 2017.

MONTEIRO, C. S. *et al.* Características de acidentes e padrões de lesões em motociclistas hospitalizados: estudo retrospectivo de emergência. **Acta Paul Enferm**, v. 33, pp. 1-8, 2020.

SILVA, S. F. *et al.* Dificuldades vivenciadas em um serviço de atendimento móvel de urgência: percepções da equipe de enfermagem. **Rev. Enferm. Cent. O. Min**, v. 4, n. 2, pp.1161-1172, maio/ago. 2014.

SOUSA, B. V. N; TELES, J. F; OLIVEIRA, E. F. Perfil, dificuldades e particularidades no trabalho de profissionais dos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel: revisão integrativa. **Revista Enfermería Actual**, n. 38, 2020, pp. 1-16, jun. 2020.

VICENTE, C. *et al.* Cuidado à pessoa com ferida oncológica: educação permanente em enfermagem mediada por tecnologias educacionais. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 40, pp. 1-8. 2019.

PERFIL DOS ATENDIMENTOS DE UM SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA-SAMU/192: SOB A ÓTICA DOCUMENTAL

Data de aceite: 01/08/2021

Data de submissão: 05/05/2021

Amanda Domingos Ferreira

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sul de Minas Gerais, Campus de Passos, Departamento de Enfermagem
Passos – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/6978968311208680>

Juliano de Souza Caliar

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sul de Minas Gerais, Campus de Passos, Departamento de Enfermagem
Passos – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/9841209843799788>

Marilene Elvira de Faria Oliveira

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sul de Minas Gerais, Campus de Passos, Departamento de Enfermagem
Passos – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/9673824613590047>

Wallan de Oliveira Lopes Silva

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sul de Minas Gerais, Campus de Passos, Departamento de Enfermagem
Passos – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/0374981079363369>

Wilson Goulart Estêvão

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sul de Minas Gerais, Campus de Passos, Departamento de Enfermagem
Passos – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/9910459363202551>

RESUMO: **Introdução:** O Atendimento Pré Hospitalar tem por competência realizar cuidados de emergência. **Objetivo:** Analisar o perfil dos atendimentos no Pré Hospitalar do Suporte Básico de Vida e Suporte Avançado de Vida. **Metodologia:** Pesquisa documental dos atendimentos das unidades de Suporte Avançado e Suporte Básico de Vida, nos períodos de 2015 a 2019 realizados no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, gerenciado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde da macrorregião do Sul do Estado de Minas Gerais. **Resultado:** Do total de 1.919.033 ligações, foram atendidas 286.890 (14,95%), das quais, 241.705 (84,25%) foram por Unidades de Suporte Básico e 45.180 (15,75%) por Unidades de Suporte Avançado. Em relação a faixa etária, prevaleceram os pacientes de 20 a 60 anos (53,96), de predomínio do sexo masculino (53,75%), de atendimentos realizados no pré-hospitalar (97,29%) e aqueles cuja a causa clínica foi o principal motivo (66,89%). **Conclusão:** Houve predominância da faixa etária entre 20 a 60 anos, sexo masculino, motivo de acionamento foi por causa clínica. Faz-se necessário traçar estratégias de gestão do cuidado, vigilância e planejamento em saúde, implementados desde a atenção básica até a alta complexidade.

PALAVRAS - CHAVE: Serviços Médicos de Urgência/SAMU; Atendimento Pré-hospitalar; Perfil de Saúde; Documentos.

PROFILE OF THE ATTENDANCE OF A MOBILE EMERGENCY CARE SERVICE- SAMU/192: FROM THE DOCUMENTARY PERSPECTIVE

ABSTRACT: Introduction: Pre-Hospital Care is responsible for providing emergency care. **Objective:** To analyze the profile of prehospital care for Basic Life Support and Advanced Life Support. **Methodology:** Documentary research of the attendances of the Advanced Support and Basic Life Support units, in the periods 2015 to 2019 carried out in the Mobile Emergency Care Service, managed by the Intermunicipal Health Consortium of the Southern Minas Gerais macro-region. **Results:** Of the total of 1,919,033 calls, 286,890 (14.95%) were answered, of which 241,705 (84.25%) were from Basic Support Units and 45,180 (15.75%) by Advanced Support Units. Regarding age group, there was a prevalence of patients between 20 and 60 years old (53.96), male patients (53.75%), pre-hospital care (97.29%), and those whose clinical cause was the main reason (66.89%). **Conclusion:** There was a predominance of the age group between 20 and 60 years, male gender, and the triggering reason was clinical. It is necessary to develop strategies for care management, surveillance and health planning, implemented from primary care to high complexity.

KEYWORDS: Emergency Medical Services/SAMU; Pre-hospital care; Health Profile; Documents.

1 | INTRODUÇÃO

Emergências são problemas de saúde que colocam, de forma iminente, a vida do indivíduo em risco, sendo necessário o atendimento médico imediato e em menor tempo possível. Para o atendimento dessa demanda, o Atendimento Pré-Hospitalar (APH) é extremamente relevante, realizando um atendimento voltado para as especificidades de cada ocasião emergencial. O APH tem, por competência, realizar atendimentos iniciais, com foco em cessar o risco de morte e minimizar sequelas, com atendimento ligado à Rede de Atenção à Saúde, do Sistema Único de Saúde (SUS) (DIAS et al., 2016).

Esses serviços, que atendem os usuários nas situações de urgência e emergência, ainda enfrentam obstáculos constantes, apesar de avanços, sofrem com problemas estruturais do sistema de saúde a saber: algumas barreiras de acesso para o usuário, profissionais pouco habilitados, superlotação das estações de entrada, escassez de recursos, número ineficiente de leitos especializados, fazendo com que, o que pode prejudicar o fluxo de atendimento (TIBÃES et al., 2018).

De acordo com Decreto nº 7.508/2012, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), representa uma relevante porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), por receber diversas demandas emergenciais da população e prestar o atendimento inicial à saúde do usuário (BRASIL, 2012).

Assim, torna-se fundamental reconhecer as situações dos serviços de emergência, bem como os atendimentos realizados, a fim de prover dados para que fluxos e ações educativas sejam formuladas, alinhadas e aperfeiçoadas. Nessa direção, pretende-se, com o presente estudo analisar o perfil dos atendimentos prestados pelas equipes de Suporte

2 I MATERIAL E MÉTODOS/ PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este estudo trata-se de uma pesquisa documental e bibliográfica, fundamentada em Gil (2002; 2008), Marconi e Lakatos (1992; 2003), Oliveira (2007), Prodanov e Freitas (2013) e Pádua (2017). A pesquisa bibliográfica abrange toda a bibliografia já tornada pública em relação ao tema de estudo com a finalidade de colocar o observador em contato com tudo o que já foi dito ou escrito sobre determinado assunto. Enquanto que a pesquisa documental é aquela que a fonte de coleta de dados está restrita a documentos, os quais podem ou não ser recolhidos no momento em que o fato ocorre, as fontes de documentos podem ser arquivos públicos, arquivos particulares e fontes estatísticas. O método de estudo empregado, contribui para o conhecimento de uma realidade sobre determinada instituição.

A pesquisa foi conduzida por sete fases, a saber: determinação dos objetivos; elaboração do plano de trabalho; identificação das fontes; localização das fontes e obtenção do material; tratamento dos dados; confecção das fichas e redação do trabalho; construção lógica e redação do trabalho.

O estudo foi desenvolvido no SAMU gerenciado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde, da macrorregião do Sul do Estado de Minas Gerais (CISSUL). A macrorregião Sul é constituída por 153 municípios (MALACHIAS.; LELES; PINTO, 2010). A equipe do SAMU é composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e condutores socorristas. Faz parte da rede um helicóptero (aeromédico, em parceria com o Corpo de Bombeiros do Estado de Minas Gerais – CBM/MG), 35 Unidades de Suporte Básico e 09 Unidades de Suporte Avançado. Esta estrutura está distribuída entre 34 bases descentralizadas e uma Central de Regulação, oferecendo atendimento a cerca de uma população de 2 milhões e 700 mil habitantes (CISSUL, 2014). O SAMU/CISSUL foi implantado e iniciado suas atividades assistenciais em 31 de janeiro de 2015 (MINAS GERAIS 2004; 2010; 2013; CISSUL, 2014).

O *corpus* da análise foi representado por periódicos, artigos e dispositivos legais nacionais, estaduais e institucional que sintetiza toda a legislação nacional que implanta, implementa e estabelece a rede de urgência e emergência no âmbito nacional; a legislação estadual que implementa a rede de urgência e emergência no âmbito estadual e regional, e o conjunto de documentos e legislações que constitui o CISSUL. A busca nas bases de dados possibilitou a identificação de 96 artigos originais potencialmente elegíveis, 64 documentos de primeira mão. Após aplicação dos critérios de seleção, foram selecionados 28 documentos para este estudo. A coleta de dados foi realizada no mês de março de 2020 por meio de consulta virtual aos *sites* institucionais (<https://www.cissulsamu.com.br/cissul/relatorios>) e governamentais (<https://saude.gov.br/>), os documentos primários foram

disponibilizados por meio digital.

Os critérios de seleção foram os relatórios estatísticos de atendimentos das Unidades de Suporte Avançado (USA) e Unidade de Suporte Básico de Vida (USB) de 31 de janeiro de 2015 até 31 de dezembro de 2019, sendo avaliados e discutidos as variáveis apresentadas, tais como: total de ligações; total de saída por tipo de atendimento; total de atendimentos por tipo de unidade; total de atendimentos por causas; total de atendimento por faixa etária e atendimentos por sexo.

O tratamento dos dados foi de forma sistematizada, organizada, analítica e descritiva por meio da análise documental. Os documentos e periódicos utilizados foram retirados de uma base de dados pública, de acesso aberto, e por se tratar de uma pesquisa documental e não envolver estudos com seres humanos, não houve necessidade de apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Federal de Educação, Ciências e Tecnologia do Sul de Minas Gerais campus Passos, conforme determina a Resolução 466/2012 e Resolução 510/2016.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

O estudo foi desenvolvido em duas etapas. Inicialmente, foi realizada a pesquisa bibliográfica dos temas de interesse da pesquisa, com o auxílio da internet, consultando as bases de dados nacionais e internacionais, diretórios e sítios eletrônicos. Os descritores controlados foram delimitados para cada base de dados selecionados (*Medical Subject Headings* – MeSH) e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e os descritores não controlados (palavras-chave) estabelecidos pelo pesquisador mediante leituras prévias sobre o tema investigado. Na estratégia de busca dos estudos originais, os descritores controlados e não controlados foram combinados de diferentes formas com o auxílio dos operadores booleanos AND/ OR.

Na segunda etapa, foi realizada a pesquisa documental, sendo selecionados os documentos que respondessem à questão norteadora deste estudo.

Para essa primeira etapa, encontrou-se 96 artigos e na segunda parte, participaram do arsenal documental portarias, resoluções, deliberações, estatuto, protocolo de intenção entre outros documentos institucional oficiais, totalizando 64 documentos, aplicando os critérios de inclusão e exclusão foram selecionados 28 documentos (16 artigos originais e 12 documentos de primeira mão, ou seja, fontes primárias).

O perfil das ocorrências apresentadas nos relatórios de dados de atendimento sintético do período de 31/01/2015 a 31/12/2019 estavam divididas e classificadas de acordo com: 1) total de ligações; 2) total de saídas de unidade; 3) total de saída por tipo de atendimento; 4) total de saídas de unidade sem atendimento; 5) total de atendimentos por tipo de unidade; 6) total de atendimentos por causas; 7) total de atendimento por faixa etária; 8) atendimentos por sexo e 9) atendimento por apoio. O presente estudo trabalhou com as

seguintes variáveis: 1; 3; 5; 6; 7 e 8 por responder o objeto de estudo (CISSUL 2015; 2016; 2017; 2018; 2019).

No período de 31 de janeiro de 2015 a 31 de dezembro de 2019, foram atendidas 1.919.033 ligações é importante ressaltar que houve nesse quantitativo, quedas das ligações, orientação médicas e não médicas e os trotes, desse total de ligações o que de fato gerou atendimentos formam: 286.890 (14,95%). Assim sendo, os atendimentos realizados pelas Unidades de Suporte Básico de Vida (USB) foram 241.705 (84,25%) e 45.180 (15,75%) de atendimentos realizados pelas Unidades de Suporte Avançado de Vida (USA) conforme descrito na Tabela 1.

PERFIL DOS ATENDIMENTOS DO SAMU- SUPORTE BASICO E AVANÇADO DE VIDA							
ANOS	2015*	2016	2017	2018	2019	Totais	N = (%)
TOTAL DE LIGAÇÕES	394.934	417.765	397.115	372.892	336.327	1.919.033	100
Consideradas Trote	70.156	87.555	90.512	52.723	36.392	337.338	17,57
Orientações Médicas	29.923	48.058	44.399	45.625	48.096	216.101	11,26
Orientações não médicas	150.970	122.134	85.626	74.874	81.167	514.771	26,82
Quedas de Ligações	82.958	98.925	112.064	128.951	92.222	515.120	26,84
Saídas de Unidade	-	61.093	64.514	70.719	78.450	274.776	14,31**
TOTAL DE SAIDAS POR TIPO DE ATENDIMENTO	-	61.087	64.514	70.714	78.450	274.765	100**
Pré Hospitalar	-	59.744	62.853	68.620	76.108	267.325	97,29
Intra Hospitalar	-	1.343	1.661	2.094	2.342	7.440	2,71
TOTAL DE ATENDIMENTOS POR TIPO DE UNIDADE	46.477	54.311	56.441	61.437	68.224	286.890	100
Por USA	5.739	8.058	9.030	10.154	12.199	45.180	15,75
Por USB	40.738	46.253	47.406	51.283	56.025	241.705	84,25
ATENDIMENTO POR FAIXA ETARIA	46.477	54.311	56.436	61.437	68.224	286.885	100
0 a 1 ano	3.584	1854	939	1.158	922	8.457	2,94
2 a 9 anos	1.420	1284	1.236	1.420	1.458	6.818	2,37
10 a 19 anos	3.424	3607	3.934	4.084	4.582	19.631	6,84
20 a 40 anos	13.720	17322	16.477	17.806	19.097	84.422	29,43
41 a 60 anos	11.059	12944	13.684	15.675	17.016	70.378	24,54
≥ 60 anos	13.270	17300	20.166	21.294	25.149	97.179	33,88
ATENDIMENTO POR SEXO	46.477	54311	56.441	61.437	68.224	286.890	100
Masculino	23.861	29705	30.412	33.328	36.887	154.193	53,75
Feminino	22.616	24606	26.018	28.108	31.337	132.685	46,75
TOTAL DE ATENDIMENTO POR CAUSA	46.477	54311	56.441	61.437	68.224	286.890	100
Causas clínicas	30.486	36024	37.647	41.242	46.503	191.902	68,89
Causas pediátricas	1.086	980	759	876	858	4.559	2,56
Causas traumáticas	11.992	14105	14.465	15.169	16.301	72.032	25,11
Causas psiquiátricas	810	1079	1.382	1.884	2.243	7.398	1,60
Causas obstétricas	2.103	2123	2.183	2.266	2.319	10.994	3,84

Tabela 1 – Quantitativo de atendimentos realizados pelas (USB's e USA's (CISSUL/SAMU) período de 2015 a 2019.

Fonte: Relatórios estatísticos CISSUL 2015/2019.

* relatório referente 31 de janeiro a dezembro de 2015, início das atividades assistenciais do CISSUL/SAMU.

** sem registro de dados do ano de 2015, não foram computados pelo sistema do CISSUL/SAMU

Em relação a idade, houve predomínio (53,97%) a faixa etária de 20 a 60 anos seguidos pelos maiores de 60 anos (33,88%), o que corrobora com outros estudos, onde

também foi possível observar que mesmo com o envelhecimento da população e o aumento das doenças da modernidade (IAM, AVE entre outras) relacionadas à idade, pode-se perceber que a maior demanda foi de pacientes jovens ou seja em idade economicamente ativa. E o estudo de Gonzaga et al. (2013) teve como maior demanda a faixa etária de 75 anos e mais anos. É fato que o envelhecimento populacional apresenta o alargamento do topo da pirâmide etária no Brasil, o que deve refletir maior demanda dessa população no atendimento às urgências médicas (ALMEIDA et al, 2016; DIAS, SILVEIRA, 2017; DIAS et al. 2016).

No que se refere ao sexo, a maioria dos atendimentos (53,75%) foi destinado ao sexo masculino. Esses resultados estão de encontro a literatura como nos estudos de Pitteri e Monteiro (2019); Gonzaga e colaboradores (2013); Dias e Silveira (2017), Dias e colaboradores (2016); Almeida e colaboradores (2016); Ferreira e colaboradores (2017); Tibães e colaboradores (2018). Segundo o Ministério da Saúde (2009), os homens tendem a protelar a procura por atendimento evitando a busca pelos serviços de saúde, buscando dessa forma, por atendimento apenas quando já acometidos por alguma morbidade. A população masculina está mais exposta a diversas doenças, seja pelas atividades econômicas e recreativas, seja pela exposição à violência e às drogas (BRASIL, 2009).

Ao analisar as causas dos atendimentos, pode-se observar 66,89% de causa clínicas e 25,11% traumáticas. Cabe destacar que as menores porcentagens foram as causas obstétricas (3,84%), pediátricas (2,56%) e psiquiátricas (1,60%). Resultados que também formam evidenciados em outros estudos, apresentado uma variação de quase 50% a 60% de causas clínicas (PITTERI; MONTEIRO, 2019; ANDRADE et al.,2010; CASAGRANDE; STAMM; LEITE, 2013; GONZAGA et al., 2013; ROCHA et al., 2014; ALMEIDA et al., 2016; TIBÃES et al., 2018). E no estudo de Ferreira e colaboradores (2017) a prevalência foi nas emergências traumática (50%) contra (17%) da causa clínica.

De acordo com a portaria 2048, de 267.325 (97,29%) foi realizado no ambiente pré-hospitalar, uma vez cessado os recursos locais, ou seja a rede hospitalar conveniada consegue resolver os problemas de saúde loco regional, e os pacientes já internados, de maior complexidade poderão ser direcionados aos centros de referência conforme é estabelecido pela portaria 2.048, direcionando o paciente ao serviço inter-hospitalar o que nesse estudo contabilizou 74.440 (2,71%), ou seja, as transferências via SUS-FÁCIL, transferências inter hospitalares, que também é uma atribuição do SAMU (BRASIL, 2002).

4 | CONCLUSÃO

Frente aos resultados encontrados, podemos observar predomínio da faixa etária entre 20 a 60 anos, sexo masculino, e o motivo de acionamento foi por causa clínica.

Conclui-se que apesar da porcentagem muito inferior das causas traumática, pediátrica e gineco-obstétrica, as causas clínicas foram responsáveis pelo maior quantitativo

de atendimentos no período analisado, perfazendo a necessidade de novas estratégias de gestão do cuidado, vigilância e planejamento em saúde, desde a atenção básica até a alta complexidade dos serviços e assistência a saúde.

O atendimento em saúde no, pré-hospitalar, não é apenas um processo estatístico, técnico e mecânico, desprovido do caráter humano dos envolvidos na relação dos diversos atores sociais.

Ainda, não se satisfaz apenas pelo atendimento e encaminhamento de vítimas às instituições de saúde, mas pela responsabilidade do dever cumprido no atendimento e da sensação de fazer a diferença na vida das vítimas e de seus entes, onde o tempo é vida. Portanto, faz-se necessário novos estudos, com outras temáticas que complemente e acrescente novos conhecimentos para a comunidade científica e técnica. Com objetivo de que ocorra o desenvolvimento de políticas públicas e protocolos clínicos baseado no perfil epidemiológico loco regional, para que melhore as condições de saúde da população assistida.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. M. et al. **Análise dos atendimentos do SAMU 192: Componente móvel da rede de atenção às urgências e emergências**. Escola Anna Nery, v. 20. P. 289-295, 2016.

ANDRADE, A. P. et al. **Perfil da assistência do serviço de atendimento móvel de urgência no ano de 2008**. *Sanare*, Sobral, v. 9 n.1, p.61-63, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão de Intergestores Tripartite. **Portaria n.º 2048/GM, de 05 de novembro de 2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html>; Acesso em: 15 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1.944, de 27 de agosto de 2009**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html> Acesso em: 23 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto n.º 7.508/2012. **Decreto regulamenta a lei do SUS**. Jun. 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br>> Acesso em: 21 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012**. Trata das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 15 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.º 510, de 07 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 maio 2016. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0510_07_04_2016.html> Acesso em: 15 mai. 2019.

CASAGRANDE, D.; STAMM, B.; LEITE, M.; T. **Perfil dos atendimentos realizados por uma Unidade de Suporte Avançado do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do Rio Grande do Sul.** Scientia Medica, Porto Alegre, v. 23 p. 149-155,2013.

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA MACRO REGIÃO DO SUL DE MINAS –CISSUL. Portaria n. 015 de 03 de outubro de 2014. Dispõe sobre a alteração da Estrutura Organizacional da Administração, competências e atribuições de cada cargo no âmbito do CISSUL para o gerenciamento dos serviços de atendimento e ações de educação permanente em Urgência e Emergência – CISSUL/SAMU; em conformidade com as Resoluções 002/2014 e 007/2014, aprovadas em 08 de agosto de 2014 e dá outras providências. **Conselho Diretor.** Varginha/MG, p. 01-53, out. 2014.

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA MACRO REGIÃO DO SUL DE MINAS – CISSUL. **Relatório de dados de atendimento sintético.** Período de 31/01/2015 a 31/12/2019. Varginha/MG. 2019. Disponível em: <www.velp.com.br> Acesso em: 23 abr. 2020.

DIAS J. M. C., et al.**Perfil de Atendimento do Serviço pré-hospitalar móvel de urgência estadual,** 2016. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/07/706/42470-171_307-1-pb.pdf> Acesso em: 20 de maio de 2019.

DIAS, E.; G.; SILVEIRA, A.; O. **Perfil dos Clientes e Atendimentos Realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência da Macrorregião Norte de Minas.** Revista Interd, v. 10 p. 50-59, 2017.

DIAS, J. M. et al. **Perfil de atendimento do serviço pré-hospitalar, móvel de urgência estadual.** Cogitare enfermagem. Natal, p.01-09, 2016.

FERREIRA, A. M. et al. **Serviço de atendimento móvel de urgência: Satisfação de usuários.**Enfermagem UFPE on line., Recife, p. 3718- 3724, 2017.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GONZAGA, R. A. et al. **Características dos atendimentos realizados pelo serviço de Atendimento Móvel de Urgência no município de Catanduva, Estado de São Paulo, Brasil, 2006 a 2012.** Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, p. 317-324, 2013.

MALACHIAS, I.; LELES, F. A. G.; PINTO, M. A. S. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais.** Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho científico:** procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos. 4. ed. rev. e ampl. São Paulo: Atlas, 1992.

MINAS GERAIS (Estado). Secretária Estadual da Saúde. **Resolução SES/MG N° 0393, de 30 de janeiro de 2004.** Aprova o Plano Estadual de Atenção Integral às Urgências; cria comissão paritária para análise de projetos de SAMU-192 e para apresentação de proposta para estruturação do Comitê Gestor Estadual do Sistema de Atenção às Urgências. Belo Horizonte, 2004. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=842>. Acesso em: 10 mai. 2019.

MINAS GERAIS (Estado). Secretária Estadual da Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG N° 1584, de 08 de setembro de 2013.** Aprova a alteração do Anexo Único da Deliberação CIB-SUS/MG n° 747, de 07 de dezembro de 2010, que estabelece as normas gerais para implantação das Redes Regionais de Urgência e Emergência no Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2013. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=842>. Acesso em: 10 mai. 2019.

OLIVEIRA, M. M. **Como fazer pesquisa qualitativa.** Petrópolis: Vozes, 2007.

PÁDUA, E. M. M. **Metodologia da pesquisa: abordagem teórico-prática.** 17. ed. Campinas, SP: Papyrus, 2017.

PITERRI, J.; S.; MONTEIRO, P.; S. **Caracterização do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em Palmas – Tocantins, Brasil, em 2019.** Com. Ciências Saúde, Palmas, p. 227-236, 2010.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico: técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico.** 2. ed. Novo Hamburgo: FEEVALE, 2013.

ROCHA, G. E. et al. **Perfil das ocorrências em um serviço de atendimento móvel de urgência.** Revista de Enfermagem UFPE On line. Recife, v. 8, n. 2, p. 3624-3631, out. 2014.

TIBÃES, H. B. et al. **Perfil de Atendimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Norte de Minas Gerais. J. res.: fundam. care. Online.** Rio de Janeiro, p. 675-682, 2018. Disponível em: <<http://revistainterdisciplinar.uninovafap.edu.br>. Acesso em 21 mai. 2019

CAPÍTULO 19

LESÕES POR ESFORÇO REPETITIVO EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NO AMBIENTE HOSPITALAR

Data de aceite: 01/08/2021

Data de submissão: 15/07/2021

Maria da Silva Brandão

Faculdade de Tecnologia e Educação Superior
Profissional – FATESP, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/8181277849981146>

Francisca Vania Araújo da Silva

Faculdade de Tecnologia e Educação Superior
Profissional – FATESP, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/2467667280542993>

Grazyella da Paz Santos Giannini

Universidade Federal do Piauí – UFPI, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/5160803399479794>

Sandra Helena Ferreira do Nascimento Oliveira

Faculdade Santo Agostinho – FSA, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/9137285783028427>

Cristiane Maria da Conceição

Centro Universitário UNINOVAFAPI, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/3835963765023815>

Kassia Rejane dos Santos

Faculdade Aliança, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/0597233728662446>

Karla Andréa Ribeiro da Silva

Associação de Ensino Superior do Piauí –
AESPI, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/0192603618466048>

Maria do Socorro Fontenele Brandão

Centro Universitário UNINOVAFAPI, Brasil
<https://orcid.org/0000-0001-5365-4401>

Maria Almira Bulcão Loureiro

Universidade Federal do Maranhão – UFMA,
Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-3234-2833>

Silvana do Espírito Santo de Castro Mendes

Universidade Federal do Maranhão – UFMA,
Brasil
<https://orcid.org/0000-0001-5723-5941>

Adriana de Sousa Brandim

Fundação Municipal de Saúde
<https://orcid.org/0000-0003-1486-8903>

Ana Cristina Ferreira Pereira

Instituto de Medicina Integral Fernando Figueira
- IMI, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-8429-5496>

RESUMO: Objetivo: Identificar a percepção dos teóricos a respeito dos fatores associados às lesões por esforço repetitivo em profissionais de enfermagem no ambiente hospitalar.

Metodologia: Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada por de uma busca eletrônica nos bancos de dados: SCIELO, LILACS e BIREME. Definiu-se como critério de inclusão, artigos publicados no idioma português nos últimos dez anos. Foram excluídos aqueles que não apresentavam resumos na íntegra nas bases de dados e na bibliotecas pesquisadas, estudos em formatos de editoriais, estudos de caso, estudos epidemiológicos, dissertações, teses e comentários. **Resultados:** O estudo revelou a grande existência de LER/DORT entre os profissionais da equipe de enfermagem que

atuam no ambiente hospitalar e que as regiões das dores osteomusculares mais prevalentes entre os trabalhadores foram: lombar, cervical, ombros e joelhos. Quanto às principais causas, observou-se que estas estão relacionadas a atividades repetitivas, monótonas e a intensidade do esforço físico-postural, aspectos da organização do trabalho. **Conclusão:** Dessa forma, acredita-se que seja necessário buscar auxílio da enfermagem do trabalho com o objetivo de promover, proteger, manter e recuperar a saúde do trabalhador.

PALAVRAS - CHAVE: LER/DORT; Enfermagem; Segurança do trabalho.

REPETITIVE STRESS INJURIES IN NURSING PROFESSIONALS IN THE HOSPITAL ENVIRONMENT

ABSTRACT: Objective: To identify the theorists' perception of the factors associated with repetitive strain injuries in nursing professionals in the hospital environment. **Methodology:** This is an integrative literature review, carried out through an electronic search in databases: SCIELO, LILACS and BIREME. The inclusion criterion was defined as articles published in Portuguese in the last ten years. Those that did not have full abstracts in the databases and libraries surveyed, studies in editorial formats, case studies, epidemiological studies, dissertations, theses and comments were excluded. **Results:** The study revealed the large existence of RSI/WMSD among nursing team professionals working in the hospital environment and that the most prevalent musculoskeletal pain regions among workers were: lumbar, cervical, shoulders and knees. As for the main causes, it was observed that these are related to repetitive, monotonous activities and the intensity of physical-postural effort, aspects of work organization. **Conclusion:** Thus, it is believed that it is necessary to seek help from occupational nursing in order to promote, protect, maintain and recover the health of the worker.

KEYWORDS: LER/DORT; Nursing; Workplace safety.

1 | INTRODUÇÃO

Atualmente, é crescente a preocupação dos profissionais da área da enfermagem do trabalho quanto à saúde do trabalhador, haja vista que diante das inovações tecnológicas e organizacionais vem causando importantes mudanças no trabalho, levando a uma nova relação homem-máquina e expondo o trabalhador a novos riscos à sua saúde (HIPÓLITO et al., 2011).

De acordo com Martins (2013), uma das doenças mais comuns encontradas dentre a equipe de enfermagem, mais precisamente pelos técnicos de enfermagem, é a Lesão por Esforço Repetitivo (LER), atualmente denominada Doença Osteomuscular Relacionada ao Trabalho (DORT).

Para Hipólito et al (2011), a LER/DORT é uma doença do trabalho causada por prejuízos pelo uso exagerado do sistema musculoesquelético e devido à impossibilidade de cumprir o prazo necessário para recuperação. Suas características agregam vários sintomas simultâneos ou não, de surgimento insidioso frequentemente nos membros superiores, tais como, algia, parestesia, sensação de peso e fadiga.

Duarte et al. (2012) afirma que não há uma causa única e determinada para a ocorrência de LER/DORT. O diagnóstico precoce, associado ao tratamento preventivo, leva a melhores resultados no tratamento e controle desta doença.

Para Vidor et al. (2015) os sintomas são diferenciados mediante o grau das lesões, que são classificadas em leves, médias e crônicas graves. As queixas mais comuns são a dor, que pode ser: localizada, irradiada ou generalizada, superficial ou profunda, desconforto, fadiga, sensação de peso, podendo vir a relatar formigamento, dormência, sensação de diminuição de força, edema e enrijecimento muscular, choque, falta de firmeza nas mãos, sudorese excessiva, alodínea (sensação de dor como resposta a estímulos não nocivos em pele normal) (BRASIL, 2005).

No intuito de adquirir mais conhecimento a respeito desta temática, este estudo teve por objetivo identificar a percepção dos teóricos a respeito dos fatores associados às lesões por esforço repetitivo em profissionais de enfermagem no ambiente hospitalar.

2 | METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma pesquisa de revisão integrativa da literatura que, segundo Goldenberg (2007), é uma estratégia metodológica da revisão integrativa da literatura que sintetiza estudos já concluídos para prover maior compreensão sobre um fenômeno específico ou um problema de saúde. Segundo ainda o mesmo autor, esse método tem o potencial de construir conhecimento sobre as ciências da saúde e segue os mesmos critérios de uma pesquisa primária, ou seja, a clareza da metodologia, o rigor científico e a probabilidade de replicação.

Para a realização da revisão, utilizou-se as seguintes etapas: formulação da temática, busca de estudos relevantes, extração de dados, avaliação, análise e síntese dos resultados, a partir da pergunta: Quais os fatores associados às lesões por esforços repetitivos em profissionais de enfermagem no ambiente hospitalar?

Para realizar este estudo foi feita uma busca eletrônica no banco de dados SCIELO, LILACS e BIREME, usando os seguintes descritores: LER/DORT, enfermagem e segurança do trabalho. Definiu-se como critério de inclusão, artigos publicados no idioma português nos últimos dez anos. Foram excluídos aqueles que não apresentavam resumos na íntegra nas bases de dados e na bibliotecas pesquisadas, estudos em formatos de editoriais, estudos de caso, estudos epidemiológicos, dissertações, teses e comentários.

Os artigos foram identificados pela leitura dos títulos e resumos. A extração foi tabelada em um formulário adaptado da literatura contendo: autor, título, ano de publicação, base de dados, periódico, objetivo, metodologia. A avaliação e a interpretação dos dados foram feitas por meio de análise textual, e os resultados foram apresentados em dois quadros: quadro 1: descrição dos estudos incluídos na revisão bibliográfica, segundo autor, título, base de dados, ano de publicação, periódico; quadro 2: síntese dos principais

problemas de pesquisa apresentados a partir dos objetivos e da metodologia dos artigos da revisão.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

No processo de busca aos bancos de dados foram identificadas 13 pesquisas. No entanto, na presente revisão integrativa, analisou-se apenas 10 artigos que atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos.

Nº	AUTOR	TÍTULO	ANO	BASE DE DADOS
01	CASTRO et al.	Atribuições do enfermeiro do trabalho da prevenção de riscos ocupacionais	2010	SCIELO
02	DUARTE et al.	Fatores de risco para distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho –DORT em profissionais de enfermagem.	2012	BIREME
03	FREITAS et al.	Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho em profissionais de enfermagem de um hospital universitário.	2011	LILACS
04	GASPAR et al.	Fatores Associados às lesões do Aparelho locomotor na Enfermagem.	2015	LILACS
05	GURGUEIRA; ALEXANDRE; CORREA FILHO	Prevalência de sintomas músculo-esqueléticos em trabalhadoras de enfermagem.	2013	SCIELO
06	MAGNAGO et al.	Distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem: associação com condições de trabalho: revisão.	2010	BIREME
07	MOROFUSE; MARZIALE	Doenças do sistema osteomuscular em trabalhadores de enfermagem.	2015	LILACS
08	ROCHA et al.	Alterações osteomusculares em técnicos de enfermagem em um ambiente hospitalar	2013	LILACS
09	SOUSA et al.	Lesões por esforço repetitivo em profissionais de enfermagem: revisão sistemática.	2016	SCIELO
10	VIDOR et al.	Prevalência de dor osteomuscular em profissionais de enfermagem de equipes de cirurgia em um hospital universitário.	2015	SCIELO

Quadro 1. Descrição dos estudos incluídos na revisão de literatura, segundo autor, Título, ano de publicação e base de dados. Teresina, 2017.

Fonte: Dados da pesquisa

Dos dez artigos estudados, apenas 1% tratou-se exclusivamente da enfermagem do trabalho. Ressalta-se que estes estudos foram incluídos devido a enfermagem do trabalho ser uma área que trata diretamente das doenças ocupacionais, como são os casos da LER/DORT nos profissionais de enfermagem. 90% dos estudos incluídos nesta revisão abordou diretamente da temática do estudo enfocando diretamente a LER/DORT nos profissionais de enfermagem. Quanto a data de publicação buscou-se o que se tem de mais recente. Desta forma, verificou-se 30% de publicação no ano de 2015, 20% de 2010, 20% de 2013 e igualmente 1% de 2011, 1% de 2012 e 1% de 2016 (Quadro 1).

O quadro 1 revelou também que 40% dos artigos e estudos foram provenientes do banco de dados da Scielo, igualmente 40% foram do banco de dados da Lilacs e apenas 2% da Bireme. Ressalta-se que estes artigos foram selecionados por estarem relacionados diretamente ao tema a que se propôs a estudar.

Nº	OBJETIVO	METODOLOGIA
01	Descrever as atribuições do enfermeiro do trabalho na promoção de saúde, prevenção e recuperação nos riscos/acidentes ocupacionais.	Pesquisa de campo
02	identificar e analisar artigos científicos referentes aos fatores de risco para lesão por esforço repetitivo ou distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (LER/DORT) em trabalhadores de enfermagem	Pesquisa de revisão de literatura.
03	Identificar a ocorrência de DORT entre os membros da equipe de enfermagem;	Pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva.
04	identificar a associação entre a atividade profissional da enfermagem e as lesões do aparelho locomotor, descrever a prevalência das lesões do aparelho locomotor na enfermagem, o mecanismo causal e a topografia das lesões.	Pesquisa de revisão bibliográfica e documental
05	avaliar sintomas músculo-esqueléticos em trabalhadores de enfermagem.	Pesquisa de campo
06	investigar os distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem.	Pesquisa de Revisão bibliográfica
07	levantar o número de atendimentos efetuados pela Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador aos profissionais de enfermagem.	Pesquisa descritiva e retrospectiva
08	Identificar alterações osteomusculares em técnicos de enfermagem em um ambiente hospitalar.	Estudo descritivo e Estudo transversal
09	conhecer os principais tipos de LER/ DORT que afetam os profissionais de enfermagem.	Pesquisa de revisão sistemática

10	Investigar a prevalência de dor osteomuscular e a associação com a qualidade de vida em profissionais de enfermagem que atuam em equipes de cirurgia no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.	Estudo transversal
----	---	--------------------

Quadro 2. Síntese dos principais problemas de pesquisa apresentados a partir dos objetivos e da metodologia dos artigos da revisão. Teresina, 2017.

Fonte: Dados da pesquisa.

De acordo com o quadro 2, foi possível concluir que dos dez artigos estudados, apenas 1% tratou-se exclusivamente da enfermagem do trabalho, enquanto 90% tratou diretamente da temática do estudo. Desta forma, apenas 1% teve por objetivo descrever as atribuições do enfermeiro do trabalho na promoção de saúde, prevenção e recuperação nos riscos/acidentes ocupacionais.

Os 90% dos artigos tiveram por objetivo estudar a ocorrência de LER/DORT em profissionais da saúde, mais precisamente em profissionais da enfermagem, como mostra o quadro acima.

Quanto à metodologia aplicada nos estudos pesquisados percebeu-se uma grande variedade de estudos como: revisão de literatura 2%, pesquisa de campo 2%, revisão sistemática 1%, transversal 1%, descritivo transversal 1%, descritivo retrospectivo 1%, qualitativo e exploratório e descritivo 1%, e revisão bibliográfica e documental 1%.

Como o objetivo principal deste estudo foi revelar a partir de um estudo de revisão integrativa a percepção dos teóricos brasileiros sobre a ocorrência de lesões por esforço repetitivo em profissionais de saúde no ambiente hospitalar, percebeu-se que nos estudos de Duarte et al. (2012), Freitas et al. (2011), Gaspar et al. (2015), Gurgueira, Alexandre e Corrêa Filho (2013), Magnago et al (2010), Morofuse e Marziale (2015), Rocha et al. (2013), Sousa et al. (2016) e Vidor et al. (2015), é abordado acerca das incidências de LERDORT em profissionais de enfermagem, destacando o que vem a ser esta doença e citando as principais alterações físicas relacionadas a esta doença nos profissionais de enfermagem. Traz também as causas da LER/DORT nos profissionais de enfermagem, bem como trata de sua prevenção.

Dentre as profissões da área da saúde, Rocha et al. (2013) e Sousa et al. (2016), afirmam nos seus estudos que os profissionais de enfermagem são os mais afetados pelas LER/DORT, e que isso se dá devido a rotina de esforços ao extremo, que pode causar-lhes danos futuros. Muitas vezes, descuidam-se da própria saúde por estarem preocupados em desempenhar as funções instituídas para o cargo que ocupam. Os profissionais de enfermagem se tornam um grupo de atuantes profissionais com probabilidade a LER/DORT, podendo ter agravadas as lesões físicas.

Tratando-se da análise da categoria relacionada aos fatores predisponentes da LER/DORT nos profissionais de enfermagem, 04 autores discorreram sobre este aspecto, onde Duarte et al. (2012) relata que os fatores predisponentes para o aparecimento desse

agravo nos técnicos de enfermagem está relacionado aos esforços repetitivos, carga horária extensa e ritmo acelerado de trabalho.

Quanto à descrição das principais causas de LER/DORT em profissionais de enfermagem, Magnago et al. (2010) afirma que entre os principais fatores de risco relacionados aos distúrbios musculoesqueléticos, estão: a organização do trabalho, os fatores ambientais e as possíveis sobrecargas de segmentos corporais em determinados movimentos, por exemplo: força excessiva para realizar determinadas tarefas, repetitividade de movimentos e de posturas inadequadas no desenvolvimento das atividades laborais.

Para Gurgueira, Alexandre e Corrêa Filho (2013), Magnago et al. (2010), Morofuse e Marziale (2015) e Rocha et al. (2013), os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho na equipe de enfermagem estão relacionados a atividades diretas com os pacientes, como o banho no leito, ajustar o paciente no leito, troca de roupa, transferência do leito para a maca e vice-versa sem as técnicas adequadas para realizar atividades repetitivas, monótonas e de grande esforço físico.

Nessa perspectiva, Magnago et al. (2010) afirma que os trabalhadores de enfermagem que exercem atividades com um grau de alta exigência no ambiente de trabalho, como: ritmo acelerado, sobrecarga de atividades devido ao déficit de profissionais, grande número e gravidade de pacientes apresentam forte probabilidade de desenvolverem dores musculoesqueléticas em diversas regiões do corpo

Para Freitas et al. (2011) os fatores que têm sido associados aos quadros de LER em trabalhadores da enfermagem abrangem componentes do processo de trabalho, englobando a realização de atividades repetitivas, monótonas e a intensidade do esforço físico-postural, aspectos da organização do trabalho como: ritmo de trabalho, pressão temporal na realização das atividades, poucos funcionários para as demandas exigidas e ausência de treinamentos,

Quanto à sintomatologia, Freitas et al. (2011) e Gurgueira, Alexandre e Corrêa Filho (2013), referem que as LER e DORTs como são conhecidas, apresentam características como: aparecimento insidioso, a dor localizada, irradiada ou generalizada, desconforto, formigamento, parestesia, sensação de diminuição de força, sensação de peso e fadiga, edema e enrijecimento articular, geralmente nos membros superiores, porém, podem ocorrer nos membros inferiores.

Por exemplo, nos estudos de Morofuse e Marziale (2015) eles revelam que profissionais de enfermagem tiveram diversas estruturas corporais afetadas no desenvolvimento de suas atividades profissionais, tais como a coluna vertebral e membros superiores e inferiores. Sendo a coluna vertebral uma das estruturas mais atingidas por distúrbios como a dorsalgia

Esse resultado corrobora com outro estudo realizado por Vidor (2015) que encontrou sintomas músculo-esqueléticos em múltiplas regiões do corpo dos trabalhadores de enfermagem lotados em unidades de internação de um hospital com atendimento a

pacientes de alto grau de dependência física.

Conforme os estudos de Magnago et al. (2010) o segmento corpóreo mais afetado é na região dos ombros, lombar, parte superior das costas, punho, mãos, joelho e membros superiores, que envolvem braço, cotovelo e antebraço.

Analisando a segunda categoria que trata da prevenção de LER/DORT em profissionais de saúde no ambiente hospitalar, Duarte et al. (2012) descrevem que a avaliação ergonômica e das condições gerais de trabalho são fundamentais na definição das LER/DORT e, ao mesmo tempo, importantíssimas para o tratamento.

Morofuse e Marziale (2015) fazem uma abordagem interessante sobre a prevenção da LER/DORT, ao referir que não há uma forma única de prevenção que previna LER/DORT, e muito menos ambientes de trabalho perfeitos. Muitas soluções para problemas técnico-organizacionais dos ambientes de trabalho já são conhecidos e as melhorias vão depender das políticas preventivas de saúde.

Esse entendimento do autor explica-se devido às causas de LER/DORT serem múltiplas e complexas, originadas de fatores isolados conjuntos, mas que exercem seus efeitos simultâneos e interligados. Desta forma ao se compreender os mecanismos dessa multicausalidade, percebe-se a necessidade da abordagem global para se prevenir as LER/DORT.

A este respeito, Rocha et al. (2013) vem corroborar com esse entendimento ao referir que a abordagem global preventiva das LER/DORT deve avaliar todos os elementos do sistema de trabalho: o indivíduo, os aspectos técnicos do trabalho, ambiente físico e social, a organização do trabalho e as características da tarefa.

Já Sousa et al. (2016) define como medidas de prevenção para a LER/DORT a alternância nos postos de trabalho que objetiva a melhoria ergonômica das condições de trabalho.

Outras medidas de prevenção também citadas por Sousa et al. (2016), são as pausas nas atividades que exigem muito movimento muscular e a redução da jornada de trabalho, pois como já se sabe, o problema crucial no aparecimento das LER/DORT é a superutilização da musculatura com falta de tempo para recuperação dessas estruturas anatômicas devido aos fatores de risco.

Diante dos resultados encontrados, ficou evidente que as empresas precisam ter uma política de prevenção das doenças ocupacionais, proporcionando uma melhor qualidade de vida para os seus funcionários e, conseqüentemente, uma diminuição do número de casos de trabalhadores adoecidos. Os trabalhadores precisam ser conscientizados quanto aos riscos a que estão expostos, os modos de promoção, proteção, manutenção de sua saúde e, quando for o caso, a maneira correta de tratar sua doença, com vistas a sua recuperação.

4 | CONCLUSÃO

De acordo com o estudo realizado, foi possível comprovar na literatura, a grande existência de LER/DORT entre os profissionais da equipe de enfermagem que atuam no ambiente hospitalar. O estudo também evidenciou que as regiões das dores osteomusculares mais prevalentes entre os trabalhadores foram: lombar, cervical, ombros e joelhos.

Quanto às principais causas, os estudos revelaram que estas estão relacionadas a atividades repetitivas, monótonas e a intensidade do esforço físico-postural, aspectos da organização do trabalho.

Dessa forma, considerando o significativo número de profissionais de enfermagem acometidos por LER/DORT, acredita-se que seja necessário buscar auxílio da enfermagem do trabalho, pois sabe-se que promover, proteger, manter e recuperar a saúde do trabalhador não são tarefas fáceis, pois dependem de uma série de medidas, não só por parte dos profissionais da saúde ocupacional das empresas, como também dos próprios trabalhadores adoecidos.

REFERÊNCIAS

- CASTRO, A. B. S. et al. Atribuições do enfermeiro do trabalho da prevenção de riscos ocupacionais. **J. Health Sci. Inst.** v. 28, n. 1, 2010.
- DUARTE, A. F. et al., Fatores de riscos para distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho – DORT em profissionais de enfermagem. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental.** ed. supl. p. 53-56, 2012.
- FREITAS, J. R. S. et al. Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho em profissionais de enfermagem de um Hospital Universitário. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.11, n.4. 2011.
- GASPAR C. P. et al. Fatores Associados às lesões do Aparelho locomotor na Enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE Online**, v. 3, n.1, 2015.
- GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais.** Rio de Janeiro: Record Editora, 2007.
- GURGUEIRA, G. P.; ALEXANDRE, N. M. C.; CORRÊA FILHO, H. R. Prevalência de sintomas músculo-esqueléticos em trabalhadoras de enfermagem. **Rev Latino-Am Enfermagem.** v. 11, n. 5, p. 608-613, 2013.
- HIPOLITO, R. L. et al. A incidência de Distúrbios Musculaesqueléticos em trabalhadores da equipe de enfermagem em Campos dos Goyracazes. **Rev Pesqui Cuid é Fundam Online.** 2011.
- MAGNAGO, T. S. B. S. et al. Distúrbios músculo-esqueléticos em trabalhadores de enfermagem: associação com condições de trabalho: revisão. **Rev bras enferm.** v. 60, n. 6, p. 701-705, 2010.
- MARTINS AC, Felli VEA. Sintomas músculo-esqueléticos em graduandos de enfermagem. **Rev. Enferm em Foco.** 2013.

MOROFUSE, N. T.; MARZIALE, H. P. M. Doenças do sistema osteomuscular em trabalhadores de enfermagem. **Rev Latino-Am Enfermagem**. 2015.

ROCHA, C. S. A. et al. Alterações osteomusculares em técnicos de enfermagem em um ambiente hospitalar. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, v. 3, n. 1, p. 3-12, 2013

SOUSA, B. V. N. et al. Lesões por esforço repetitivo em profissionais de enfermagem: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Saúde Funcional REBRASF**. 2016.

VIDOR, C. R. et al. Prevalência de dor osteomuscular em profissionais de enfermagem de equipes de cirurgia em um hospital universitário. **Acta Fisiatr**. v. 21, n. 1, p. 6-10, 2015.

CAPÍTULO 20

CAPITAL SOCIAL, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTOS SAUDÁVEIS: UMA EXPERIÊNCIA VIVENCIADA COM TRABALHADORAS RURAIS

Data de aceite: 01/08/2021

Data de submissão: 03/05/2021

Programa de Pós-Graduação em Promoção da
Saúde – Mestrado e Doutorado
Santa Cruz do Sul – RS
<http://orcid.org/0000-0002-1721-4334>

Hildegard Hedwig Pohl

Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc),
Departamento de Ciências da Saúde,
Programa de Pós-Graduação em Promoção da
Saúde – Mestrado e Doutorado
Santa Cruz do Sul – RS
<http://orcid.org/0000-0002-7545-4862>

Patrik Nepomuceno

Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc),
Departamento de Ciências da Saúde,
Programa de Pós-Graduação em Promoção da
Saúde – Mestrado e Doutorado
Santa Cruz do Sul – RS
<http://orcid.org/0000-0001-8753-6200>

Carine Muniz dos Santos

Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc),
Departamento de Ciências da Saúde,
Programa de Pós-Graduação em Promoção da
Saúde – Mestrado e Doutorado
Santa Cruz do Sul – RS
<http://orcid.org/0000-0001-5244-2036>

Marcelo Henrique Glänzel

Universidade Federal de Santa Maria (UFSM),
Centro de Educação Física e Desportos,
Programa de Pós-Graduação em Educação
Física – Mestrado
Santa Maria – RS
<http://orcid.org/0000-0002-0426-3321>

Polliana Radtke dos Santos

Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc),
Departamento de Ciências da Saúde,

Cassiano Severgnini

Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc),
Departamento de Ciências da Saúde
Santa Cruz do Sul – RS
<http://orcid.org/0000-0002-4498-5687>

Miriam Beatris Reckziegel

Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc),
Departamento de Ciências da Saúde
Santa Cruz do Sul – RS
<http://orcid.org/0000-0001-5854-3153>

RESUMO: INTRODUÇÃO: O capital social é constituído pelo grau de confiança existente entre os atores sociais de sociedade, ou seja, por normas de comportamento cívico e associativismo. **OBJETIVO:** Descrever uma experiência vivenciada a partir de uma intervenção multidisciplinar que desencadeou uma ação coletiva de um grupo de trabalhadoras de uma cooperativa de produtos coloniais do interior do estado do Rio Grande do Sul. **MÉTODO:** O contato inicial foi realizado com os municípios expondo os objetivos e a justificativa da pesquisa. A partir do contato inicial, as trabalhadoras foram convidadas a participarem da pesquisa, e foram agendadas as coletas. Após as avaliações ocorreu entrega individual dos resultados e esclarecimento de dúvidas, a reavaliação foi realizada após 10 meses da primeira avaliação. Neste encontro

também foram realizadas palestras de educação em saúde com equipe multidisciplinar. **RESULTADOS:** A partir dos resultados das avaliações e das informações de educação em saúde recebidas, as trabalhadoras sentiram-se motivadas a buscar alternativas para melhorar esses parâmetros. Para isso, por meio de iniciativa coletiva (capital social), organizaram uma gincana. Ao comparar os dados das avaliações pré e pós-gincana, observou-se redução do percentual de gordura, frequência cardíaca de repouso e aumento do consumo máximo de oxigênio. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O presente artigo evidenciou que uma ação coletiva pode refletir nas condições de saúde e qualidade de vida de um grupo. A iniciativa das trabalhadoras rurais teve como base os pilares do capital social, apontando que o mesmo pode contribuir na saúde.

PALAVRAS - CHAVE: Capital Social, Saúde Pública, Trabalhadores, População Rural.

SOCIAL CAPITAL, HEALTH EDUCATION AND HEALTHY BEHAVIORS: A LIVED EXPERIENCE WITH RURAL WORKERS

ABSTRACT: BACKGROUND: Social capital is constituted by the degree of trust that exists between social actors of society, that is, by norms of civic behavior and associativism. **AIM:** To describe a lived experience from a multidisciplinary intervention that triggered a collective action of a group of workers of a cooperative of colonial products of the interior of the state of Rio Grande do Sul. **METHODS:** The initial contact was realized with the municipalities exposing the objectives and justification of the research. From the initial contact, the workers were invited to participate in the research, and the collections were scheduled. After the evaluations there was individual delivery of the results and clarification of doubts, the reevaluation was performed after 10 months of the first evaluation. In this meeting, there were also lectures on health education with a multidisciplinary team. **RESULTS:** Based on the results of the evaluations and health education information received, women workers were motivated to seek alternatives to improve these parameters. For this, through a collective initiative (social capital), organized a gymkhana. When comparing the data of the pre and post-gymkhana evaluations, we observed a reduction in fat percentage, resting heart rate and an increase in maximal oxygen consumption. **FINAL CONSIDERATIONS:** The present article showed that collective action can reflect on the health conditions and quality of life of a group. The initiative of rural workers was based on relations present in the social capital, indicating that such relations can influence in a broader way in health.

KEYWORDS: Social Capital, Public Health, Workers, Rural Population.

1 | INTRODUÇÃO

Ao abordar a teoria do Capital Social cabe considerar as proposições teóricas de Putnam (2000), assim como de Fukuyama (1995). Nas análises do capital social propostas por Putnam (2000), ele é basicamente constituído pelo grau de confiança existente entre os atores sociais de uma determinada sociedade, ou seja, por normas de comportamento cívico praticadas e pelo nível de associativismo que o caracteriza. Enquanto para Fukuyama (1995), capital social tem como ponto central o predomínio de virtudes sociais e não apenas individuais, sendo assim essencial à prosperidade.

Nesta perspectiva, o capital social tem o papel de viabilizar o processo de formação e consolidação de cooperativas, contribuindo para a atuação de diferentes atores envolvidos (ANDRADE; GOMES; CÂNDIDO, 2012). A existência de cooperativas constitui o fomento para um sistema dinamizador das capacidades sociais e produtivas das comunidades, ou seja, nas cooperativas rurais o capital social presente garante meios de convivência, potencializando as capacidades de ação coletiva (MOREIRA et al., 2008). A partir dos novos direcionamentos propostos por estudos surge a questão de como se efetiva a associação do capital social com a saúde, à medida que esses apontam que o capital social pode trazer benefícios à saúde coletiva (PIZZIO, 2018; STORY, 2013; KAWACHI; SUBRAMANIAN; KIM, 2008).

As dificuldades presentes no cenário rural favorecem e impulsionam a construção de uma identidade coletiva, característica do capital social, que segundo Putnam (2000), desenvolve a organização social, estimulando as redes e as relações de confiança que propiciam ações cooperativas para obtenção de benefícios recíprocos. Para tanto, são necessárias instituições ou organizações que apontem “alternativas aos comportamentos políticos convencionais na medida em que as dotações pré-existentes de capital social são recursos valiosos na construção de relações sinérgicas” (ANDRADE; GOMES; CÂNDIDO, 2012, p. 83). Para os mesmos autores o capital social viabiliza a formação e consolidação de cooperativas.

Neste sentido, a elevada incidência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e seus reflexos na saúde da população, observadas no Brasil, vem impulsionando pesquisas em novos campos da saúde, requerendo um enfoque sobre o capital social (PEREIRA et al., 2017). Entretanto, tratando-se das condições de saúde, evidencia-se uma carência de acesso a atenção básica da população das áreas rurais do país, indicando que as condições de saúde dos trabalhadores rurais são precárias quando comparadas à população urbana, em decorrência dos horários reduzidos no atendimento das unidades de saúde, tempo de espera nos agendamentos, além do limitado acesso aos serviços e informações de saúde (KESSLER et al., 2016; CARNEIRO et al., 2012). Dificuldades que se estendem a outros campos, como saneamento básico, acesso à educação, entre outros serviços públicos oferecidos na zona urbana, isso se dá principalmente devido às dificuldades relacionadas às questões geográficas (KESSLER et al., 2016; CARNEIRO et al., 2012; TAVARES, et al., 2013).

No entanto, a produção do meio rural tem grande representatividade na matriz econômica do Brasil, além de absorver grande contingente de trabalhadores (KESSLER et al., 2016). A partir da década de 70 ocorreram grandes modificações na área rural nos cenários demográfico, socioeconômico e epidemiológico, decorrentes da modernização no campo, o que provocou alterações nos hábitos e estilo de vida desta população (PEREIRA et al., 2017). Contudo, o aumento da produtividade decorrente do processo de industrialização vem aumentando as demandas de trabalho e têm contribuído para o aumento dos riscos à

saúde do trabalhador rural (KESSLER et al., 2016).

O trabalho rural apresenta diversos riscos que se sobrepõem, no exercício de tarefas que requerem o uso de instrumentos e ferramentas manuais ou mecânicas, muitas das quais envolvendo esforço físico, como: caminhadas longas e frequentes, transportes de materiais e produtos, levantamento de cargas de diferentes magnitudes, a árdua e extensa jornada de trabalho, além da exposição a fatores ambientais e contato com agentes físicos, químicos e biológicos de diferentes gêneros que são prejudiciais à saúde (KESSLER et al., 2016; SILVA; FERRETTI; LUTINSKI, 2017).

Diante das questões e considerando que são muitas as carências presentes no cotidiano dos trabalhadores do ambiente rural, o presente artigo tem como objetivo descrever uma experiência vivenciada a partir de uma intervenção multidisciplinar que desencadeou uma ação coletiva de um grupo de trabalhadoras de uma cooperativa de produtos coloniais do interior do estado do Rio Grande do Sul.

2 | MÉTODOS

A experiência relatada neste estudo é consequência de atividades de pesquisa realizadas no projeto “Triagem de fatores de risco relacionados ao excesso de peso em trabalhadores da agroindústria usando novas tecnologias analíticas e de informação em saúde - Fase III”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (sob número 2.669.375) da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC. O projeto de pesquisa tem como objetivo geral caracterizar o perfil de saúde dos trabalhadores da agroindústria dos municípios de Vale Verde, Passo do Sobrado, Gramado Xavier, Candelária, Pântano Grande, Rio Pardo e General Câmara, identificando os fatores de risco relacionados ao excesso de peso, com base em marcadores bioquímicos, antropométricos e fisiológicos.

O contato inicial foi realizado com os municípios expondo os objetivos e a justificativa de realização do projeto de pesquisa. Neste estudo, relata-se a experiência de trabalhadoras de uma agroindústria do município de Candelária – RS. A agroindústria, construída em 2010 e localizada no interior do município, possui formato de cooperativa. O planejamento inicial da construção de uma cooperativa com objetivo de criar uma alternativa ao cultivo do tabaco, incentivando o cultivo de ervas medicinais. Entretanto, devido a motivos burocráticos, substituíram a proposição de ervas medicinais pela fabricação de biscoitos e doces, utilizando para tanto os produtos coloniais da região. A Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural (EMATER-RS) auxiliou na elaboração do projeto e prestou assistência quanto aos aspectos burocráticos da agroindústria.

O formato de cooperativa permite o envolvimento de várias famílias da comunidade que utilizam a estrutura para fabricarem os seus produtos. Possui atualmente dez cooperadas, e envolve cerca de quinze famílias que fornecem os produtos utilizados (leite, ovos, mel, melado, frutas, amêndoas, entre outros) e mão-de-obra. Os produtos fabricados,

principalmente, massas, pães, bolos, tortas, biscoitos e cucas, são fornecidos às escolas do município e vendidos na feira rural no centro da cidade. A utilização da estrutura é dividida entre as cooperadas em forma de escalas, sendo que cada cooperada tem dois dias consecutivos para fabricar seus produtos. Nos outros dias da semana em que as cooperadas não atendem as atividades da cooperativa elas mantêm as atividades rurais em suas propriedades.

A partir do contato inicial, as trabalhadoras foram convidadas a participarem da pesquisa, e após assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido foram agendadas as coletas. Para estas coletas as trabalhadoras se deslocaram até o campus da universidade e foram avaliadas nos laboratórios de biomecânica, de atividade física e saúde, e de bioquímica. Após as avaliações foi realizado um momento de entrega individual dos resultados e esclarecimento de dúvidas quanto às informações que receberam, além disso a reavaliação foi realizada após 10 meses da primeira avaliação. Neste encontro também foram realizadas palestras de educação em saúde com foco no estilo de vida, alimentação saudável e importância do exercício físico. Para tanto estiveram presentes uma equipe multiprofissional (profissional de educação física, fisioterapeuta, nutricionista, bioquímico e médico). Estas palestras visavam contribuir na redução de resultados negativos na reavaliação que seria efetuada.

3 | RESULTADOS

A partir dos resultados das avaliações e das informações de educação em saúde recebidas, quanto aos marcadores antropométricos e fisiológicos, as trabalhadoras sentiram-se motivadas a buscar alternativas para melhorar esses parâmetros. Para isso, por meio de iniciativa coletiva (capital social), organizaram uma gincana. Houve engajamento de nove cooperadas, com média de idade $50,7 \pm 13,6$ anos, que buscaram seguir as orientações quanto aos hábitos alimentares e realização de exercícios físicos, conforme as recomendações realizadas nas palestras educacionais. Desta forma, recorreram à realização de uma gincana, para redução do peso corporal.

A gincana foi realizada entre avaliação e reavaliação, a última ocorrendo no intervalo de 10 meses, período em que as trabalhadoras desenvolveram as atividades físicas e os cuidados com a alimentação. Na reavaliação foi o momento em que as trabalhadoras relataram sobre a gincana, e foi quando tiveram a oportunidade de constatar as alterações verificadas no peso corporal, somado ao ganho na aptidão cardiorrespiratória (benefício indireto). Ao comparar os dados antropométricos e cardiovasculares das avaliações pré e pós-gincana, percebeu-se que também houve redução relevante do percentual de gordura corporal e frequência cardíaca de repouso, e aumento do consumo máximo de oxigênio ($VO_{2m\acute{a}x}$) (Tabela 1). Observa-se que esta iniciativa foi uma conquista importante na busca de melhores condições de saúde e qualidade de vida, demonstrando o protagonismo do

grupo que em uma ação coletiva (capital social).

Variável	Pré	Pós	p
Peso	76,60±9,3	74,75±8,4	0,14
IMC	30,18±4,2	29,55±3,5	0,25
RCQ	0,84±0,04	0,86±0,05	0,07
CC	89,33±8,1	89,08±8,4	0,87
PG-7D*	31,4±4,8	30,1±3,8	0,03
PAS-rep	135,3±13,2	129,4±12,3	0,34
PAD-rep	80,6±8,7	79,4±6,3	0,50
FC-rep	95,2±18,09	67,3±9,24	<0,01
VO2máx*	23,26±7,6	29,8±5,6	0,01

Tabela 01: Comparação das variáveis pré e pós-gincana das trabalhadoras rurais.

Comparação das médias: Teste t pareado; * Teste Wilcoxon. IMC: Índice de Massa Corporal; RCQ: Relação Cintura Quadril; CC: Circunferência da Cintura; PG-7D: Percentual de Gordura com sete dobras cutâneas; PAS-rep: Pressão Arterial Sistólica de repouso; PAD-rep: Pressão Arterial Diastólica de repouso; FC-rep: Frequência Cardíaca de repouso; VO_{2máx}: Consumo Máximo de Oxigênio.

4 | DISCUSSÃO

Embora os resultados tenham sido significativos em algumas variáveis, e que houveram ganhos individuais, a questão prioritária neste relato é a iniciativa e a efetividade de uma ação de promoção da saúde realizada voluntariamente. Esta iniciativa demonstra que o grupo de trabalhadoras conseguiu avançar pelos estágios de contemplação, ação e manutenção. O primeiro estágio constitui o momento em que receberam os resultados individuais e as informações educativas, em seguida buscaram desenvolver as ações modificadoras (a gincana), para então atingir os objetivos que almejavam (SILVA et al., 2014).

O objetivo central da gincana foi a redução do peso corporal, que trouxe benefícios indiretos às trabalhadoras. O trabalho na área rural necessita de esforço físico intenso que pode desencadear dor e desconforto, interferindo nas atividades diárias. Um dos principais desconfortos identificados no trabalhador rural é a dor lombar, que, além do esforço físico, também pode estar relacionada ao excesso de peso corporal (SILVA et al., 2017). Estimativas apontam que 60% a 80% da população geral apresentará, em algum momento da vida, dor na região lombar (SILVA; FERRETTI; LUTINSKI, 2017).

A região Sul do Brasil vem se modificando e essa mudança se dá também no estilo de vida, alimentação e sedentarismo, além disso, também há uma maior prevalência de agravos a saúde na área rural. Frente a isso, existe a necessidade de se investir na saúde do trabalhador rural com o objetivo de reduzir o absenteísmo, sendo necessário investigar

os fatores de risco presentes nessa população (WITECK et al., 2010). O excesso de peso nesta população é frequente, fato este, que pode agravar sua condição de saúde, sendo importante a realização ações de intervenção para prevenir agravos e promover a saúde (BEFORT; NAZIR; PERRI, 2012).

Destaca-se neste relato de experiência as atividades educativas desenvolvidas através de palestras temáticas, a partir das quais ocorreu o engajamento do grupo de trabalhadoras no desenvolvimento da gincana. Tem-se a educação em saúde como “processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população” e que representa um “conjunto de práticas que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com profissionais e gestores a fim de alcançar uma atenção à saúde de acordo com suas necessidades” (BRASIL, 2013, p. 19-20).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo evidenciou o quanto uma ação coletiva pode refletir nas condições de saúde e qualidade de vida de um grupo. A iniciativa das trabalhadoras rurais teve como base os pilares do capital social, apontando que o mesmo pode contribuir na saúde. Cabe ressaltar a contribuição da educação em saúde, sobretudo em populações que possuem dificuldade de acesso aos serviços e informações, como residentes da zona rural. Outro aspecto está na importância de que as pesquisas ultrapassem os muros institucionais no sentido de que os pesquisadores possam vivenciar e participar da realidade do cotidiano das populações. Em síntese, a promoção da saúde do trabalhador é um processo que pode resultar de um esforço coletivo envolvendo pesquisadores, trabalhadores, órgãos governamentais e sociedade em geral.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, E. O.; GOMES, F. S.; CÂNDIDO, G. A. Capital Social como mecanismo para melhorias nas formas de atuação de Cooperativas de Produtores Rurais. **Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional**, Taubaté, v. 8, n. 2, p. 485-496, 2012.

BEFORT, C. A.; NAZIR, N.; PERRI, M. G. Prevalence of Obesity Among Adults From Rural and Urban Areas of the United States: Findings From NHANES (2005-2008). **Journal of Rural Health**, Washington, v. 28, n. 4, p. 392-397, 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Gestão do trabalho e da educação na saúde**. Brasília: Editora MS, 2013.

CARNEIRO, F. F. et al. Mapeamento de vulnerabilidades socioambientais e de contextos de promoção da saúde ambiental na comunidade rural do Lamarão, Distrito Federal, 2011. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 37, n. 125, p. 143-148, 2012.

FUKUYAMA, Y. F. **Trust: Social Virtues and Creation of Prosperity**. New York: Free Press Paperbacks, 1995.

KAWACHI, I.; SUBRAMANIAN, S. V., KIM, D. (Org.). **Social Capital and Health**. New York: Springer, 2008.

KESSLER, M. et al. Moribidities of the rural population and the use of health services. **Revista de Enfermagem da UFPI**, Teresina, v. 5, n.3, p. 24-29, 2016.

MOREIRA, J. C. P et al. Capital Social como fator de sustentabilidade das Cooperativas Agroindustriais: estudo de caso. *In*: CONGRESSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO E SOCIOLOGIA RURAL, 46., 2008, Rio Branco. **Artigos** [...]. Brasília: Sociedade Brasileira de Economia, Administração e Sociologia Rural, 2008. Disponível em: <<https://ageconsearch.umn.edu/bitstream/114172/2/905.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2021.

PEREIRA, G. A. et al. Aptidão Física Funcional Relacionada à Doenças Crônicas não Transmissíveis em moradores rurais. **Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício**, São Paulo, v. 11, n. 65, p. 209-218, 2017.

PIZZIO, A. Capital social étnico e desenvolvimento comunitário: o caso da organização de mulheres indígenas Masehual Siuamej Mosenyolchikauanij. **REDES**, Santa Cruz do Sul, v. 23, n. 1, p. 282-289, 2018.

PUTNAM, R. **Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community**. New York: Simon and Schuster Paperbacks, 2000.

SILVA, M. R.; FERRETTI, F.; LUTINSKI, J. A. Dor lombar, flexibilidade muscular e relação com o nível de atividade física de trabalhadores rurais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 183-194, 2017.

SILVA, R. K. et al. Dor lombar e sua relação com a flexibilidade e os desvios posturais em trabalhadores rurais de municípios da microrregião sul do Vale do Rio Pardo/RS. **Fisioterapia Brasil**, Petrolina, v. 18, n. 2, p. 130-139, 2017.

SILVA, R. S. B. et al. Influência de informações de saúde no estilo de vida de participantes de ginástica laboral. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 27, n. 3, p. 406-412, 2014.

STORY, W. T. Social capital and health in the least developed countries: A critical review of the literature and implications for a future research agenda. **Global Public Health**, [s.l.], v. 8, n. 9, p. 282-289, 2013.

TAVARES, D. M. S. et al. Características sociodemográficas e qualidade de vida de idosos com hipertensão arterial sistêmica que residem na zona rural: importância do papel do enfermeiro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, 8 telas, 2013.

WITECK, G. A. et al. Índices antropométricos e fatores de risco cardiovascular entre mulheres residentes em uma área rural do estado do Rio Grande do Sul. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 20, n. 4, p. 282-288, 2010.

CAPÍTULO 21

RISCO DE INFEÇÃO EM PESSOAS COM DOENÇA RENAL CRÓNICA SUBMETIDOS A HEMODIÁLISE: ESTUDO DE CASO

Data de aceite: 01/08/2021

Data de submissão: 28/06/2021

Ana Maria Aguiar Frias

Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Departamento de Enfermagem da Universidade de Évora, Évora. Portugal
<http://orcid.org/0000-0002-9038-8576>

Dora Canelas Folgado

Hospital da Misericórdia de Évora/Luz Saúde
Évora. Portugal
<http://orcid.org/0000-0003-3021-962>

Filipa Dias

Fresenius medical care
Nephrocare de Évora, Portugal
<http://orcid.org/0000-0002-0951-2032>

Joana Ramalinho

Fresenius medical care
Nephrocare de Évora, Portugal
<http://orcid.org/0000-0001-6070-4497>

Luís Manuel Mota Sousa

Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Departamento de Enfermagem da Universidade de Évora
Évora. Portugal
<http://orcid.org/0000-0002-9708-5690>

Isabel Bico

Departamento de Enfermagem da Universidade de Évora, Évora. Portugal
<http://orcid.org/0000-0002-3868-2233>

Maria do Céu Marques

Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Departamento de Enfermagem da Universidade de Évora, Évora. Portugal
<http://orcid.org/0000-0003-2658-3550>

RESUMO: Introdução: O risco de infeção é uma das complicações mais frequentes nas pessoas submetidas a hemodiálise. **Objetivo:** Definir um plano de cuidados de enfermagem para uma pessoa com doença renal crónica terminal submetido a hemodiálise com enfoque na prevenção e controlo do risco de infeção. **Método:** Estudo descritivo desenvolvido a partir de estudo de caso clínico relativo a uma pessoa (designado DG) do sexo masculino, de 57 anos. A colheita de dados foi realizada através da observação e entrevista direta ao sr. DG e através da consulta do seu processo clínico, no sistema informático EuClid. Para a elaboração e fundamentação do presente documento, foi selecionado o modelo de Atividades de Vida Diária de Roper, Logan e Tierney, bem como a Teoria das Transições de Afaf Meleis. A informação recolhida foi organizada segundo as instruções e com recurso ao fluxograma e lista de validação de Case Report. Para o estabelecimento do plano de cuidados de enfermagem seguiu-se a taxonomia NANDA, NOC e NIC. **Resultados:** Em função da apreciação inicial foram identificados seis diagnósticos de enfermagem (disposição para nutrição melhorada, risco de desequilíbrio eletrolítico, volume de líquidos excessivo, risco de infeção, risco de pressão arterial instável e risco de sangramento), de entre os quais foi

selecionado, para desenvolver intervenções de enfermagem e resultados obtidos, apenas um deles: risco de infecção, por ser o diagnóstico prioritário neste momento. Esta escolha deveu-se ao facto de ser uma das complicações que leva a maior número de internamentos hospitalares, por ser uma das complicações dos acessos vasculares, pelas canulações frequentes, e por se tratar de um procedimento invasivo (hemodiálise). **Conclusão:** Os cuidados de enfermagem são primordiais na prevenção e controlo de infecção através de boas práticas de enfermagem assim como através do empoderamento de pessoas submetidas a hemodiálise.

PALAVRAS - CHAVE: Cuidados de Enfermagem; Doença Renal Crónica; Risco de Infecção; Hemodiálise; Acesso vascular.

RISK OF INFECTION IN PEOPLE WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE UNDERGOING HEMODIALYSIS: CASE STUDY

ABSTRACT: Introduction: The risk of infection is one of the most frequent complications among people undergoing hemodialysis. **Objective:** To define a nursing care plan for a person in end-stage chronic kidney disease undergoing hemodialysis with a focus on prevention and control of the risk of infection. **Method:** Descriptive study developed from a clinical case study on a 57-year-old male person (designated DG) for about six years. Data collection was carried out through observation and direct interview with Mr. DG as well as consulting clinical file in the EuClid computer system. For the elaboration and foundation of this document, the model of Activities of Daily Living by Roper, Logan and Tierney was selected, as well as the Theory of Transitions by Afaf Meleis. The information collected was organized according to the instructions and using the Case Report flowchart and validation list. To establish the nursing care plan, the NANDA, NOC and NIC taxonomy was followed. **Results:** Based on the initial assessment, six nursing diagnoses were identified (disposition for improved nutrition, risk of electrolyte imbalance, excessive fluid volume, risk of infection, risk of unstable blood pressure and risk of bleeding), from which we selected, to develop nursing interventions and results obtained, only one of them: risk of infection, as it is the priority diagnosis at this time. The reason for this choice is due of being one of the complications that leads to a greater number of hospital admissions, because it is one of the complications of vascular access, because of frequent cannulations, and because it is an invasive procedure (hemodialysis). **Conclusion:** Nursing care is vital in the prevention and control of infection through good nursing practices as well as the empowerment of people undergoing hemodialysis.

KEYWORDS: Nursing care; Chronic kidney disease; Risk of infection; Hemodialysis; Vascular access.

1 | INTRODUÇÃO

Os rins possuem três principais funções: 1) excretora, sendo responsáveis pela excreção de produtos metabólicos como a ureia e a creatinina; 2) reguladora, de modo a regular o volume de água do corpo, osmolaridade dos fluidos corporais, o equilíbrio eletrolítico e ácido-base e regular a tensão arterial; 3) metabólica, ativando a vitamina D e produzindo a enzima renina e a hormona eritropoietina. Com a perda destas funções

surge a Doença Renal Crónica (DRC), que consiste na lesão renal que leva a uma perda progressiva e irreversível da função renal (AFONSO, 2018). Considera-se DRC quando existem alterações patológicas renais, quer estruturais ou funcionais, com duração superior a 3 meses, ou quando há uma diminuição do débito de filtração glomerular inferior a 60 ml/min/1,73 m², por um período de pelo menos 3 meses. Assim, a DRC apresenta um conjunto de manifestações clínicas associadas à perda progressiva da taxa de filtração glomerular [TFG] (FAZENDEIRO, 2011; MIRA; GARAGARZA; CORREIA; FONSECA *et al.*, 2017). A TFG permite medir a capacidade funcional do rim para filtrar e eliminar as substâncias tóxicas e, conseqüentemente, classificar a doença renal de acordo com o estadió em que se encontra (MIRA; GARAGARZA; CORREIA; FONSECA *et al.*, 2017). A DRC pode ser classificada em 5 estadios: estadió 1 TFG \geq a 90 ml/min, estadió 2 TFG entre 60-89 ml/min, estadió 3 TFG entre 30-59 ml/min, estadió 4 TFG entre 15-29 ml/min, estadió 5 ou estadió terminal TFG < a 15 ml/min (AFONSO, 2018).

Estima-se que cerca de 5 a 10% da população sofra de DRC. Esta constitui por si só um fator de risco cardiovascular independente, aumentando de forma significativa a morbilidade e mortalidade das pessoas. Existem vários fatores que aumentam o risco de desenvolver DRC tais como hipertensão arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), doenças autoimunes, idade avançada, ascendência africana, historial familiar de doença renal, episódios anteriores de insuficiência renal aguda, doença poliquística renal do adulto, ou a presença simultânea de DM e HTA na mesma pessoa, entre outras. A junção da HTA com DM pode contribuir para o aumento do risco de desenvolvimento da DRC, que tem vindo a ser cada vez mais frequente nos últimos anos, especialmente em Portugal (AFONSO, 2018). Quanto à incidência e prevalência, a nefropatia diabética é a causa mais comum de DRC, normalmente associada à DM tipo 2, seguindo-se a HTA como a segunda principal causa (MIRA; GARAGARZA; CORREIA; FONSECA *et al.*, 2017).

Com o comprometimento da função excretora e, conseqüentemente, da filtração glomerular, existe acumulação de produtos tóxicos no organismo. Para que a pessoa com DRC em estadió avançado (fase terminal ou estadió 5) consiga sobreviver com qualidade de vida, é necessário recurso a terapias substitutivas da função renal (TSFR), nomeadamente a diálise – hemodiálise (HD) ou diálise peritoneal - e transplante renal (GONÇALVES, 2016). Nesta fase da doença o rim deixa de conseguir manter a homeostasia interna e, na maior parte das vezes, é necessário recorrer à diálise (CRISTÓVÃO, 2016; MIRA; GARAGARZA; CORREIA; FONSECA *et al.*, 2017). Enquanto o transplante renal trata efetivamente a DRC terminal, a diálise, tratamento que, feito regularmente visa preservar a função renal, corrigir os desequilíbrios, controlar a uremia e preparar a pessoa para receber um transplante renal (CRISTÓVÃO, 2016).

Os últimos estudos indicam que a HD continua a ser a principal TSFR, com uma prevalência de 59,7%, seguindo-se a transplantação renal, com uma prevalência de 36,8%, e por fim a diálise peritoneal, com uma prevalência de 3,7%. Esta última surge como a

técnica menos escolhida à data de 31/01/ 2016 (NOLASCO; LOUREIRO; FERREIRA; MACÁRIO *et al.*, 2017).

Tal como referido acima, a HD é o meio terapêutico de substituição renal mais frequente a nível mundial, sendo necessário um acesso vascular (AV) e um circuito extracorporeal para levar o sangue ao filtro e devolvê-lo à pessoa. Com a HD pretende-se a reconstituição do ambiente dos fluidos intra e extracelular e a homeostase dos solutos, quer pela sua remoção a partir do sangue, quer pela introdução dos mesmos a partir do dialisante (COLÉGIO DE ESPECIALIDADE DE NEFROLOGIA-ORDEM DOS MÉDICOS, 2011; CRISTÓVÃO, 2016; FAZENDEIRO, 2011; GONÇALVES, 2016). Para uma HD eficaz, em que se consigam eliminar substâncias e líquidos acumulados entre sessões, são necessários 3 tratamentos por semana, com a duração de 4 horas por sessão, podendo haver necessidade de ajustar o tempo de diálise em função da pessoa (PORTAL DA DIÁLISE, 2016). A HD apresenta um grande impacto na qualidade de vida das pessoas, devido a todas as alterações a que se encontram sujeitos no seu quotidiano decorrentes dos tratamentos. As principais alterações passam pelo tempo despendido semanalmente para os tratamentos, o cumprimento do regime medicamentoso, dietético e hídrico, o aumento da dependência dos familiares, ansiedade e cansaço pós-sessão (PEREIRA; LEITE, 2019). A principal complicação que ocorre durante a HD envolve as alterações hemodinâmicas que resultam do processo de circulação extracorporeal e a remoção de um grande volume de líquidos num curto espaço de tempo. As sintomatologias mais comuns são hipotensão (20%-30% das diálises), câibras musculares (5%-20%), náuseas e vômitos (5%-15%), cefaleias (5%), dor torácica e lombar (2%-5%), prurido (5%), febre e calafrios (< 1%). Como sintomatologias menos comuns, mas que podem ser mortais, temos a síndrome do desequilíbrio, reações de hipersensibilidade, arritmia, hemorragia intracraniana, convulsões, hemólise, embolia gasosa, hemorragia gastrointestinal, problemas metabólicos, convulsões, espasmos musculares, insónia, inquietação, demência, infeções, pneumotórax ou hemotórax, isquémia ou edema da mão e anemia (GOMES; DOS SANTOS NASCIMENTO, 2018; PORTAL DA DIÁLISE, 2016).

Para a realização da HD é necessária a criação de um AV. Existem três tipos de acessos vasculares que têm vida útil diferente após a sua criação, e que podem ser classificados como acessos temporários ou permanentes. São eles: fístula arteriovenosa (FAV), o enxerto arteriovenoso (EAV) e cateter venoso central (CVC). A FAV é considerada o AV de eleição para tratamento de HD por ser construída utilizando os próprios vasos da pessoa, por apresentar durabilidade superior a cinco anos, exigir um menor número de intervenções, por apresentar menor custo de construção e manutenção, e menor taxa de infeção (PARISOTTO; PANCIROVA, 2014; WONG; MUNEER; WIEBE; STORIE *et al.*, 2014). A FAV apresenta baixos índices de complicações e uma longevidade mais longa. A FAV é realizada no membro não dominante de modo a não comprometer a capacidade funcional, e inicialmente é recomendado que seja construída o mais distal possível,

pois em caso de necessidade poderá ser reconstruída numa localização mais proximal (CLEMENTINO; DE QUEIROZ SOUZA; DA COSTA BARROS; CARVALHO *et al.*, 2018). As complicações dos acessos vasculares são um dos motivos mais frequentes que levam ao internamento e, conseqüentemente, uma das principais causas de mobilização de recursos financeiros. Apesar de a FAV ser considerado o melhor acesso para HD, está suscetível a diversas complicações sendo as mais comuns a trombose, isquemia do membro, edema, hemorragia, aneurismas, infeções e sobrecarga cardíaca (MARUJO, 2016; PESSOA; LINHARES, 2015; SOUSA, 2009).

As pessoas submetidas a hemodiálise apresentam elevado risco de desenvolver infeção no AV, pelo seu estado urémico que origina deficiência imunológica, devido à punção e à exposição de infeções nosocomiais hospitalares e cirúrgicas (SOUSA, 2009). A infeção é a primeira causa de hospitalização e a segunda causa mais comum de mortalidade entre as pessoas em HD. As pessoas em programa regular de HD apresentam alto risco de infeções e encontram-se expostos a diferentes tipos de infeção, incluindo infeções da corrente sanguínea e infeções localizadas no AV. Estas devem-se particularmente ao facto de terem defesas imunológicas prejudicadas decorrente da DRC (LYMAN; NGUYEN; SHUGART; GRUHLER *et al.*, 2020) e pela exposição frequente e prolongada de sangue durante o tratamento de HD através dos acessos vasculares e circuito extracorporeal. O facto de existirem normalmente muitas pessoas a realizar tratamento no mesmo espaço, com proximidade entre eles, o contato frequente com os enfermeiros que apesar da utilização de equipamento de proteção individual (EPI) contactam com outras pessoas e máquinas, hospitalização frequente, e principalmente as falhas associadas às boas práticas de enfermagem, podem também ser considerados como fatores de aumento do risco de infeção. A água contaminada, os equipamentos, as superfícies ambientais e pessoas com infeção são alguns dos meios de transmissão de infeção, sendo o meio mais comum de transmissão de infeções associado às mãos contaminadas por parte dos profissionais de saúde. Torna-se assim fundamental o controle de infeção nas unidades de diálise de modo a que se consiga prevenir e evitar a propagação de infeção entre as pessoas submetidas a HD (KARKAR, 2018).

Deste modo, o objetivo do presente estudo é elaborar uma proposta de Plano de Cuidados de Enfermagem com enfoque na prevenção e controlo do risco de infeção, numa pessoa com DRC terminal em HD.

2 | MÉTODOS

Este trabalho foca-se num método de estudo de caso, relativo a uma pessoa de 57 anos que realiza sessões de HD há seis anos, numa clínica de Hemodiálise na região sul de Portugal. Trata-se de um estudo de caso do tipo descritivo (ANDRADE; RUOFF; PICCOLI; SCHMITT *et al.*, 2017), tendo como finalidade incidir sobre o risco de infeção em

pessoas submetidas a HD.

Os dados apresentados foram recolhidos através da entrevista direta ao sr. DG, da observação e exame físico e através da consulta do seu processo clínico, através do programa informático EuClid, de onde foram recolhidos os dados relevantes bem como os resultados laboratoriais. Toda a informação recolhida foi mantida de forma confidencial e foi salvaguardada a privacidade da pessoa, tendo sido cumpridas as normas deontológicas (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 1998). Deste modo, o sr. DG foi informado acerca da realização do presente trabalho tendo concordado com o mesmo e assinado previamente o documento de consentimento informado.

Para a elaboração do presente documento, e de forma a sustentar a observação e avaliação da pessoa selecionada e posterior elaboração e implementação do plano de cuidados, foi selecionada a Teoria de Roper, Logan e Tierney (ROPER; LOGAN; TIERNEY, 2001). Esta teoria considera a pessoa como um sistema aberto, em permanente interação com o meio ambiente, dando origem a 12 atividades de vida diárias (AVDs) principais, que cada pessoa realize e percecione as mesmas AVDs de forma diferente, tendo em conta as suas próprias circunstâncias, ou seja, condicionadas pelos estádios de vida. São elas: manter um ambiente seguro, comunicar, respirar, comer e beber, eliminar, higiene pessoal e vestir-se, controlar a temperatura corporal, mobilizar-se, trabalhar e distrair-se, exprimir a sexualidade, dormir, e morrer (ROPER; LOGAN; TIERNEY, 2001).

Foi também importante ter em conta a Teoria das Transições de Afaf Meleis (SILVA; CARVALHO; REBELO; BARBOSA *et al.*, 2019). Para esta autora, uma transição consiste em passar de uma fase, condição ou estado de vida para uma nova situação, requerendo por parte das pessoas a incorporação de conhecimentos, alteração do seu comportamento e mudança na definição do próprio. Segundo a autora, a natureza das transições pode ter diversas etiologias: pode ser do tipo desenvolvimental, situacional, organizacional ou de saúde-doença (SILVA; CARVALHO; REBELO; BARBOSA *et al.*, 2019). A transição é um processo cognitivo, comportamental e interpessoal, que pode evoluir de forma saudável ou não saudável, e que depende das características individuais de cada pessoa, ou seja de como cada pessoa vivencia o processo de transição e interage com quem a rodeia, como familiares e profissionais de saúde (BASTOS, 2013; SILVA; CARVALHO; REBELO; BARBOSA *et al.*, 2019).

Começámos por fazer a colheita de dados relativos ao sr. DG, durante as sessões de HD realizadas em dias ímpares no período da manhã (terça-feira, quinta-feira e sábado). Estes dados foram utilizados para se proceder à aplicação das teorias supracitadas, para uma elaboração adequada e bem fundamentada do Plano de Cuidados de Enfermagem.

A informação recolhida foi organizada segundo as instruções e com recurso ao fluxograma e lista de validação de Case Report (RILEY; BARBER; KIENLE; ARONSON *et al.*, 2017). A partir daí elaborou-se um plano de cuidados de enfermagem de acordo com as necessidades identificadas. Os focos e os diagnósticos de enfermagem foram identificados

de acordo com a taxonomia North American Nursing Diagnosis Association - NANDA (HERDMAN; KAMITSURU, 2018), os resultados obtidos foram sustentados de acordo com a taxonomia e os indicadores da Nursing Outcome Classification – NOC (MOORHEAD; MOORHEAD; JOHNSON; MAAS *et al.*, 2015), e as intervenções de enfermagem de acordo com a Nursing Intervention Classification - NIC (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN; WAGNER, 2015).

O presente estudo de caso é relativo ao sr. DG, que realiza HD desde dia 3 de março de 2015 na Clínica de hemodiálise. Trata-se de uma pessoa que tem como antecedentes pessoais doença renal policística autossômica dominante e hipertensão arterial controlada. Teve consulta de esclarecimento de modalidades de tratamento de DRC avançada em 13 de Outubro de 2013, tendo optado por HD como modalidade dialítica. Foi construída fistula arteriovenosa com posição anatômica no terço proximal do antebraço esquerdo no dia 22 de Dezembro de 2014. Teve a última observação em consulta de Nefrologia dia 23 de Fevereiro de 2015 (Figura 1).

Avaliação inicial da pessoa

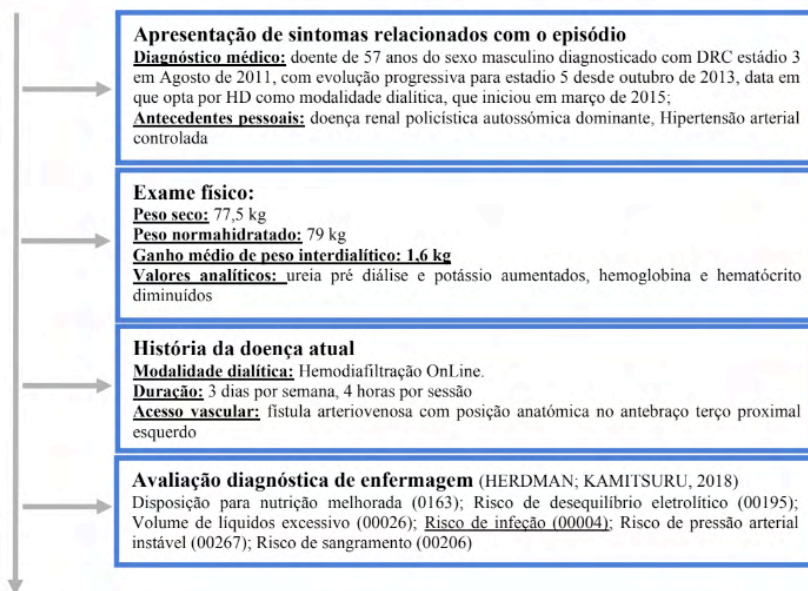




Figura 1: Fluxograma do estudo de caso segundo CARE.

3 | RESULTADOS

Tendo em conta os cuidados de enfermagem prestados ao Sr. DG durante as sessões de HD, foram levantados os seguintes diagnósticos de enfermagem: disposição para nutrição melhorada, risco de desequilíbrio eletrolítico, volume de líquidos excessivo, risco de infecção, risco de pressão arterial instável, risco de sangramento (HERDMAN; KAMITSURU, 2018). Apesar da relevância de cada um destes diagnósticos e da atenção que lhes foi dada na prestação de cuidados, no presente documento consideramos apenas como prioritário o risco de infecção.

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

1. RISCO DE INFEÇÃO (00004) Definição: "Suscetibilidade a invasão e multiplicação de organismos patogênicos que podem comprometer a saúde" (HERDMAN; KAMITSURU, 2018)			
RESULTADOS (NOC)	Indicadores (MOORHEAD; MOORHEAD; JOHNSON; MAAS et al., 2015)	Pontuação inicial/final	Escala de Pontuação
1105 – Acesso para Hemodiálise	110502 - Cor da pele no local	4/4	Gravemente comprometido - 1 Muito comprometido - 2 Moderadamente comprometido - 3 Levemente comprometido - 4 Não comprometido - 5
	110517 - Temperatura da pele no local do acesso	5/5	
	110503 - Drenagem no local	5/5	
	110508 - Sangramento no local	5/5	
1924 – Controle de Riscos: processo infeccioso	192401 – Reconhece o risco pessoal de infecção	4/5	Nunca demonstrado - 1 Raramente demonstrado - 2 Algumas vezes demonstrado - 3 Frequentemente demonstrado - 4 Consistentemente demonstrado - 5
	192402 – Reconhece as consequências pessoais associadas a infecção	4/5	
	192403 – Reconhecimento de comportamentos associados a risco de infecção	4/5	
	192405 – Identificação de sinais e sintomas que indiquem risco potencial	4/4	
	192411 – Mantem um ambiente limpo	5/5	
	192415 – Prática de higienização das mãos	5/5	
	192416 – Prática de estratégias de controle de infecção	4/5	
INTERVENÇÕES (NIC) (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN; WAGNER, 2015)	<p>2100 – Terapia por HEMODIÁLISE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Usar técnica asséptica para iniciar a hemodiálise e para a inserção das agulhas. - Usar luvas, viseira ou óculos de proteção e roupas protetoras para evitar contato direto com o sangue. - Fixar bem as conexões e as linhas. - Monitorizar sinais vitais e resposta do paciente durante a diálise. - Providenciar cuidados com a fístula, conforme o protocolo. <p>3590 – Supervisão da PELE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observar as extremidades quanto a cor, calor, inchaço, pulsos, textura, edema e ulcerações. - Monitorizar cor e temperatura da pele. - Monitorizar ocorrência de infecção, em especial, de áreas edemaciadas. - Documentar mudanças na pele e mucosas. <p>4240 – Manutenção do Acesso para Diálise</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar o local de acesso quanto a vermelhidão, edema, calor, drenagem, hematoma, sangramento e redução da sensibilidade. - Monitorizar quanto à permeabilidade da fístula a intervalos frequentes (p. ex., palpar para verificar frêmito e auscultar sopro). - Evitar a compressão mecânica de locais do AV. - Ensinar o paciente a evitar compressão mecânica do local do AV. - Ensinar ao paciente como cuidar do local de acesso à diálise. - Evitar punção venosa e verificação da pressão sanguínea no braço com fístula. <p>6540 – Controle de INFEÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientar o paciente sobre técnicas adequadas de lavagem das mãos. - Usar sabão antimicrobiano para lavar as mãos, conforme apropriado. - Lavar as mãos antes e após cada atividade de cuidado ao paciente. - Manter sistema fechado na monitorização hemodinâmica invasivo. - Assegurar o manuseio asséptico de todas as linhas endovenosas. - Usar luvas, conforme exigência dos protocolos de precauções universais. - Usar roupas de proteção e/ou aventais ao utilizar material infeccioso. - Usar luvas esterilizadas, conforme apropriado. - Limpar a pele do paciente com agente antimicrobiano, conforme apropriado. - Orientar o paciente e família para os sinais e sintomas de infecção e quando relatar ao profissional de saúde. - Ensinar ao paciente e família como evitar infecções. 		

Quadro 1 - Plano de cuidados de Enfermagem segundo NANDA, NIC e NOC

Avaliação: Foram tomadas as medidas necessárias para evitar a ocorrência de infecção, não se tendo observado sinais e sintomas de infecção. O sr. DG demonstrou conhecimentos sobre os cuidados a ter com o AV, bem como sobre os sinais e sintomas de infecção e como prevenir a infecção. No entanto, foram reforçados os ensinamentos nessas áreas de modo que o sr. DG ficasse totalmente esclarecido. Foi confirmado que o sr. DG ao chegar à Clínica procedia à lavagem do membro do AV, e procedia à colocação da proteção para sapatos antes de entrar na sala de diálise. O sr. DG encontra-se com o Plano Nacional de Vacinação atualizado.

4 | DISCUSSÃO

Atendendo aos indicadores da taxonomia NOC apresentados, o Sr. DG apresenta conhecimento quanto a estratégias para controlo de infecção, identifica sinais, sintomas e as consequências e comportamentos associados a risco de infecção.

Para o tratamento de HD é necessário um AV, criado ou implantado cirurgicamente, através do qual possa ser obtido um fluxo de sangue adequado para garantir a remoção de toxinas e o retorno do sangue à pessoa. O AV sendo utilizado regularmente deverá ser fiável e de fácil utilização, com risco mínimo para a pessoa (PARISOTTO; PANCIROVA, 2014; SOUSA, 2009). Um AV disfuncional diminui a adequação da diálise, aumentando assim a morbidade e a mortalidade. Deste modo, o acompanhamento dos acessos vasculares deve iniciar-se na sala de HD com a intervenção dos enfermeiros na avaliação e canulação do AV, devendo os enfermeiros estar atentos e identificar sinais e sintomas relacionados com problemas do mesmo (CRISTÓVÃO, 2016).

Tal como referido anteriormente, existem três tipos de acessos vasculares: FAV, EAV e CVC. A FAV e o EAV são criados através de uma intervenção cirúrgica e são considerados acessos permanentes. Na FAV é feita uma anastomose subcutânea de uma artéria com uma veia de grande calibre, permitindo que o sangue arterial de alta pressão flua diretamente para a veia, causando o seu alargamento e espessamento da parede. Atualmente, as *guidelines* recomendam a FAV como o procedimento de referência para acessos de HD, em detrimento do CVC e do EAV (PARISOTTO; PANCIROVA, 2014). Quando os vasos periféricos não são adequados para a construção de uma FAV, prossegue-se para a EAV, sendo esta considerada uma boa opção, apesar de apresentar uma longevidade bastante inferior. Este acesso possui maior risco de desenvolvimento de complicações tais como a infecção, afetando entre 5 a 20% das próteses arteiovenosas (DE MELO; DIAS; VILARES; MATOS *et al.*, 2017) pelo facto de existir um elemento estranho ao organismo, e a trombose (SALGUEIRO; CARVALHO; VIEIRA, 2011). No EAV a ligação é feita com recurso a material sintético, sendo com frequência utilizado o politetrafluoretileno (PARISOTTO; PANCIROVA, 2014; SALGUEIRO; CARVALHO; VIEIRA, 2011). Os CVC podem ser de longa duração ou temporários. Neste último caso, podem ser utilizados durante a maturação do acesso

AV, ou para diálise aguda, não sendo recomendado a sua utilização a longo prazo pelo risco de infecção. Normalmente são inseridos por norma na jugular interna. A infecção é a complicação que leva mais frequentemente à hospitalização. Como sintomas de infecção temos: exsudado purulento no local de inserção, febre ou arrepios sem outras infeções e a sua incidência aumenta após os 2 meses da colocação do CVC. Em situação de infecção o cateter deve ser substituído ou removido. O uso de cateteres de longa duração deve ser restrito, sendo utilizado apenas em situações em que o património vascular das pessoas não permita uma abordagem cirúrgica para construção de um acesso arteriovenoso (CRISTÓVÃO, 2016; SALGUEIRO; CARVALHO; VIEIRA, 2011). A aplicação de medidas adequadas de prevenção leva a uma redução das infeções relacionadas com o CVC. É assim imprescindível o uso da técnica asséptica na manipulação do cateter, na realização do penso, desinfeção do local de inserção do cateter com clorexidina alcoólica 2%, utilização de luvas esterilizadas, máscara, óculos de proteção/viseira e aventais/batas por parte da equipa de enfermagem, cuidados na manutenção do cateter, monitorizar sinais de infecção e instruir a pessoa para o autocuidado (ROCHA; PINHO, 2019).

O risco de infecção está relacionado com o tipo de AV, exigindo cada um deles cuidados específicos que visam prevenir e detetar antecipadamente possíveis complicações. A infecção ou a trombose são complicações que podem resultar do défice no autocuidado do AV, levando à administração de antibioterapia e a intervenção angiográfica ou cirúrgica, com o consequente aumento de custos em saúde, e contribuindo para o risco de falência do acesso. É essencial a colaboração entre o enfermeiro e a pessoa para potenciar a sua vigilância, sendo fundamental que esta seja capacitada para o autocuidado. Cabe ao enfermeiro ajudar a pessoa a compreender o funcionamento do AV, quais os cuidados a ter com o membro do acesso e a identificar sinais de complicações com o acesso (SILVA, 2017). São eles: observação diária do AV quanto a rubor, eritema, calor, dor, exsudado e edema no braço; realizar diariamente palpação do acesso de modo a sentir o frêmito e aumento da temperatura na zona envolvente ao mesmo; evitar calor e frio excessivo; não usar acessórios no membro do acesso; não carregar pesos ou efetuar movimentos bruscos com o membro do acesso; evitar traumatismos (pancadas); não avaliar e não permitir a avaliação da tensão arterial no membro do acesso; não permitir colheitas e sangue, injeção ou punção venosa no membro do acesso; e não adotar posições que dificultem o retorno venoso (DA SILVA; DE MELO TORRES; LIMA, 2020).

Quanto à infecção na FAV, esta é pouco frequente (1% - 5%), podendo ocorrer por contaminação direta, pelo não cumprimento da técnica asséptica de inserção das agulhas ou por processos de revisão do AV (SOUSA, 2009). Nesse sentido os cuidados a ter com a FAV são fundamentais para a prevenção dessas complicações e para a sua manutenção, quer no pós-operatório da sua construção, quer no período de maturação, durante e após as sessões de HD. Por parte do enfermeiro, durante o período de maturação da FAV é necessário que sejam realizadas intervenções de modo a promover

a sua maior durabilidade, tais como: manutenção do membro do acesso elevado, evitar pensos apertados, fazer a avaliação do fluxo sanguíneo diariamente, realizar exercícios de compressão manual. Quando a FAV já se encontra a ser utilizada é necessário que a hemóstase, após a remoção das agulhas, seja feita com uma compressão adequada, evitar esforços, punções venosas e avaliar tensão arterial no membro do acesso. Sempre que se vai canular a FAV é utilizada técnica asséptica, sendo necessária a higienização do membro do acesso com água e sabão anti-bacteriano, a fim de evitar a transmissão de infecções, e posteriormente a desinfecção do local da punção com solução antisséptica imediatamente antes da punção. É fundamental a adequada desinfecção do local a punccionar por parte do enfermeiro visto que 70% das bactérias implicadas no processo infeccioso são o *Staphylococcus aureus* e *Staphylococcus epidermidis* (SOUSA, 2009). As infecções por norma relacionam-se com a técnica cirúrgica ou com os procedimentos no momento da canulação, remoção das agulhas e hemóstase, sendo os sinais de infeção a inflamação local, podendo existir exsudado seroso ou purulento (DE MELO; DIAS; VILARES; MATOS *et al.*, 2017; SALGUEIRO; CARVALHO; VIEIRA, 2011). Na punção, a agulha arterial deve manter uma distância de 3 cm da anastomose para evitar a trombose da fístula, e a agulha venosa deve ser colocada a 5cm da arterial, de modo a evitar recirculação sanguínea (ASSIS; NEVES; RIBEIRO; FASSARELLA *et al.*, 2020)2020. A agulha arterial pode ser colocada no sentido do fluxo do sangue (anterógrada) ou contra o sentido do fluxo do sangue (retrógrada), dependendo do espaço de punção que a FAV dispõe. Após a inserção das agulhas, as mesmas são fixadas no mesmo ângulo ou com um ângulo similar à inserção de modo a evitar traumatismo na parede vascular. No final do tratamento, o processo de remoção das agulhas de punção deve ser cuidadoso, sempre com o mesmo ângulo de inserção e apenas após a remoção total das agulhas se deve pressionar o local de punção para evitar traumatismos e hematomas/infiltrações pós-diálise.

Tal como já referido, a FAV é o AV preferencial entre as pessoas que realizam HD, podendo a FAV ser canulada de três formas: 1) técnica em escada, onde os locais de canulação alternam longitudinalmente ao longo do eixo, para cima e para baixo ao longo de toda a extensão do acesso; 2) técnica em área, onde os locais da canulação numa área circunscrita em torno do segmento de veia puncionável não cumprem nenhum critério, sendo o importante canular a veia e obter débito suficiente para realizar um tratamento eficaz; 3) a técnica em botoeira, onde se canula uma FAV em todos os tratamentos exatamente no mesmo local, com o mesmo ângulo e a mesma profundidade de penetração, de modo a que através do processo de cicatrização se desenvolva um túnel subcutâneo para o AV, permitindo a utilização de uma agulha roma. Nesta técnica, antes de cada punção, é necessário remover a crosta formada no local da punção anterior (SALGUEIRO; CARVALHO; VIEIRA, 2011; WONG; MUNEER; WIEBE; STORIE *et al.*, 2014). A técnica de botoeira tem vindo a ser divulgada e encorajada pois provoca menos danos no endotélio devido à utilização de agulhas rombas, introduzidas através de um túnel

já previamente construído (ASSIS; NEVES; RIBEIRO; FASSARELLA *et al.*, 2020)2020. É considerada uma técnica com alguns benefícios para a pessoa: menos dor percebida no momento da introdução das agulhas, as agulhas são mais fáceis de introduzir, hemóstase mais rápida, menos complicações da FAV, menor formação de aneurisma e menor falha do acesso (ASSIS; NEVES; RIBEIRO; FASSARELLA *et al.*, 2020; WONG; MUNEER; WIEBE; STORIE *et al.*, 2014). No entanto, literatura atual diz-nos que esta técnica pode estar associada a uma maior incidência do risco de infeção no acesso, incluindo complicações infecciosas metastáticas com risco de vida (LYMAN; NGUYEN; SHUGART; GRUHLER *et al.*, 2020; WONG; MUNEER; WIEBE; STORIE *et al.*, 2014), pelo que a sua utilização deve respeitar criteriosamente todas as recomendações previamente descritas. O enfermeiro realiza diversos procedimentos durante uma sessão de HD, nomeadamente ao nível da estabilidade hemodinâmica da pessoa durante o tratamento, no controlo da infeção, na manutenção do circuito extracorporeal esterilizado, e tal como já referido, nos ensinamentos à pessoa sobre os cuidados a ter com o AV e possíveis complicações do mesmo. Todos estes aspetos visam uma melhor qualidade de vida da pessoa submetida a HD (PINHEIRO, 2017; SOUSA, 2009).

Implicações para a prática profissional e políticas de saúde: Com o presente trabalho pretendeu-se sistematizar os diferentes tipos de AV (FAV, EAV, CVC) e diferentes técnicas de canulação, quanto ao risco de infeção.

O AV é considerado como a linha de vida da pessoa submetida a HD, sendo a existência e manutenção de um bom acesso, fatores de especial relevância para o seu bem-estar. Em contrapartida, os problemas associados ao acesso são considerados a principal causa de morbilidade e de incapacidade destas pessoas. Assim, o acompanhamento dos acessos vasculares inicia-se na sala de HD, onde os enfermeiros procedem à avaliação e canulação do AV. Por parte do enfermeiro é fundamental avaliar e canular corretamente os acessos, bem como identificar e prevenir potenciais complicações, assegurando uma hemóstase correta e eficaz (DE MELO; DIAS; VILARES; MATOS *et al.*, 2017; PARISOTTO; PANCIROVA, 2014).

A grande limitação do presente trabalho prende-se com o facto de estarmos perante um estudo de caso onde se experienciou apenas um tipo de AV e técnica de canulação. Para um futuro estudo sugere-se outro tipo de estudo com amostra maior e diferentes tipos de AV para uma maior sustentação dos resultados apresentados.

5 | CONCLUSÃO

No presente estudo de caso foi analisado o caso clínico relativo a uma pessoa de 57 anos com DRCT submetido a HD, mais especificamente quanto aos cuidados de enfermagem prestados durante os tratamentos. Foram formulados e priorizados diagnósticos de enfermagem de forma a dar resposta aos fatores identificados através

da colheita de dados, tendo sido observado, através da avaliação dos resultados das intervenções realizadas, que as mesmas contribuíram favoravelmente para a qualidade de vida do sr. DG.

O enfermeiro tem assim um papel crucial no que diz respeito a capacitar a pessoa, para que esta consiga gerir os cuidados à FAV e possíveis complicações da mesma, a sua doença e a sua vida, transmitindo estratégias que ajudem a pessoa a adaptar-se à sua condição. O enfermeiro é parte integrante do processo de prevenção e controlo da infeção, através da utilização de boas práticas de enfermagem na prestação de cuidados à pessoa com DRC terminal em programa de HD. Estas intervenções visam a diminuição do risco de infeção, quer para os profissionais de saúde, quer para as pessoas submetidas a HD.

REFERÊNCIAS

AFONSO, J. Adesão ao tratamento da pessoa com doença renal crónica em programa de hemodiálise. 2018. Msc., Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

ANDRADE, S. R. d.; RUOFF, A. B.; PICCOLI, T.; SCHMITT, M. D. et al. O estudo de caso como método de pesquisa em enfermagem: uma revisão integrativa. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 26, n. 4, 2017.

ASSIS, B.; NEVES, K.; RIBEIRO, W.; FASSARELLA, B. et al. Assistência do enfermeiro e sua equipe para a realização de punção de botão em fístula arteriovenosa. *Research, Society and Development*, 9, n. 9, p. e220996763-e220996763, 2020.

BASTOS, F. S. A pessoa com doença crónica: Uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico. 2013. PhD (PhD), Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde Porto.

BULECHEK, B.; BUTCHER, H.; DOCHTERMAN, J.; WAGNER, C. NIC Classificação das intervenções de enfermagem. Elsevier Brasil, 2015. 8535269185.

CLEMENTINO, D.; DE QUEIROZ SOUZA, A.; DA COSTA BARROS, D.; CARVALHO, D. et al. Hemodialysis patients: the importance of self-Care with the arteriovenous fistula. *Journal of Nursing UFPE on line*, 12, n. 7, p. 1841-1852, 2018.

COLÉGIO DE ESPECIALIDADE DE NEFROLOGIA - ORDEM DOS MÉDICOS. Manual de Boas Práticas de Diálise Crónica. 2011.

CRISTÓVÃO, A. Eficácia das restrições hídrica e dietética da pessoa com doença renal crónica em hemodiálise. 2016. PhD -, Universidade Católica Portuguesa.

DA SILVA, R.; DE MELO TORRES, S.; LIMA, A. Assistência de enfermagem na manutenção do acesso vascular arteriovenoso de pacientes renais crônicos em hemodiálise: uma revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, n. 44, p. e2956-e2956, 2020.

DE MELO, J.; DIAS, A.; VILARES, F.; MATOS, J. et al. Cuidados à Pessoa com Doença Renal Crónica Terminal em Hemodiálise: Guia Orientador de Boa Prática. *Ordem dos Enfermeiros*, 2017. 9789898444363.

FAZENDEIRO, J. Manual de hemodiálise para enfermeiros. Coimbra, Almedina, Fresenius Medical Care, 2011.

GOMES, E.; DOS SANTOS NASCIMENTO, M. Assistência de enfermagem nas complicações durante as sessões de hemodiálise. *Enfermagem Brasil*, 17, n. 1, p. 10-17, 2018.

GONÇALVES, V. Peso seco e ganho de peso interdialítico. 2016 <https://www.portaldadialise.com>, <https://www.portaldadialise.com/articles/peso-seco-e-ganho-de-peso-interdialitico>.

HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020. *Artmed*, 2018.

KARKAR, A. Infection control guidelines in hemodialysis facilities. *Kidney Research and Clinical Practice*, 37, n. 1, p. 1-3, 2018.

LYMAN, M.; NGUYEN, D.; SHUGART, A.; GRUHLER, H. et al. Risk of Vascular Access Infection Associated With Buttonhole Cannulation of Fistulas: Data From the National Healthcare Safety Network. *American Journal of Kidney Diseases*, 76, n. 1, p. 82-89, 2020.

MARUJO, P. R. O autocuidado à fístula arteriovenosa da pessoa com doença renal crónica terminal em hemodiálise. 2016. MSc., Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

MIRA, A. R.; GARAGARZA, C.; CORREIA, F.; FONSECA, I. et al. Manual de nutrição e doença renal. Porto: 2017.

MOORHEAD, S.; MOORHEAD, M.; JOHNSON, M.; MAAS, M. et al. NOC Classificação dos resultados de enfermagem. Elsevier Brasil, 2015. 8535282572.

NOLASCO, F.; LOUREIRO, A.; FERREIRA, A.; MACÁRIO, D. et al. Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência—Nefrologia. 2017.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Body mass index - BMI. 2020. Disponível em: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>.

PARISOTTO, M. T.; PANCIROVA, J. Acesso Vascular - Canulação e Cuidado. Suíça: EDTNA/ERCA, 2014.

PEREIRA, C.; LEITE, I. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em terapêutica hemodialítica. *Acta Paulista de Enfermagem*, 32, n. 3, p. 267-274, 2019.

PESSOA, N.; LINHARES, F. Pacientes em hemodiálise com fístula arteriovenosa: conhecimento, atitude e prática. *Escola Anna Nery*, 19, n. 1, p. 73-79, 2015.

PINHEIRO, U. Complicações durante a hemodiálise: Importância das intervenções de enfermagem. 2017. -, Faculdades Nova Esperança de Mossoró - Facene RN.

PORTAL DA DIÁLISE. O que é Hemodiálise. 2016. Disponível em: <https://www.portaldodialise.com/portal/o-que-e-hemodialise>.

RILEY, D. S.; BARBER, M. S.; KIENLE, G. S.; ARONSON, J. K. et al. CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. *Journal of Clinical Epidemiology*, 89, p. 218-235, 2017.

ROCHA, R.; PINHO, D. Ocorrência de eventos adversos em unidades públicas de hemodiálise. *Enfermeria global*, 18, n. 3, p. 1-34, 2019.

ROPER, N.; LOGAN, W.; TIERNEY, A. O modelo de enfermagem Roper-Logan-Tierney: baseado nas actividades de vida diária. Lisboa: Climepsi Editores 2001. 9727960138.

SALGUEIRO, M.; CARVALHO, T.; VIEIRA, F. Manual de Acessos Vasculares. Fresenius Medical Care, 2011.

SILVA, A. S. Autocuidado na manutenção do acesso vascular para hemodiálise. 2017. Msc. -, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

SILVA, R.; CARVALHO, A.; REBELO, L.; BARBOSA, L. et al. Contributos do Referencial Teórico de Afaf Meleis para Enfermagem de Reabilitação. *Revista Investigação em Enfermagem*, 2019.

SOUSA, C. N. Cuidar da Pessoa com Fístula Arteriovenosa: Dos Pressupostos Teóricos aos Contextos das Práticas. 2009. MSc. (MSc.) -, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.

WONG, B.; MUNEEER, M.; WIEBE, N.; STORIE, D. et al. Buttonhole versus rope-ladder cannulation of arteriovenous fistulas for hemodialysis: a systematic review. *American journal of kidney diseases*, 64, n. 6, p. 918-936, 2014.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PACIENTE GESTANTE COM DIAGNÓSTICO DE CARDIOPATIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 01/08/2021

Data de submissão: 13/06/2021

Andressa Maria Laurindo Souza

Universidade Federal do Piauí (UFPI) –
Departamento de Enfermagem
Teresina – Piauí
<https://orcid.org/0000-0002-3705-0605>

Herla Maria Furtado Jorge

Universidade Federal do Piauí (UFPI) –
Departamento de Enfermagem
Teresina – Piauí
<https://orcid.org/0000-0001-9706-5369>

Ravena de Sousa Alencar Ferreira

Universidade Federal do Piauí (UFPI) –
Departamento de Enfermagem
Teresina – Piauí
<https://orcid.org/0000-0001-7311-2212>

Nataline de Oliveira Rocha

Universidade Federal do Piauí (UFPI) –
Departamento de Enfermagem Teresina – Piauí
<https://orcid.org/0000-0002-3973-4613>

Viviany de Sousa Araújo

Universidade Federal do Piauí (UFPI) –
Departamento de Enfermagem Teresina – Piauí
<https://orcid.org/0000-0002-4848-8557>

RESUMO: OBJETIVO: relatar uma experiência da assistência de enfermagem obstétrica à gestante com cardiopatia. MÉTODO: Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, realizado por residentes de enfermagem

obstétrica em uma maternidade pública de referência para o Estado do Piauí. A produção do estudo seguiu as etapas de: coleta de dados, diagnósticos, planejamento, intervenção e avaliação de enfermagem, utilizando NANDA, NIC e NOC. RESULTADOS: Os principais problemas de enfermagem identificados foram: desconforto respiratório, procedimentos invasivos, medo e ansiedade. Os principais diagnósticos de enfermagem foram: dor aguda relacionado a agente biológico lesivo, definido por expressão facial de dor, autorrelato das características e intensidade da dor; risco de infecção relacionado procedimento invasivo, doença crônica e hemoglobina diminuída. CONCLUSÃO: Observou-se inúmeras problemáticas, composta de complicações clínicas e obstétricas bem como a decisão da equipe médica para interrupção da gestação apesar do mal prognóstico fetal em decorrência da gravidade da condição de saúde materna.

PALAVRAS - CHAVE: Cardiopatias. Gestantes. Cuidados de enfermagem.

NURSING CARE FOR PREGNANT PATIENTS DIAGNOSED WITH HEART DISEASE: AN EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: OBJECTIVE: to report an experience of obstetric nursing care for pregnant women with heart disease. METHOD: This is a descriptive study of the experience report type, carried out by obstetric nursing residents in a public maternity hospital of reference in the State of Piauí. The production of the study followed the steps of: data collection, diagnoses, planning, intervention and nursing assessment, using

NANDA, NIC and NOC. RESULTS: The main nursing problems identified were: respiratory distress, invasive procedures, fear and anxiety. The main nursing diagnoses were: acute pain related to a harmful biological agent, defined by facial expression of pain, self-report of pain characteristics and intensity; risk of infection related to invasive procedure, chronic disease and decreased hemoglobin. CONCLUSION: Numerous problems were observed, consisting of clinical and obstetric complications as well as the decision of the medical team to terminate the pregnancy despite the poor fetal prognosis due to the seriousness of the maternal health condition.

KEYWORDS: Heart diseases. Pregnant women. Nursing care.

1 | INTRODUÇÃO

Universalmente, a cardiopatia é considerada a maior causa não obstétrica de morbidade e mortalidade materna. Sempre que possível, as mulheres com lesões cardíacas já diagnosticadas devem ser orientadas previamente sobre os riscos durante a gravidez (BRASIL, 2012).

A cardiopatia afeta 0,3% a 4% das gestações e é responsável por até 11% dos óbitos maternos. Entretanto, a maioria dos casos evolui favoravelmente na gravidez e no puerpério. A etiologia da doença cardíaca difere entre as populações: no Brasil, predominam as doenças adquiridas, em especial, as valvopatias reumáticas e, em países desenvolvidos, as congênitas (TESTA; BORTOLOTTI, 2019).

O ciclo gravídico puerperal provoca alterações no sistema cardiovascular que visam adaptar o organismo materno ao desenvolvimento do concepto e ao fenômeno da parturição. Essas modificações podem influenciar o manejo de pacientes cardiopatas durante a gestação (TESTA; BORTOLOTTI, 2019). As alterações hemodinâmicas ocorrem durante gravidez, parto e puerpério. Essas mudanças começam durante as primeiras seis a oito semanas de gestação e atingem o seu pico no final do segundo trimestre. As alterações hemodinâmicas podem se tornar clinicamente evidentes em algumas cardiopatias preexistentes (BRASIL, 2012).

As variações hemodinâmicas que ocorrem no organismo materno levam a um aumento do volume sanguíneo, além do aumento do débito e da frequência cardíaca. Esse aumento na sobrecarga cardíaca aumenta o risco de complicações em gestantes cardiopatas, envolve todo o período periparto, parto e puerpério. Diante dessas várias alterações fisiológicas impostas sob a bomba cardíaca, fica evidente que a gestante com cardiopatia terá um risco significativo de complicações diante da gestação (FELCZAK *et al.*, 2018). O débito cardíaco (DC) eleva-se em cerca de 50%, predominantemente devido ao aumento do volume sistólico (VS) numa fase inicial e à custa do aumento da frequência cardíaca (FC) no terceiro trimestre (GUIMARAES *et al.*, 2019). O consumo de oxigênio aumenta em torno de 50%, especialmente nos dois últimos trimestres da gestação (AVILA *et al.*, 2020).

Uma história clínica completa é fundamental, com especial atenção na caracterização dos sintomas e sinais associados às alterações fisiológicas da gravidez. O diagnóstico diferencial deve ser baseado numa história clínica pormenorizada e com recurso a exames complementares direcionados à suspeita clínica, pesando o risco versus benefício da sua realização e interpretados no contexto clínico (GUIMARAES *et al.*, 2019). Assim, frente ao exposto, este estudo tem como objetivo: relatar uma experiência da assistência de enfermagem obstétrica à gestante com cardiopatia.

2 | MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, realizado por residentes de enfermagem obstétrica em uma maternidade pública de referência para o Estado do Piauí. A coleta de dados ocorreu no mês de novembro de 2020, no setor de Internação na enfermaria desta maternidade através de consulta ao prontuário da paciente e entrevista com a mesma. Para a realização do estudo, seguiu-se como norte a Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Iniciou-se a produção deste estudo pela coleta de dados, seguido dos diagnósticos, planejamento, intervenção e avaliação de enfermagem. Desse modo, a primeira etapa da pesquisa foi através da entrevista e do exame físico, em que se dispôs os dados com a identificação dos problemas de enfermagem.

Em seguida, tomou-se como norte os diagnósticos de enfermagem da NANDA-I (HERDMAN; KAMITSURU, 2018), para que pudessem ser direcionadas o planejamento e as intervenções de enfermagem, aos quais seguiu-se as taxonomias NIC (BUTCHER *et al.*, 2010) e NOC (JOHNSON *et al.*, 2010).

Durante o acompanhamento da paciente foi possível elencar alguns cuidados e orientações específicas para cada fase, considerando as necessidades básicas individuais. Ressalta-se que todas as etapas dessa pesquisa respeitou a resolução nº 466/2012, que trata da realização de pesquisas com seres humanos e que não foi necessário submetê-la a um Comitê de Ética e Pesquisa por tratar-se de um relato de experiência.

3 | RESULTADOS

3.1 Histórico de Enfermagem – Admissão (03.11.2020)

R. M. S. Gestante, 26 anos, G1P0A0, Idade Gestacional- IG (Ultrassonografia- US 1T): 20 semanas, encaminhada por hospital da zona Sul. Paciente desconhecia condição diagnosticada, com queixa de dispneia moderada aos esforços e “coração acelerado” há 2 meses, procurou o serviço de saúde onde foi realizado ecocardiograma transtorácico (03/11) que evidenciou: Aumento importante de átrio esquerdo, hipertrofia miocárdica concêntrica de grau discreto, dupla lesão aórtica (estenose de grau importante, insuficiência de grau

moderado), dupla lesão mitral de grau importante, insuficiência tricúspide de grau discreto, hipertensão arterial pulmonar de grau importante. Nega outras comorbidades e alergias. Teste COVID-19 (03/11) negativo.

Em bom estado geral, consciente, orientada, dispneica ao ar ambiente, normocorada, afebril, acianótica, anictérica. Ausculta pulmonar com murmúrio vesicular presente sem ruídos adventícios, ausculta cardíaca apresentando sopro de forte intensidade predominantemente sistólico nos 4 focos de ausculta, presença de B3, taquicárdica (Frequência cardíaca- FC: 130 bpm). Extremidades normoperfundidas, TEC < 2 segundos, abdome gravídico, útero ao nível de cicatriz umbilical, batimentos cardíacos- BCF: 144 bpm. Sinais vitais- SSVV: pressão arterial (PA): 110 X 80 mmHg; SatO₂: 98%; FC: 130 bpm; frequência respiratória- FR: 32 irpm; Temperatura: 37°C.

Lauda cardiológica: Insuficiência cardíaca valvar de etiologia reumática. Presença de lesão valvar importante, com indicação de tratamento exclusivamente cirúrgico, que tende a piorar com o decorrer da gestação. Internação para equipe obstétrica avaliar até quando manter gestação.

Medicações prescritas: sulfato ferroso 200mg antes do almoço, dipirona 500 mg se dor ou febre e metoclopramida 10 mg se náuseas ou vômitos, dieta oral livre.

3.2 Setor de Internação Para Tratamento Clínico

Evolução 04/11: Paciente com queixa de dispnéia moderada aos esforços, nega outras queixas. Normotensa, estável hemodinamicamente, extremidades sem edema. FC: 120 bpm, Sat O₂: 99%, PA 110x 80 mmHg. Tônus uterino normal, feto vivo, BCF: 144 bpm. Nesta data foi conversado com a paciente sobre condições gerais, quadro e riscos de manter a gestação com a cardiopatia grave, explicado sobre processo de interrupção e riscos de péssima sobrevida do feto.

USG (04/11): Feto pélvico, único, vivo, Movimentos fetais (MF) +, BCF: 155 bpm, índice de líquido amniótico (ILA) normal, placenta posterior grau 0, peso fetal 327g, biometria compatível com 20 semanas.

Parecer cardiologista (05/11): Paciente deve interromper a gestação, por parto cesáreo, caso evolua com dispneia em repouso. Deverá permanecer em unidade de terapia intensiva até o terceiro dia pós-operatório. Deverá permanecer internada durante toda gestação. Deverá programar a cirurgia das valvas mitral e aórtica após o parto. Pouco provável que a gestação atinja a maturidade fetal. Manter repouso no leito. Conduta: vigilância em dispneia e vigilância materno fetal.

Cardiologista emitiu segundo parecer no dia 10/11 confirmando o relatado no primeiro parecer e adicionando orientações acerca do procedimento cirúrgico e pós cirúrgico.

07/11: iniciada dose profilática de tromboprolifaxia (Enoxiparina 40 mg/ 0,4 ml 1 x ao dia) por orientação de cardiologista.

08/11: Tomografia computadorizada (TC) Tórax evidenciou pequeno derrame pleural

bilateral, sem demais alterações. Paciente apresenta tosse produtiva.

Parecer comitê de ética (09/11): após avaliação de todos os componentes processuais a comissão de ética manifestou-se favorável a interrupção da gravidez.

Evolução 10/11: Paciente evolui consciente, orientada, normocorada, anictérica, acianótica, dispneica, aceita dieta oferecida via oral, nega queixas álgicas e nega perdas vaginais, sono e repouso prejudicados, refere desconforto respiratório na mudança de decúbito e astenia. SSVV: FC: 133 bpm, FR: 32 irpm, SatO₂: 96%, PA: 100X 80 mmHg, T: 36,7°C.

11/11: Encaminhada para UTI devido desconforto respiratório em repouso.

3.3 Transferência para UTI (11.11.2020)

Evolução: Às 12h, paciente admitida na UTI, procedente do setor de tratamento clínico, consciente, orientada, afebril, normotensa, taquipneica, em repouso no leito, em dieta zero, diurese espontânea. Às 14h, instalado ventilação não invasiva (VNI) e monitorização cardíaca contínua.

12/11: Encaminhada ao Centro Cirúrgico (CC) às 08: 50h para interrupção da gestação por cesariana. Procedimento cirúrgico realizado sem intercorrências, sob anestesia geral, realizada intubação orotraqueal (IOT), feto de 21 semanas veio a óbito após procedimento. Às 11:50, paciente retornou do CC em pós operatório imediato (POI) de cesariana por aborto terapêutico, sonolenta, disfásica, hipocorada, afebril, acianótica, levemente taquidispneica, em aporte de O₂ (Sat: 94%), hemodinamicamente estável. Sem queixas álgicas no momento. FO com curativo oclusivo, loquiação fisiológica, hidratação venosa (HV) em BIC, diurese por sonda vesical de demora (SVD). Paciente manteve-se estável sem muitas alterações, com seu retorno à enfermaria dia 17/11.

3.4 Retorno ao Setor de Internação para Tratamento Clínico

17/11 (entrevista e exame físico da paciente): Puérpera em 5º dia pós operatório de cesária (DPOC), em 15º DIH. Segue em BEG, consciente, orientada, fásica, deambulando, aceita dieta VO, diurese e evacuações presentes e espontâneas. Apresentando mamas cheias, endurecidas, com saída de colostro a expressão mamilar, paciente refere dor nas mamas a palpação, informado a equipe médica que prescreveu Cabergolina, realizou-se enfaixamento das mamas. Queixando-se de tosse produtiva, dor torácica ao tossir e leve dispneia. Comunicado à equipe médica. Ferida operatória (FO) limpa e seca sem sinais flogísticos, lóquios fisiológicos, útero involuído.

19/11: Paciente segue com relato de tosse produtiva, dor torácica e leve dispneia. Nesta data apresentou relato de perda de olfato (anosmia) e paladar, comunicado a equipe médica, solicitado novo teste para COVID-19. Teste apresentou resultado positivo para COVID-19, paciente então encaminhada para setor destinada ao tratamento de pacientes que necessitam de precaução por diagnóstico de novo coronavírus. Paciente ainda estava

aguardando regulação para hospital onde será realizada cirurgia para reparação de valvas cardíacas.

Exames realizados: (11/11): Hb: 9,4g/dl; Ht: 27,6 %; Plaquetas: 229000 mm³; Teste para COVID-19 negativo. (12/11): Hb: 9,9 g/dl; Ht: 29,2%, Plaquetas: 304000mm³. (15/11): Hb: 9,4g/dl, Ht: 28,1%, Plaquetas: 388000mm³.

3.5 Sistematização da Assistência de Enfermagem

Após analisar o caso, foram identificados os seguintes problemas de Enfermagem:

- Desconforto respiratório
- Procedimentos invasivos
- Internação na UTI
- Medo e ansiedade
- Dor aguda torácica e em mamas ingurgitadas

Depois de elencar os problemas reconhecidos no caso, seguiu-se a sistematização de Enfermagem com a elaboração dos diagnósticos, intervenções e resultados esperados demonstrados no quadro a seguir:

Diagnósticos de Enfermagem NANDA	Intervenções de Enfermagem NIC	Resultados Esperados NOC
Dor aguda relacionada a agente biológico lesivo, definido por expressão facial de dor, autorrelato das características e intensidade da dor.	Avaliar a intensidade da dor da paciente. Oferecer métodos de alívio da dor. Apoiar a paciente em suas necessidades. Observar e registrar os sinais vitais. Realizar uma avaliação completa da dor. Investigar fatores que aliviam/pioram a dor. Administrar analgésicos prescritos.	Mensuração da intensidade da dor. Promoção do alívio da dor. Promoção de conforto.
Risco de infecção relacionado a procedimento invasivo, doença crônica e hemoglobina diminuída.	Lavar as mãos antes e após o contato com o paciente. Observar condições de pele e tecidos, ferida operatória e comunicar presença de lesões ou sinais flogísticos. Observar acesso venoso e comunicar presença de sinais flogísticos.	Redução do risco de infecções. Identificar possíveis lesões.
Ansiedade relacionado a estressores, ameaça a condição atual, definido por preocupações em razão de mudança em eventos da vida, insônia, medo, alterações no padrão respiratório, fraqueza.	Avaliar o nível de ansiedade. Oferecer técnicas de relaxamento. Fortalecer métodos de enfrentamento. Ofertar apoio emocional. Oferecer informações reais sobre o tratamento.	Redução do nível de ansiedade. Melhora do estado emocional.

<p>Distúrbio no padrão de sono relacionado a barreira ambiental, privacidade insuficiente, padrão de sono não restaurador evidenciado por alteração no padrão do sono</p>	<p>Aproximar ciclo regular de sono/vigília do paciente no planejamento do cuidado. Adaptar o ambiente para promover o sono. Monitorar o padrão de sono do paciente. Determinar os efeitos dos medicamentos de pacientes sobre o padrão de sono.</p>	<p>Padrão de sono adequado</p>
<p>Padrão respiratório ineficaz relacionado a fadiga, dor e hiperventilação, evidenciado por dispnéia e taquipnéia.</p>	<p>Redução da ansiedade. Controle da dor. Monitorar o estado respiratório e a oxigenação. Posicionar o paciente visando ao alívio da dispnéia. Iniciar e manter oxigênio suplementar, conforme a prescrição. Garantir o aporte ventilatório e adequada oxigenação do paciente. Posicionar o paciente no leito de forma a promover o conforto.</p>	<p>Permeabilidade das vias aéreas. Melhoria do padrão respiratório</p>

Quadro 1. Diagnósticos de enfermagem, intervenções de enfermagem e resultados esperados

Fonte: elaborada pelos autores do estudo com base nos achados de NANDA, NIC E NOC. Teresina, 2020.

4 | DISCUSSÃO

A gestação se caracteriza por mudanças fisiológicas que ocorrem no organismo materno, em que não somente o aparelho reprodutor, mas também outros sistemas sofrem uma adaptação. As alterações cardíacas são uma das consequências mais importantes na gestação que se segue, no qual há sobrecarga fisiológica sobre o coração da mulher. Afinal, o aumento da circulação da gestante é necessário, para demandar nutrientes e oxigênio suficiente para a formação adequada de um novo ser, e ao mesmo tempo suprir as demandas do organismo da própria mãe (FELCZAK *et al.*, 2018).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, para gravidez na mulher com diagnóstico de cardiopatia, as cardiopatias são consideradas como a maior causa de morte materna indireta no ciclo gravídico-puerperal, apesar da pequena incidência, 4,2% das gestações em todo país. Neste contexto, destaca-se a importância de um atendimento especializado e multidisciplinar, em que a equipe de enfermagem tem papel importante, se não determinante na abordagem à gestante cardiopata (FELCZAK *et al.*, 2018). Para melhor controle clínico, recomenda-se redução do esforço físico, dieta com baixo teor de sal e, eventualmente, restrição hídrica. A terapêutica farmacológica pode e deve ser usada respeitando a relação risco-benefício entre a condição materna e o possível risco fetal (TESTA, BORTOLOTTI, 2019).

O ecocardiograma transtorácico (ECO TT) é o *gold standard* para a avaliação da função cardíaca durante a gravidez. Os achados não patológicos numa mulher grávida são: ligeira dilatação das quatro cavidades (que pode ser mais pronunciada na aurícula e ventrículo direitos), regurgitação mitral (RM) transitória trivial, regurgitações tricúspide (RT)

e pulmonar (RP) fisiológicas, aumento do DC e da massa ventriculares esquerda e direita (GUIMARAES *et al.*, 2019).

Apesar de a grande maioria das mulheres com doença valvular menos grave tolerar bem a gravidez, algumas lesões valvulares são consideradas proibitivas: EM grave, estenose aórtica (EA) grave sintomática e qualquer doença valvular associada à disfunção ventricular esquerda e ou hipertensão pulmonar (HTP). Estas devem ser alvo de aconselhamento pré-concepcional e submetidas a intervenções terapêuticas antes de uma eventual gravidez. Alguns especialistas sugerem a ponderação da cesariana nas doentes com EA grave (GUIMARAES *et al.*, 2019).

Em qualquer momento da gestação, diante de descompensação clínica, deve-se proceder à internação hospitalar e otimizar o tratamento medicamentoso. Se o controle clínico materno não puder ser alcançado, estará indicado o parto terapêutico. O parto deve ser assistido em ambiente hospitalar, com retaguarda cardiológica e de terapia intensiva. Em situações com risco de morte materna extremamente a gravidez é fortemente contraindicada. A gestação não planejada nesse grupo constitui indicação de abortamento terapêutico (TESTA, BORTOLOTTI, 2019).

O tipo de parto deve ser decidido e programado por uma equipe multidisciplinar. O tipo de parto privilegiado é o vaginal com um plano individualizado à doente, DCV e ao seu perfil hemodinâmico. A cesariana, embora que controversa, tem indicação nas situações clínicas incluídas no grupo de risco IV da OMS, no trabalho de parto sob anticoagulação oral (ACO), na insuficiência cardíaca (IC) descompensada ou por indicação obstétrica (AVILA *et al.*, 2020; GUIMARAES *et al.*, 2019).

O puerpério imediato deve ser seguido em unidade de terapia intensiva, com especial atenção para sinais de sobrecarga de volume, ausculta pulmonar, frequência cardíaca, diurese, pressão arterial e perdas sanguíneas. A paciente deve receber alta mais tardiamente, com ajuste medicamentoso adequado e retorno precoce. Constituem-se contraindicações a lactação, o uso de amiodarona e a imunossupressores. Nesses casos, recomendam-se métodos mecânicos de supressão da lactação, visto que os fármacos habitualmente utilizados com essa finalidade podem aumentar o risco trombótico ou de vasoespasmo (TESTA, BORTOLOTTI, 2019). O descuido quanto às oscilações hemodinâmicas no puerpério é, em parte, responsável pela mortalidade materna; por isso, é mandatório que pacientes com cardiopatias graves, mesmo estáveis, permaneçam no período de 24 a 48 h na UTI para monitoramento hemodinâmico efetivo (AVILA *et al.*, 2020).

5 | CONCLUSÃO

Este estudo permitiu relatar a experiência da assistência de enfermagem obstétrica à gestante com cardiopatia grave e os procedimentos realizados em seu caso. Observou-se inúmeras problemáticas, composta de complicações clínicas e obstétricas bem como a

decisão da equipe médica para interrupção da gestação apesar do mau prognóstico fetal em decorrência da gravidade da condição de saúde materna.

Os estudos mostram que as complicações materno-fetais são frequentes, levando as gestantes cardiopatas a desenvolverem uma série de riscos com a gestação, parto e puerpério. Sendo assim, mulheres portadoras de cardiopatias moderadas a graves apresentam maiores riscos para morbidade/mortalidade e resultados perinatais adversos. É necessário o aprofundamento por meio de pesquisas para se evidenciar o manejo clínico diante dessas complicações, levando o cuidado adequado desde o início da gestação ao final do puerpério.

REFERÊNCIAS

AVILA, W. S. *et al.* **Posicionamento da Sociedade Brasileira de Cardiologia para Gravidez e Planejamento Familiar na Mulher Portadora de Cardiopatia** – 2020. Arq. Bras. Cardiol, São Paulo, v. 114, n. 5, p. 849-942, maio 2020. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2020000600849&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 11 dez. 2020. Epub 01-Jun-2020. <https://doi.org/10.36660/abc.20200406>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**. 5ª ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 302 p.

BUTCHER, H. K.; BULECHEK, G. M.; DOCHTERMAN, J. M. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. Tradução de Soraya Imon de Oliveira; et al. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. (título original: Nursing Interventions Classification, 5th edition).

FELCZAK, C. *et al.* **Perfil de gestantes cardiopatas: Alto risco**. Cogitare Enfermagem, [S.l.], v. 23, n. 2, mai. 2018. ISSN 2176-9133. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/49605>>. Acesso em: 10 dez. 2020. doi:<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i2.49605>.

GUIMARÃES, T. *et al.* **Cardiopatia e gravidez – o estado da arte**. Revista Portuguesa de Cardiologia, v. 38, n. 5, p. 373-383, maio 2019. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S087025511730536X>>. Acesso em: 10 dez. 2020.

HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020/ [NANDA Internacional]**. Tradução de Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2018. 462 p. (título original: **Nanda International nursing diagnoses: definitions and classification, eleventh edition, 2018-2020**).

JOHNSON, M. *et al.* **Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)**. Tradução de Regina Machado Garcez; et al. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. (título original: Nursing outcomes classification (NOC), 4th edition).

TESTA, C. B.; BORTOLOTO, M. R. F. L. **Manejo clínico e conduta obstétrica em gestantes cardiopatas**. Feminina, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 333-338, 2019. Disponível em: <<https://www.febrasgo.org.br/pt/femina/item/817-revista-femina-2019-vol-47-n-6>>. Acesso em: 10 dez. 2020.

SOBRE A ORGANIZADORA

ANA MARIA AGUIAR FRIAS - Doutora em Psicologia (Julho-2010); Mestre em Ecologia Humana (2004); Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (Agosto1996). Enfermeira (1986-2003). Professora Coordenadora no Departamento de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus (ESESJD) da Universidade de Évora. Presidente do Conselho Pedagógico (2008-2010) e desde Janeiro 2019. Elemento da assembleia de representantes da ESESJD, Vice Presidente da assembleia de representante (2017-2019). Elemento da Comissão Executiva e de acompanhamento do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Adjunta da Diretora de curso. Investigadora do Comprehensive Health Research Centre, investigadora colaboradora do centro de investigação em Educação e Psicologia da Universidade de Évora. Coordenadora principal do projeto “Conhecer e prevenir o VIH_SIDA”. Assessora Científico da Revista RIASE. Revisor da Revista de Enfermagem (Referência), da Revista Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health, da Revista Cubana de Enfermería, da Revista Eletrônica Gestão e Saúde - G&S, da revista de Enfermagem Anna Nery. Representante dos professores no conselho técnico-científico da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus (até Janeiro 2019). Diretora da comissão de curso da licenciatura em Enfermagem (2010-2012). Adjunta da Diretora da Comissão de Curso da Licenciatura em Enfermagem (2012-2014). Diretora da Pós-graduação em Medicina Chinesa (2008-2012). Diretora do 6.º Curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, na Ilha da Madeira (2008-2010). Elemento da comissão editorial da revista da ESESJD “ Enfermagem e Sociedade” (2004-2009). Autora de vários trabalhos científicos com publicações relevantes em periódicos nacionais e internacionais, livro, capítulos de livros e comunicações nas áreas da Enfermagem, Educação para a Saúde, Psicologia. Abordou temas como Gravidez e Parto. Vinculação, Adolescência, Comportamentos Saudáveis e de Risco, VIH, Urgências e Emergências, Simulação Clínica e *e-learning*.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acesso Vascular 16, 228, 230, 240, 241, 242

Acidentes por quedas 151

Administração Hospitalar 97, 186, 188

Agentes comunitários de saúde 11, 67, 68, 70, 71, 74, 75, 76, 77, 78, 170

Assistência de enfermagem 15, 39, 44, 45, 100, 105, 108, 109, 117, 138, 144, 174, 193, 240, 241, 243, 245, 250

Assistência Hospitalar 48, 144

Atendimento pré-hospitalar 113, 114, 118, 119, 121, 122, 198, 199

Atividades Educativas 141, 142, 143, 225

C

Capital Social 15, 219, 220, 221, 223, 224, 225, 226

Centro Cirúrgico 12, 136, 137, 138, 139, 140, 247

Cirurgia cardíaca 12, 123, 126

Comunicação 12, 2, 3, 6, 9, 12, 26, 39, 40, 47, 53, 64, 77, 93, 94, 95, 96, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 107, 108, 109, 110, 113, 126, 127, 131, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 186, 189, 197

Cuidados de enfermagem 12, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 30, 33, 36, 40, 123, 125, 126, 134, 135, 227, 228, 232, 234, 235, 239, 243

D

Direito à saúde 80, 81, 83, 116

Documentos 148, 200, 202, 203

Doença Renal Crônica 15, 227, 228, 240

E

Educação na saúde 11, 49, 52, 58, 225

Educação permanente 11, 17, 18, 59, 67, 68, 70, 72, 73, 74, 76, 77, 101, 102, 143, 149, 199, 207

Enfermagem 2, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 59, 60, 61, 65, 66, 67, 68, 71, 73, 74, 77, 79, 80, 81, 82, 84, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 93, 94, 95, 96, 97, 99, 100, 101, 102, 103, 105, 107, 108, 109, 110, 114, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 125, 126, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 144, 147, 148, 149, 150, 154, 157, 158, 160, 161, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 170, 174, 179, 180, 188, 189, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 199, 200, 202, 207, 208, 209, 210, 211, 212,

213, 214, 215, 217, 218, 226, 227, 228, 231, 232, 233, 234, 235, 237, 239, 240, 241, 242, 243, 245, 248, 249, 250, 251, 252

Enfermagem em emergência 192, 194

Enfermeiro 10, 11, 12, 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 18, 25, 26, 28, 35, 37, 38, 39, 40, 41, 45, 46, 47, 48, 61, 62, 63, 65, 75, 84, 88, 89, 90, 91, 95, 99, 103, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 120, 121, 123, 126, 127, 131, 132, 133, 134, 153, 158, 161, 175, 183, 188, 191, 193, 194, 197, 198, 212, 213, 214, 217, 226, 237, 238, 239, 240

Erros de medicação 142, 148, 149

F

Fatores de risco 151, 152, 153, 154, 157, 161, 162, 165, 212, 213, 215, 216, 222, 225, 226

G

Gestão da informação em saúde 20

Gestão de enfermagem 93, 96, 103

Gestão do trabalho 11, 49, 52, 54, 55, 77, 225

Gestão em saúde 10, 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 49, 90

Gestão Hospitalar 93, 95, 110

Gestor de saúde 70

H

Hemodiálise 15, 160, 227, 228, 229, 231, 233, 240, 241, 242

Hospitalização 34, 151, 154, 168, 178, 193, 231, 237

Hotelaria Hospitalar 13, 181, 183, 184, 185, 186, 188, 189, 190

Humanização 9, 11, 49, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 98, 107, 181, 182, 183, 185, 186, 187, 188, 189, 190

I

Idoso 13, 167, 168, 169, 170, 174, 175, 176, 177, 178, 179

Indicadores 10, 12, 20, 22, 23, 24, 26, 27, 29, 30, 33, 35, 65, 93, 103, 104, 106, 164, 169, 175, 179, 187, 188, 233, 236

J

Judicialização da saúde 80, 81, 82, 83, 86, 89, 90, 91, 92

L

Liderança 2, 4, 5, 22, 55, 56, 63, 88, 93, 100, 109, 117

O

Organização 2, 3, 4, 7, 12, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 38, 39, 40, 45, 46, 47, 48, 50, 52, 55, 57, 64, 65, 66, 69, 71, 77, 82, 103, 104, 105, 106, 107, 116, 120, 125, 137,

140, 143, 179, 182, 210, 215, 216, 217, 221, 226, 241

P

Paciente 9, 12, 15, 3, 4, 40, 43, 44, 46, 49, 52, 58, 62, 65, 87, 88, 89, 95, 96, 97, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 120, 136, 137, 138, 139, 140, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 162, 163, 164, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 188, 189, 205, 215, 243, 245, 246, 247, 248, 249, 250

Perfil de saúde 222

Política pública 80

Práticas integrativas e complementares 11, 49, 50, 57, 59, 60

Promoção da Saúde 149

Q

Qualidade de vida 9, 12, 58, 100, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 168, 191, 192, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 214, 216, 220, 223, 225, 226, 229, 230, 239, 240, 241

Qualidade dos cuidados 22, 33, 123, 124, 133

R

Risco de Infecção 15, 227

S

Satisfação do doente 12, 123, 125, 126, 133, 134

Saúde 9, 10, 11, 15, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 44, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 107, 108, 109, 110, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 128, 130, 131, 133, 134, 135, 137, 138, 141, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 158, 161, 162, 163, 165, 167, 168, 169, 170, 171, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 213, 214, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 231, 232, 237, 239, 240, 241, 243, 245, 251, 252

Saúde do homem 149

Saúde Hospitalar 61

Saúde Pública 11, 8, 9, 12, 18, 48, 66, 77, 79, 80, 82, 83, 90, 122, 151, 152, 165, 177, 178, 179, 181, 188, 193, 195, 196, 199, 220

Segurança do paciente 12, 88, 106, 108, 136, 137, 139, 140, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 151, 163, 164

Segurança do trabalho 210

Políticas sociais e de atenção,
promoção e gestão em

enfermagem⁺

2⁺



🌐 www.atenaeditora.com.br

✉ contato@atenaeditora.com.br

📷 @atenaeditora

📘 www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Atena
Editora
Ano 2021

Políticas sociais e de atenção,
promoção e gestão em

enfermagem

2

- 🌐 www.atenaeditora.com.br
- ✉ contato@atenaeditora.com.br
- 📷 @atenaeditora
- 📘 www.facebook.com/atenaeditora.com.br

