

Luis Henrique Almeida Castro
(Organizador)

CIÊNCIAS DA SAÚDE:

PLURALIDADE DOS
ASPECTOS QUE
INTERFEREM NA
SAÚDE HUMANA



2

Atena
Editora
Ano 2021

Luis Henrique Almeida Castro
(Organizador)

CIÊNCIAS DA SAÚDE:

PLURALIDADE DOS
ASPECTOS QUE
INTERFEREM NA
SAÚDE HUMANA



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 Internazionale 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 Rio de Janeiro
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 Federaci do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Vanessa 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

Ciências da saúde: pluralidade dos aspectos que interferem na saúde humana 2

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Mariane Aparecida Freitas
Indexação: Gabriel Motomu Teshima
Revisão: Os autores
Organizador: Luis Henrique Almeida Castro

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C569 Ciências da saúde: pluralidade dos aspectos que interferem na saúde humana 2 / Organizador Luis Henrique Almeida Castro. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2021.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5983-482-2

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.822211509>

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

CDD 613

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

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

Este e-book intitulado “Ciências da saúde: pluralidade dos aspectos que interferem na saúde humana” leva ao leitor um retrato da diversidade conceitual e da multiplicidade clínica do binômio saúde-doença no contexto brasileiro indo ao encontro do versado por Moacyr Scliar em seu texto “História do Conceito de Saúde” (PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007): “O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas”.

Neste sentido, de modo a dinamizar a leitura, a presente obra que é composta por 107 artigos técnicos e científicos originais elaborados por pesquisadores de Instituições de Ensino públicas e privadas de todo o país, foi organizada em cinco volumes: em seus dois primeiros, este e-book compila os textos referentes à promoção da saúde abordando temáticas como o Sistema Único de Saúde, acesso à saúde básica e análises sociais acerca da saúde pública no Brasil; já os últimos três volumes são dedicados aos temas de vigilância em saúde e às implicações clínicas e sociais das patologias de maior destaque no cenário epidemiológico nacional.

Além de tornar público o agradecimento aos autores por suas contribuições a este e-book, é desejo da organização desta obra que o conteúdo aqui disponibilizado possa subsidiar novos estudos e contribuir para o desenvolvimento das políticas públicas em saúde em nosso país. Boa leitura!

Luis Henrique Almeida Castro

SUMÁRIO

PROMOÇÃO DA SAÚDE, PARTE II

CAPÍTULO 1..... 1

IMPORTÂNCIA DE UM PROGRAMA INTERDISCIPLINAR PARA AVALIAR O RISCO DE DESENVOLVIMENTO DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM TRABALHADORES

Luiza Lima Oliveira

Roberto Navarro Rocha Filho

Rodrigo Barreto Rodrigues Condé

Sofia da Silva Pinto

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.8222115091>

CAPÍTULO 2..... 9

INSERÇÃO E EXPERIÊNCIA DOS ESTAGIÁRIOS DE PSICOLOGIA DA UNIVERSIDADE DA AMAZÔNIA NA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS EM BELÉM DO PARÁ

Luiza Ariel Souza de Souza

Isaac Raiol Marvão

Rosyanne Maria Matos Carvalho

João Bosco Monteiro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.8222115092>

CAPÍTULO 3..... 17

O ACOLHIMENTO E AS SUAS REPERCUSSÕES EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE


Gabriela Gianichini Silva

Sandra de Araújo Teixeira

Flaiane Rampelotto Penteado

Gehysa Guimarães Alves

Ângela Maria Pereira da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.8222115093>

CAPÍTULO 4..... 33

O PAPEL DOS COMITÊS DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA, INFANTIL E FETAL: PERCEPÇÃO DOS GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE

Laylla Veridiana Castória Silva

Beatriz Santana Caçador

Thalyta Cássia de Freitas Martins


Ramon Augusto de Souza Ferreira

Larissa Bruna Bhering Silva

Rodolfo Gonçalves Melo

Hugo Barcelos de Matos

Amanda de Paula Nogueira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.8222115094>

CAPÍTULO 5..... 42

OCORRÊNCIA DO CONSUMO DE ÁLCOOL POR PARTE DOS DISCENTES DE

CAPÍTULO 6..... 50

PLANILHA VIRTUAL APRIMORA CONTABILIDADE DAS RECEITAS E DESPESAS DE SAÚDE

Rosângela Ianes
Luana Carla Tironi de Freitas Giacometti
Marcia Regina Rossi
Clodoaldo Fernandes dos Santos
Marcelo Fontes da Silva

CAPÍTULO 7..... 52

PRIMEIROS SOCORROS: UM PROJETO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Eduardo Fardin
Ana Paula Poletto
Afonso Alencar de Souza Seganfredo
Daniele Soares Feijó de Barros
Gabriel Lottici
Míria Elisabete Bairros de Camargo

CAPÍTULO 8..... 64

PROGRAMA MAIS SAÚDE: DIABETES E COMORBIDADES

Melissa Maia Bittencourt
Riani Ferreira Guimarães
Arthur Vieira Piau
Viviane Flores Xavier
Juliana Cristina dos Santos Almeida Bastos
Tatiane Vieira Braga
Rosana Gonçalves Rodrigues-das-Dôres

CAPÍTULO 9..... 73

PROJETO RECANTO MAMÃE PELICANO DE AMAMENTAÇÃO E RELACTAÇÃO: FORTALECENDO AS BOAS PRÁTICAS NO VÍNCULO DO BINÔMIO MÃE-BEBÊ

Alzira Aparecida da Silveira
Maycon Igor dos Santos Inácio

CAPÍTULO 10..... 81


PROPOSTA DE APLICAÇÃO DO MÉTODO DMAIC EM UMA EMERGÊNCIA PARA

MELHORIA DO CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Danielle da Silva Lourenço

Deise Ferreira de Souza


Cláudio José de Souza

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.82221150910>

CAPÍTULO 11 95

PSICOPATIA POLÍTICA: ANÁLISE PSICOJURÍDICO ACERCA DOS MOTIVOS DESSA BUSCA INCANSÁVEL PELO DINHEIRO E PODER

Angélica de Souza Melo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.82221150911>

CAPÍTULO 12 110


QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM: REVISÃO DE LITERATURA

Marli Elisabete Machado

Aline dos Santos Duarte

Tábata de Cavatá Souza

Mari Ângela Victoria Lourenci Alves

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.82221150912>

CAPÍTULO 13 114

RE(SIGNIFICANDO) O USO DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS ENTRE ADOLESCENTES: FATORES QUE INFLUENCIAM A ADESÃO, EFEITOS COLATERAIS E ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS A PARTIR DE UMA REVISÃO DE LITERATURA

Anderson Poubel Batista

Beatriz Carvalho Soares

Beatriz Cunha Gonçalves

Bruna Alacoque Amorim Lima

Cecília Soares Tórres

Guilherme Lucas de Oliveira


Heloísa Botezelli

Leonardo Albano Alves Maria

Manuela Luiza de Souza Fernandes

Nathalia de Araujo Lima

Isabella Hayashi Diniz

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.82221150913>

CAPÍTULO 14 128

RESILIÊNCIA DOS FAMILIARES CUIDADORES DE PACIENTES IDOSOS: UM ATO DE CUIDAR

Marli Elisabete Machado

Márcio Manozzo Boniatti

Aline dos Santos Duarte

Mari Ângela Victoria Lourenci Alves

Tábata de Cavatá Souza


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.82221150914>

CAPÍTULO 15..... 135

SAÚDE DIGITAL E OS DESAFIOS DE SUA INSERÇÃO NA PRÁTICA FARMACÊUTICA

Josué Ferreira Coutinho

Hílton Antônio Mata dos Santos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.82221150915>

CAPÍTULO 16..... 146

SAÚDE DO TRABALHADOR DA SAÚDE E AS ABORDAGENS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM TEMPOS DE PANDEMIA

Lívia Santana Barbosa

Mariana Machado dos Santos Pereira

Carine Ferreira Lopes

Renata de Oliveira

Magda Helena Peixoto

Heliamar Vieira Bino

Juliana Sobreira da Cruz


Emerson Gomes de Oliveira

Júnia Eustáquio Marins

Rogério de Moraes Franco Júnior

Lídia Fernandes Felix

Thays Peres Brandão


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.82221150916>

CAPÍTULO 17..... 155

SAÚDE DO TRABALHADOR: PERDA AUDITIVA OCUPACIONAL

Marluce Luciana de Souza

Carla Aparecida de Vasconcelos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.82221150917>

CAPÍTULO 18..... 163


UMA AVALIAÇÃO SOBRE A CAPACIDADE RESOLUTIVA DA OTORRINOLARINGOLOGIA ANTES E PÓS COVID-19

Francisco Alves Mestre Neto

Rodolfo Fagionato de Freitas

Marcos Antônio Fernandes

João Bosco Botelho

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.82221150918>

CAPÍTULO 19..... 174

USO DE ANTIBIÓTICOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Thais Barjud Dourado Marques

Aline Viana Araujo

Ítalo Raniere Jacinto e Silva

Valéria Sousa Ribeiro

José Lopes Pereira Júnior

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.82221150919>

| | |
|---|------------|
| CAPÍTULO 20..... | 186 |
| USO DE PLANTAS MEDICINAIS – DIFUSÃO DE INFORMAÇÕES ATRAVÉS DA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA | |
| Ana Cláudia de Macêdo Vieira | |
| Thacid Kaderah Costa Medeiros | |
| Silviane dos Reis Andrade Barros | |
| Jessica Borsoi Maia do Carmo | |
| Ana Paula Ribeiro de Carvalho Ferreira | |
| Mariana Aparecida de Almeida Souza | |
| Luciene de Andrade Quaresma Ferreira | |
| João Paulo Guedes Novais | |
| Paulo Fernando Ribeiro de Castro | |
| Filipe dos Santos Soares | |
| Priscila Barbosa Vargas | |
| Tatiana Ungaretti Paleo Konno | |
|  https://doi.org/10.22533/at.ed.82221150920 | |
| CAPÍTULO 21..... | 196 |
| USO DO LEGO® PARA AVALIAR A MOTRICIDADE FINA EM CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA E A INFLUÊNCIA DA PARTICIPAÇÃO DE IRMÃOS TÍPICOS NESSE PROCESSO | |
| Mariana Torres Kempa | |
| Andressa Gouveia de Faria Saad | |
| Cibelle Albuquerque de la Higuera Amato | |
|  https://doi.org/10.22533/at.ed.82221150921 | |
| CAPÍTULO 22..... | 209 |
| VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: DA INVISIBILIDADE AO ENFRENTAMENTO SOCIAL NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE | |
| Nayra Carla de Melo | |
| Eduardo Jorge Sant’Ana Honorato | |
| Maria de Nazaré de Souza Ribeiro | |
| Edinilza Ribeiro dos Santos | |
| Mônica Pereira Lima Cunha | |
|  https://doi.org/10.22533/at.ed.82221150922 | |
| SOBRE O ORGANIZADOR..... | 216 |
| ÍNDICE REMISSIVO..... | 217 |

CAPÍTULO 1

IMPORTÂNCIA DE UM PROGRAMA INTERDISCIPLINAR PARA AVALIAR O RISCO DE DESENVOLVIMENTO DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM TRABALHADORES

Data de aceite: 01/09/2021

Data de submissão: 30/05/2021

Luiza Lima Oliveira

Centro Universitário Governador Ozanam
Coelho
Ubá- Mg
<http://lattes.cnpq.br/1169544821532320>

Roberto Navarro Rocha Filho

Centro Universitário Governador Ozanam
Coelho
Ubá- Mg
<http://lattes.cnpq.br/4682050346311885>

Rodrigo Barreto Rodrigues Condé

Centro Universitário Governador Ozanam
Coelho
Ubá- Mg
<http://lattes.cnpq.br/3217509189445514>

Sofia da Silva Pinto

Centro Universitário Governador Ozanam
Coelho
Ubá- Mg
<http://lattes.cnpq.br/6077977803806662>

RESUMO: **Objetivos:** Predizer o risco cardiovascular, em dez anos, dos trabalhadores de uma indústria moveleira da Zona da Mata Mineira de acordo com o escore de risco global da V Diretriz Brasileira de dislipidemia e prevenção de aterosclerose. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal retrospectivo, feito por meio da análise das informações contidas nos

exames periódicos de 166 funcionários, através do Escore de Risco Global da V Diretriz Brasileira de dislipidemia e prevenção de aterosclerose. **Resultados:** A média de idade da amostra foi de $45,11 \pm 4,42$ anos. A população foi classificada em baixo e intermediário risco de serem acometidos por enfermidades cardiovasculares correspondendo respectivamente 48% e 52%. A população de risco baixo apresentou 79 indivíduos (48%), com médias e desvios padrões de idade $43,1 \pm 2,7$, colesterol HDL, $60,66 \text{ mg/dL} \pm 7,63$, colesterol total $187,14 \pm 28,75$, pressão arterial sistólica de pacientes hipertensos $111,43 \pm 9,69$ mmHg e não hipertensos de 85 ± 35 mmHg. Não houveram tabagistas nesse grupo e 1,3% eram diabéticos. A população de intermediário risco apresentou 87 indivíduos (52%), com médias e desvios padrões de idade $46,98 \pm 4,84$ anos, colesterol HDL $52,48 \pm 19,90$ mg/dL, colesterol total $209,59 \pm 37,21$ mg/dL e pressão arterial sistólica de pacientes hipertensos $124,29 \pm 18,13$ mmHg e não hipertensos $113 \pm 11,84$ mmHg, respectivamente. Nessa amostra, 9,1% eram tabagistas e 2,3% diabéticos. Observou-se, assim, uma maior prevalência para o risco intermediário de desenvolver doenças cardiovasculares, em dez anos. **Conclusão:** Conclui-se que o predomínio de baixo risco cardiovascular obtido nesse estudo, são oriundos de ações em saúde ofertados pela empresa.

PALAVRAS-CHAVE: Aterosclerose, tabagismo, hipertensão arterial, colesterol, diabetes mellitus.

IMPORTANCE OF AN INTERDISCIPLINARY PROGRAM TO ASSESS THE RISK OF DEVELOPMENT OF CARDIOVASCULAR DISEASES IN WORKERS

ABSTRACT: Objectives: Predict the cardiovascular risk in ten years of workers of a furniture industry in Zona da Mata Mineira according to the global risk score of the V Brazilian Guideline of dyslipidemia and prevention of atherosclerosis. **Methods:** This is a retrospective cross-sectional study by analyzing the information contained in the periodic examinations of 166 employees, through the V Brazilian Guideline Global Risk Score for dyslipidemia and prevention of atherosclerosis. **Results:** The average age of the sample was $45,11 \pm 4,42$ years. The population was classified as low and intermediate risk of being affected by cardiovascular diseases corresponding respectively 48% and 52%. The low-risk population had 79 subjects (48%), with mean age and standard deviation of $43,1 \pm 2,7$, HDL cholesterol, $60,66 \text{ mg/dL} \pm 7,63$, total cholesterol $187,14 \pm 28,75$, systolic blood pressure of hypertensive patients $111,43 \pm 9,69$ mmHg and non-hypertensive patients of 85 ± 35 mmHg. There were no smokers in this group and 1,3% were diabetic. The intermediate risk population had 87 individuals (52%), with mean and standard deviations of age $46,98 \pm 4,84$ years, HDL cholesterol $52,48 \pm 19,90$ mg/dL, total cholesterol $209,59 \pm 37,21$ mg/dL and systolic blood pressure of hypertensive patients $124,29 \pm 18,13$ mmHg and non-hypertensive patients $113 \pm 11,84$ mmHg, respectively. In this sample, 9,1% were smokers and 2,3% diabetic. Thus, a higher prevalence for the intermediate risk of developing cardiovascular disease was observed in ten years. **Conclusion:** It can be concluded that the predominance of low cardiovascular risk obtained in this study comes from health actions offered by the company.

KEYWORDS: Atherosclerosis, smoking, high blood pressure, cholesterol, diabetes mellitus.

INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT's) são as basilares causas de mortalidade e de incapacidade precoce no Brasil (SILVA et al., 2016) Dentre elas, as patologias cardiovasculares representam o maior ônus para a saúde, no mundo, o que acomete mais de 17 milhões de mortes, por ano, refletindo 50% das mortes por DCNT's (STEVENSON et al., 2018). Os custos das doenças cardíacas no Brasil. Essas doenças acarretam várias consequências, como incapacidade laboral, baixa produtividade, além de mortes prematuras (SIQUEIRA et al., 2017).

No início do século passado, as doenças infecciosas eram responsáveis por aproximadamente 50% dos óbitos, enquanto hoje, com as melhorias de condições sócio-econômico-culturais, a mortalidade passou a ser preponderantemente, por doenças crônicas não transmissíveis, o que caracteriza a transição epidemiológica (DUARTE et al., 2012). Dentre elas, destacam-se: a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes *mellitus* (DM), os quais constituem os principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, com agravos para a saúde pública, gerando um elevado investimento do governo para o controle e tratamento de suas complicações. (BARBOSA; CAMBOIM., 2016).

Dentre os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência das

DCNT's, as quais requerem acompanhamento e tratamento por toda a vida, envolvendo medidas farmacológicas e não farmacológicas (RADOVANOVIC., 2014) estão o aumento da expectativa de vida subsidiada à um alto custo medicamentoso, a urbanização, o estilo de vida com hábitos alimentares inadequados, o sedentarismo, o consumo de álcool e tabaco (MENDES et al.,2011) A pesquisa Nacional de Saúde (PNS) reconheceu um acréscimo da demanda por serviços, de acordo com o aumento do número de DCNT's, o que sugere estar atrelado à maior consciência da severidade da doença, riscos e ameaça à saúde (MALTA et al., 2017).

Considerando que a maioria dos indivíduos com HAS e diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2), principalmente, não conhecem as complicações degenerativas dessas doenças, torna-se um desafio o desenvolvimento de estudos que objetivem traçar o perfil nosológico de populações. Além disso, é preciso averiguar as condições socioambientais, para a elaboração de estratégias voltados para orientar a população acerca das mesmas, evitando assim, o sofrimento, a oneração dos serviços de saúde e óbitos precoces.

Desse modo, o presente estudo teve como objetivo prever o risco cardiovascular futuro em trabalhadores de uma indústria moveleira da Zona da Mata Mineira de acordo com o escore de risco global, da V Diretriz Brasileira de dislipidemia e prevenção de aterosclerose (XAVIER et al., 2013).

METODOLOGIA

Casuística

Trata-se de um estudo transversal retrospectivo realizado com funcionários de uma indústria moveleira da zona da mata de Minas Gerais, na Cidade de Ubá. A empresa é composta por 756 funcionários, sendo 177 funcionários selecionados para compor a amostra do estudo, dos quais 166 do sexo masculino e 11 do sexo feminino.

Critérios de inclusão

Os critérios para inclusão foram idade maior ou igual a 40 anos, ser do sexo masculino, concordância em participar do estudo e de compreender os seus objetivos.

Critérios de exclusão

Os critérios de exclusão utilizados foram sexo feminino, incapacidade de compreender os objetivos do estudo, não concordância em participar do estudo e idade inferior a 40 anos.

Descrição do estudo

As coletas de dados foram realizadas no período de novembro de 2018 a abril de 2019.

Os funcionários foram submetidos a aferição da pressão arterial (PA) no ambulatório da empresa e os dados dos exames laboratoriais foram obtidos a partir dos registros médicos dos participantes do ano de 2018, os quais são regularmente registrados por ocasião das consultas multidisciplinares. O critério utilizado para considerar se a PA era tratada ou não, foi a confirmação do uso de medicamentos, contidos nos exames periódicos, além da afirmação do funcionário. A avaliação do risco cardiovascular foi realizada através do escore de risco global (ERG) da V Diretriz Brasileira de dislipidemia e prevenção de aterosclerose⁹. A estratificação de risco foi delineada pelos seguintes critérios: idade (anos), lipoproteína de alta densidade (HDL), colesterol total (CT), tabagismo, DM e HAS. Esse algoritmo estima o risco absoluto de o indivíduo apresentar um evento Cardiovascular (Doença Arterial Coronariana, Acidente Vascular Encefálico, Doença Arterial Periférica, Insuficiência Cardíaca) em 10 anos. A distribuição dos pontos e percentual de risco é diferenciada para mulheres e homens. Quando o ERG fica abaixo de 5%, o paciente é classificado como “baixo risco”, tanto para homens como para mulheres. Homens com ERG entre 5% e 20% e mulheres com ERG entre 5% e 10% são inicialmente considerados de “risco intermediário”. São considerados de “alto risco” homens com ERG maior que 20% e as mulheres com ERG maior que 10%.

ASPECTOS ÉTICOS

Os aspectos éticos seguiram os parâmetros contidos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos. O protocolo deste estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, através da Plataforma Brasil ao comitê de ética e pesquisa com seres humanos FAGOC, aprovado sob o nº3,079,454. Os participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos e métodos da pesquisa e assinaram o TCLE antes de serem incluídos no estudo.

Ao final do estudo, todos os voluntários receberam os resultados das avaliações feitas durante a aplicação do questionário, além de orientações sobre a importância de melhores hábitos de vida na prevenção de morbidades cardiovasculares, com o objetivo de evitar complicações futuras.

RESULTADOS

Foram avaliados 166 profissionais de uma empresa do polo moveleiro da zona da Mata Mineira. Houve prevalência do sexo masculino de 100% na amostra total.

A amostra do estudo foi classificada de acordo com a V Diretriz Brasileira de dislipidemia e prevenção da aterosclerose em dois grupos: risco baixo e risco intermediário. A média de idade da amostra foi de $45,11 \pm 4,42$ anos. A população foi classificada em

baixo e intermediário risco de serem acometidos por enfermidades cardiovasculares correspondendo respectivamente 48% e 52%. A população categorizada como risco baixo apresentou um contingente de 79 indivíduos (48%), com médias e desvios padrões de idade $43,1 \pm 2,7$, colesterol HDL, $60,66 \text{ mg/dL} \pm 7,63$, colesterol total $187,14 \pm 28,75$, pressão arterial sistólica de pacientes hipertensos $111,43 \pm 9,69 \text{ mmHg}$ e não hipertensos de $85 \pm 35 \text{ mmHg}$. Não houveram tabagistas nesse grupo e 1,3% eram diabéticos. A população categorizada como intermediário risco apresentou 87 indivíduos (52%), com médias e desvios padrões de idade $46,98 \pm 4,84$ anos, colesterol HDL $52,48 \pm 19,90 \text{ mg/dL}$, colesterol total $209,59 \pm 37,21 \text{ mg/dL}$ e pressão arterial sistólica de pacientes hipertensos $124,29 \pm 18,13 \text{ mmHg}$ e não hipertensos $113 \pm 11,84 \text{ mmHg}$, respectivamente. Nessa amostra, 9,1% eram tabagistas e 2,3% diabéticos. Observou-se, assim, uma maior prevalência para o risco intermediário de desenvolver doenças cardiovasculares, em dez anos. Observou-se, assim, uma maior prevalência para o risco intermediário de desenvolver doenças cardiovasculares, em dez anos.

DISCUSSÃO

As doenças cardiovasculares são as principais causas de morbimortalidade no Brasil, acometendo aproximadamente 300.000 brasileiros ao ano, com maior prevalência nos grandes centros e apresenta relação diretamente proporcional com a progressão da idade (BRANT et al., 2017).

O fator genético permaneceu por muito tempo como único componente estreitamente relacionado à doenças cardiovasculares, desta forma, pouco poderia ser feito para prevenção destas. Com o advento nos avanços da área científica e tecnologia médica, foram descobertos outros fatores de risco (FR), modificáveis e não modificáveis. Destacam-se como FR não modificáveis, sexo, idade e história familiar, enquanto os FR modificáveis, enquadram-se tabagismo, hipertensão arterial sistêmica, hipercolesterolemia, DM e obesidade (BONOTTO;MENDOZA-SASSI;SUSIN., 2016).

O tabagismo é um dos responsáveis pelo surgimento da placa aterosclerótica, sendo designado em provocar danos endoteliais de forma direta. Os tabagistas apresentam o dobro da taxa geral de mortalidade por causas coronarianas (MOURA., 2016). Há uma prevalência absoluta de tabagistas em 10,1% da população brasileira, sendo 13,2% composta pelo sexo masculino. Observou-se que o tabagismo representou 36% do risco atribuível a população de um primeiro infarto do miocárdico. Em contrapartida, nesse mesmo estudo, houve redução em 50% do risco de recidiva de infarto após cessação do tabagismo por um ano e normalizou-se ao de não fumantes em dois anos (YUSUF et al., 2004).

Neste estudo observou-se que 4,79% da população eram tabagistas, valores estes, destoantes da literatura. A baixa prevalência desse FR na população estudada, deve-se

presumivelmente ao encorajamento desenvolvido pela empresa ao abandono do hábito.

A HAS é o FR, quantitativamente, mais pertinente para doenças cardiovasculares, sendo mais comum que tabagismo, dislipidemia e DM. A prevalência na população brasileira é de 24,3(MENEZES et al., 2016). Verificou-se a prevalência de HAS na amostra estudada, de 75,6% em população com 60 anos ou mais, resultado semelhante encontrado em estudos nacionais e internacionais(JAKIDOU et al., 2016). As divergências entre as prevalências encontradas no Brasil são muito vastas, variando entre 7,2% e 40,3% no Nordeste; 5,04% a 37,9% no Sudeste; 1,28% a 27,1% no Sul e 6,3% a 16,75% no Centro-Oeste, devidas, em parte, à diversidade de características metodológicas importantes entre os estudos (MATOS et al., 2004).

A história familiar e a ingestão de sal são fatores que podem apresentar limitação quanto a fidedignidade do indicador da HAS desse estudo. Porém, salientamos que foram tomadas as devidas cautelas necessárias para a diminuição dos vieses sistemáticos, através da capacitação da equipe envolvida e da averiguação quando ao bom funcionamento dos equipamentos utilizados(JAKIDOU et al., 2016).

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes, pacientes com DM2 apresentam em média duas a quatro vezes risco de desenvolver doença coronariana em comparação a indivíduos sem DM2. Além disso, essa doença é fator de risco para insuficiência cardíaca (IC), doença arterial obstrutiva periférica (DAOP) e acidente vascular cerebral (AVC), implicando substancialmente na expectativa e na qualidade de vida. Pacientes acometidos por essa patologia, possuem um aumento de 1,5 a 3,6 vezes do risco de mortalidade geral, ocasionando um déficit da expectativa de vida de 4 a 8 anos, em comparação com indivíduos não diabéticos . De acordo com o estudo em questão, o índice de diabéticos foi de 1,79%, o que aproxima com a literatura que é de 2,5%. Observou-se um número superior encontrado na população brasileira, que é 7,6% (HILGENBERG et al., 2016).

O predomínio de baixo risco cardiovascular obtido nesse estudo, são decorrentes do acompanhamento multidisciplinar e campanhas de conscientização e educação em saúde, dentre elas, ginástica laboral, planejamento nutricional diário das refeições, bem como exames periódicos semestrais ofertados pela empresa.

CONCLUSÃO

Conclui-se que o predomínio de baixo risco cardiovascular obtido nesse estudo, são decorrentes dos programas de promoção à saúde ofertados pela empresa. É importante salientar a idade como um fator preponderante para a predominância de risco intermediário para eventos cardiovasculares, uma vez que esta comporta-se como um fator de risco isolado, estabelecendo assim uma relação diretamente proporcional.

REFERÊNCIAS

1. BARBOSA, Silvânia Araujo; CAMBOIM, Francisca Elidivânia de Farias. Diabetes mellitus: cuidados de enfermagem para controle e prevenção de complicações. **Temas em Saúde**, João Pessoa, v. 3, n. 16, p.404-417, jul. 2016.
2. BONOTTO, Gabriel Missaggia; MENDOZA-SASSI, Raul Andres; SUSIN, Lulie Rosane Odeh. Conhecimento dos fatores de risco modificáveis para doença cardiovascular entre mulheres e seus fatores associados: um estudo de base populacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 21, n. 1, p.293-302, jan. 2016. FapUNIFESP (SciELO).
3. BRANT, Luisa Campos Caldeira et al. Variações e diferenciais da mortalidade por doença cardiovascular no Brasil e em seus estados, em 1990 e 2015: estimativas do Estudo Carga Global de Doença. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s.l.], v. 20, n. 1, p.116-128, maio 2017. FapUNIFESP (SciELO).
4. DUARTE, Elisabeth Carmen; BARRETO, Sandhi Maria. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s.l.], v. 21, n. 4, p.529-532, dez. 2012. Instituto Evandro Chagas.
5. HILGENBERG, Fernanda Elisabete et al. Fatores de risco cardiovascular e consumo alimentar em cadetes da Academia da Força Aérea Brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 21, n. 4, p.1165-1174, abr. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015214.15432015>.
6. MALTA, Deborah Carvalho et al. Noncommunicable diseases and the use of health services: analysis of the National Health Survey in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 51, n. 1, p.1-10, 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000090>.
7. MATOS, Maria de Fátima Duarte et al. Prevalência dos fatores de risco para doença cardiovascular em funcionários do Centro de Pesquisas da Petrobras. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, [s.l.], v. 82, n. 1, p.1-4, jan. 2004. FapUNIFESP (SciELO).
8. MENDES, Telma de Almeida Busch et al. Diabetes mellitus: fatores associados à prevalência em idosos, medidas e práticas de controle e uso dos serviços de saúde em São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 27, n. 6, p.1233-1243, jun. 2011. FapUNIFESP (SciELO).
9. MENEZES, Tarciana Nobre de et al. Prevalência e controle da hipertensão arterial em idosos: um estudo populacional. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, [s.l.], v. 34, n. 2, p.117-124, maio 2016. Elsevier BV.
10. MOURA, Aline Loiola et al. AVALIAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR EM TRABALHADORES DE UM CAMPUS UNIVERSITÁRIO PÚBLICO. **Saúde (santa Maria)**, [s.l.], v. 42, n. 2, p.21-30, 14 dez. 2016. Universidad Federal de Santa Maria.
11. RADOVANOVIC, Cremilde Aparecida Trindade et al. Arterial Hypertension and other risk factors associated with cardiovascular diseases among adults. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 22, n. 4, p.547-553, ago. 2014. FapUNIFESP (SciELO).
12. SILVA, Stael Silvana Bagno Eleutério da; OLIVEIRA, Sofia de Fátima da Silva Barbosa de; PIERIN, Angela Maria Geraldo. The control of hypertension in men and women: a comparative analysis. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 50, n. 1, p.50-58, fev. 2016. FapUNIFESP (SciELO).

13. SIQUEIRA, Alessandra de Sá Earp; SIQUEIRA-FILHO, Aristarco Gonçalves de; LAND, Marcelo Gerardin Poirot. Analysis of the Economic Impact of Cardiovascular Diseases in the Last Five Years in Brazil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [s.l.], p.39-46, 2017. GN1 Genesis Network.<http://dx.doi.org/10.5935/abc.20170068>.
14. STEVENS, Bryce et al. The Economic Burden of Heart Conditions in Brazil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [s.l.], p.29-36, 2018. GN1 Genesis Network.
15. Xavier HT, Izar MC, Faria Neto JR, Assad MH, Rocha VZ, Sposito AC, et al; Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretriz brasileira de dislipidemias e prevenção da aterosclerose. *Arq Bras Cardiol*. 2013;101(4 supl. 1):1-36.
16. YUSUF, Salim et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. **The Lancet**, [s.l.], v. 364, n. 9438, p.937-952, set. 2004. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(04\)17018-9](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(04)17018-9)

INSERÇÃO E EXPERIÊNCIA DOS ESTAGIÁRIOS DE PSICOLOGIA DA UNIVERSIDADE DA AMAZÔNIA NA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS EM BELÉM DO PARÁ

Data de aceite: 01/09/2021

Data de submissão: 06/08/2021

Luiza Ariel Souza de Souza

Universidade da Amazônia – UNAMA
Belém-PA

Isaac Raiol Marvão

Universidade da Amazônia – UNAMA
Belém-PA

Rosyanne Maria Matos Carvalho

Universidade da Amazônia – UNAMA
Belém-PA

João Bosco Monteiro

Fundação Pública Estadual Hospital de
Clínicas Gaspar Vianna
Belém-PA

RESUMO: Este artigo parte das observações e vivências, como um relato de experiência, na Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, dos alunos em estágio curricular em graduação de Psicologia, da Universidade da Amazônia. Em atuação e preceptoria do psicólogo João Bosco Monteiro e a equipe multiprofissional do Setor de Internação Breve (SIB), com acompanhamento e orientações nas atividades realizadas pelos estagiários, disponibilizando, também, materiais para auxiliar no conhecimento teórico e bibliográfico para melhor ensino-aprendizagem, tão como a realização deste trabalho, na experiência em uma clínica psiquiátrica. A leitura traz como umas

das principais referências os estudos sobre a Reforma Psiquiátrica e a inserção da psicologia hospitalar, em atuação interdisciplinar. Ademais, o objetivo deste artigo trata-se de uma crítica à institucionalização dos pacientes nas alas psiquiátricas, colocando em pauta o contexto social e a política psicossocial. Ressaltando que, apesar dos indubitáveis avanços durante a história da hospitalização, ainda é possível observar falhas da rede na continuidade do cuidado às demandas subjetivas que o indivíduo necessita, nos remetendo às reflexões sobre as atuais práticas de cuidado no Brasil, assim como considerações sobre a experiência do estágio. Para melhor entendimento do contexto sobre a institucionalização, serão discutidos exemplos de pacientes da FPEHCGV, colocando em foco o seu contexto social, histórico pessoal e clínico, assim como suas demandas que acarretam em institucionalização, movimento antecedente à Reforma Psiquiátrica.

PALAVRAS-CHAVE: Relato de experiência; clínica psiquiátrica, psicologia hospitalar.

INSERTION AND EXPERIENCE OF PSYCHOLOGY INTERNSHIPS AT THE UNIVERSITY OF AMAZÔNIA IN THE PSYCHIATRIC CLINIC OF HOSPITAL DAS CLÍNICAS IN BELÉM DO PARÁ

ABSTRACT: This article starts from the observations and experiences, as an experience report, at the State Public Foundation Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, of students in curricular internship in Psychology graduation, at the University of Amazônia. In performance and tutoring of psychologist João Bosco Monteiro and

the multidisciplinary team of the Brief Inpatient Sector (SIB), with monitoring and guidance in the activities carried out by the interns, also providing materials to assist in theoretical and bibliographic knowledge for better teaching-learning, as well as the realization of this work, in the experience in a psychiatric clinic. The reading brings as one of the main references studies on psychiatric reform and the insertion of hospital psychology in an interdisciplinary approach. The aim of this article is also a critique of the institutionalization of patients in psychiatric wards, placing the social context and psychosocial policy on the agenda. Emphasizing that despite the undoubted advances during the history of hospitalization, it is still possible to observe failures in the network in the continuity of care to the subjective demands that the individual needs, leading us to reflections on current care practices in Brazil, so as considerations about the internship experience. For a better understanding of the context of the institutionalization, examples of patients from FPEHCGV will be discussed, focusing on their social context, personal and clinical history, as well as their demands that lead to institutionalization, a movement that preceded the Psychiatric Reform.

KEYWORDS: eExperience report; psychiatric clinic; hospital psychology.

1 | INTRODUÇÃO

Para obtenção do título de Psicólogo, faz-se necessário o cumprimento de carga horária referente ao estágio curricular em Psicologia da Saúde. O estágio, sobre o qual trataremos neste relato, fora iniciado no dia 01 de junho de 2021 e finalizado no dia 02 de julho de 2021. Lotados no Setor de Internação Breve – SIB, da Clínica Psiquiátrica da Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna – FPEHCGV, na cidade de Belém do Pará, cumprindo 6 horas diárias de estágio, a saber, das 7 horas às 13 horas.

O acesso do paciente à Clínica Psiquiátrica se dá por demanda espontânea através da Emergência Psiquiátrica e requer a presença de um acompanhante. Em caso de internação, o enfermo poderá permanecer na Emergência por até 72 horas antes da liberação. No entanto, nos casos em que a melhora do quadro não fora percebida, ao longo desse período, o paciente será encaminhado ao Setor de Internação Breve - SIB, onde dará continuidade ao tratamento, sendo acompanhado por equipe multiprofissional composta por médico psiquiatra, psicólogo, assistente social, enfermeiro, técnico de enfermagem, terapeuta ocupacional, auxiliar de reabilitação, auxiliar de artes práticas e educador físico.

O SIB, por sua vez, é composto por 30 leitos divididos em 15 leitos masculinos e 15 femininos, sendo destinado, no mínimo, um leito de cada para criança e/ou adolescente, abrigando pacientes com sintomatologias diversas. Em contraste com a emergência, na qual, não raramente, os internos oferecem risco a si ou a outrem, o SIB é caracterizado por manter aqueles pacientes que se encontram em quadro agudo, entretanto na busca de remissão de sintomas e, portanto, devem permanecer internados durante cerca de um mês, em média.

2 | A PSICOLOGIA HOSPITALAR

A priori, o hospital surge como um ambiente dedicado à reclusão dos doentes, de modo a proporcionar a divisão das categorias sociais marginalizadas daquelas consideradas “saudáveis”. A partir do século XVIII o hospital consolidou-se enquanto local terapêutico e de promoção de cura para a população. A saber, o caso do Hospital McLean, fundado em 1818 em Massachusetts, que proporcionou a integração do espaço hospitalar, que se fez em propósito de procura pelos próprios cidadãos (BRUSCATO, 2004).

Em relação à inserção da psicologia, como tantas outras ciências, levou tempo para definir sua identidade, sendo atualmente adquirida de forma gradual com outros campos profissionais. Chalub (1986) descreve o início das inserções dos psicólogos hospitalares, inicialmente vistos como auxiliares do psiquiatra sendo concepção, apontada como equivocada, só fora ultrapassada pela sucessiva afirmação da missão do psicólogo dentro das instituições, isto é, consolidando suas devidas atribuições dentro do hospital a partir da análise do sujeito hospitalizado em suas múltiplas dimensões. A atenção terapêutica se insere ao desenvolvimento na relação saúde-doença-tratamento (VASCONCELLOS, 2003) como ação interdisciplinar no hospital, visando o tratamento e reabilitação do indivíduo em sociedade.

A Psicologia Hospitalar é o entendimento entre a psicologia e o campo do adoecer, trabalhando para ajudar o paciente e sua rede na experiência do adoecimento, em sua angústia e dor de um contexto hospitalar, em qualquer manifestação da doença, tendo em vista seus aspectos psicológicos, físicos e somáticos. Atuando sobre as intermediações ao seu paciente, equipe e família e seus reequilíbrios frente ao adoecer. Em consonância, é fornecida escuta imparcial, livre de julgamentos e expectativas, fornecendo apoio e orientação psicológica. Como instrumentos utilizadas no contexto hospitalar as entrevistas psicológicas, evolução de prontuário, documentos psicológicos e protocolos de saúde, com atuação em equipe multiprofissional, estão constantemente presentes em tal cenário.

O psicólogo hospitalar é como parte de um conjunto de medidas a promover a acessibilidade e continuidade dos tratamentos conjugados à saúde do indivíduo, articulando com questões sócio-histórico-culturais da comunidade, com ações constantes e interdisciplinares (ROZANI; RODRIGUES, 2006). Em conformidade, Ferreira (2001) traz como compromisso social da profissão na superação das desigualdades e garantia dos direitos humanos para toda a população.

3 | TRABALHOS DESENVOLVIDOS E VIVENCIADOS PELOS ESTAGIÁRIOS DE PSICOLOGIA NO SETOR DE INTERNAÇÃO BREVE – SIB

A experiência e atuação em campo se deu com a preceptoría do Psicólogo João Bosco Monteiro e supervisão teórica da Psicóloga-Professora, da Universidade da Amazônia, Arina Lebreço. São realizadas diversas atividades durante o período

de permanência, dentre elas, na área de desporto e lazer, sob a responsabilidade dos profissionais de terapia ocupacional e educação física, com duração de 1 hora sendo a primeira atividade do dia. Observamos os pacientes nas atividades de alongamento, jogo de futebol, atividades auto expressivas e jogos de mesa. Ademais, realizamos atividades específicas, das áreas internas e externas de atendimento psicológico da instituição; na sala de psicologia, salão do setor, corredores e enfermarias.

Juntamente aos profissionais de Serviço Social, efetuamos a condução dos pacientes de alta para suas residências, visto que é de extrema importância o olhar às necessidades e demandas singulares. Visitamos, também, outros setores da clínica psiquiátrica e de outros serviços do hospital. Paralelamente, participamos de reuniões de micro equipe com a presença dos profissionais responsáveis a cada caso apresentado. Ressalta-se a tímida participação do médico no trabalho multiprofissional, com relação ao Projeto Terapêutico Singular (PTS), na medida do possível sendo conversada sobre a particularidade de cada paciente.

A priori, no cotidiano, os pacientes ficam livres deambulando no salão do SIB, em geral, há a interação entre os pacientes e participações de atividades interdisciplinares, há a contenção de pacientes, quando posto a si ou o outro em risco, nos membros superiores/ inferiores ou em leito.

4 | A REFORMA PSQUIÁTRICA E A DESOSPITALIZAÇÃO

No período de pré-guerra houve um expressivo aumento do número de manicômios e, após a segunda guerra, restou a triste herança das feridas psicológicas da população diretamente afetada pelo conflito entre nações. Como consequência, as primeiras tentativas de reformas psiquiátricas começam a surgir. Na Europa pós-guerra, por ser recente as tentativas de reforma, era evidente as semelhanças entre os campos de concentração e os hospitais psiquiátricos (RICCI; VALENTIM, 2009).

Com o rompimento do modelo clássico da psiquiatria, o manicômio perde a sua força, então surge tratamentos alternativos para a pessoa acometida por alguma doença mental. (ROTELLI, 1990). No Brasil, após a ditadura militar, mais especificamente nos anos 70, surgiu o movimento nacional dos trabalhadores da saúde mental, (MTSM) após as várias críticas e denúncias ao governo. Durante o segundo encontro do MTSM em Bauru, surgiu o movimento da luta antimanicomial (MLA). Após a pressão da população ao estado brasileiro contra o modelo segregador do hospital, houve mudanças na rede de serviços de saúde, os serviços substitutivos ao hospital psiquiátricos, que são os CAPS, a Saúde Mental na Atenção Básica de Saúde, as Residências Terapêuticas, entre outros (Ricci e Valentim, 2009).

O principal marco regulatório do movimento de redirecionamento, ao modelo de saúde mental, se deu com a Lei nº 10.216/01, a qual solidifica e concretiza a Reforma Psiquiátrica

no Brasil, trazendo a proteção dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, tornando-os legais, criando a possibilidade de novos serviços. Os direitos à assistência em saúde mental são reforçados na Resolução nº 8/2019, ressaltando soluções preventivas de violação e direitos de usuários da rede de saúde mental, incluindo aos de álcool e outras drogas, para agentes e instituições, devendo seguir os princípios dos Direitos Humanos.

A hospitalização ainda é um recurso utilizado ao tratamento de transtornos mentais e psicopatologias, assemelhando-se ao caráter de clínica geral, recomendadas às situações agudas de crise, de modo breve e emergencial. De forma corroborante, Franco Basaglia (Amarante, 1995; Ferro, 2009) retorna à estratégia de desinstitucionalização, com a ideia de “doença entre parênteses”, no duplo entendimento à condição de doença e institucionalização, em uma ruptura epistemológica.

Cardão (2009), discorre um pouco sobre o que é a institucionalização, sendo entendida em um duplo processo que acontecem simultaneamente. O primeiro processo sendo um recurso de internação de cunho assistencial e o outro na qual o paciente perde sua autonomia, simbolizada pelo ambiente coletivo institucional e a imposição de regras que fazem a pessoa perder sua subjetividade, virando assim parte da própria instituição.

5 | A REALIDADE NA INSTITUIÇÃO: DENTRO DO HOSPITAL DE CLÍNICAS GASPAR VIANNA

5.1 Contexto social e a Política Psicossocial

Para que as leis que asseguram os direitos à saúde, de modo geral em relação aos determinantes sociais da saúde, é necessário aquilo que Dahlgren e Whitehead (2008) propuseram também dentro deste, os determinantes intermediários, o qual corresponsabiliza a população diante das ações, ou seja, que a comunidade ocupe um papel ativo diante das políticas públicas. É importante ressaltar que, quando falamos sobre um papel ativo dentro da saúde mental e o contexto de hospitalização, visamos o apoio familiar aos usuários, tendo em vista suas limitações e necessidades.

O contexto social conta com o envolvimento de um cenário familiar, entretanto esta realidade não faz parte de todos, há pacientes com falta do apoio primordial de sua família, tendo em conta que, na maioria dos casos psiquiátricos o usuário necessita de suporte para realização e continuidade do tratamento. Como exemplo deste cenário, a realidade do uso irregular, assim como a falta, de medicações. Dentro da ala de psiquiatria, diagnósticos de transtornos por uso de substâncias são recorrentes, tão como agravamento de diagnóstico pelo uso de substâncias, juntamente aos demais transtornos e comorbidades, consequentes da vulnerabilidade social presente no cotidiano de muitos usuários da rede pública psicossocial.

Sabemos que a evolução de cada caso é singular e o indiscutível avanço em políticas públicas psicossociais, presentes na Legislação de Saúde Mental, para amparar

o usuário em tal contexto, entretanto nos deparamos com a falha em comunicação entre rede e comunidade, seja pela ausência de amparo no contato eficaz rede-família ou com a escassez de lugares para locar os usuários em abandono familiar, tal como as poucas residências terapêuticas nos municípios, conforme Portaria nº 3.090/11, em relação à demanda real, entre demais formas de amparo governamental.

5.2 Pacientes no Hospital das Clínicas Gaspar Vianna

No Hospital das Clínicas, encontramos a divergência à lei de intervenção breve, incompatibilidade a qual acaba sendo uma consequência da falta do amparo social e político aos usuários, apesar dos avanços do redirecionamento. Ratifica-se tal discussão, ao nos deparar com os denominados ‘moradores’ da FPEHCGV, sendo estes, pessoas em situação de abandono, conflitos jurídicos, falta de núcleo social e vulnerabilidade.

De acordo com a Lei de Saúde Mental nº 10216 de 06 de abril de 2001, em seu art. 5º:

O paciente a longo tempo hospitalizado o para qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada à continuidade do tratamento, quando necessário. Bem como a Lei da Pessoa com Deficiência nº 13.146/2015 na garantia dessa assistência.

Paciente A1, 47 anos de idade, diagnóstico de alta F31 – Transtorno Afetivo Bipolar. Com alta médica mantida e sem alta social; falta da aceitação pela família, histórico de internação e apresentação na emergência psiquiátrica, com sua última alta de observação na emergência, 24 horas anteriores ao seu retorno no hospital. Encontra-se em situação de abandono familiar, pela falta de interesse em continuar com a paciente, a qual alega dificuldade em convivência para com a paciente, sendo negada por mãe, irmãos, filhos e cunhado. O mesmo núcleo, abandonou a paciente em rua após sua alta, procurando-a somente para retirada de seu Benefício de Prestação Continuada (BPC), sendo negado pela paciente, causando revolta em sua filha.. A partir disto, paciente entrou em crise, retornando ao hospital, em busca de ajuda e suporte da rede. Paciente deu entrada no SIB, pela falta de locação à mesma, mesmo com a equipe de assistência social do hospital buscando contato com a família, para entrar em acordo ao tratamento e saída da paciente, não obtendo sucesso na comunicação.

Paciente A2, 22 anos de idade, diagnóstico de Déficit Cognitivo Moderado Permanente e F20.3 – Esquizofrenia indiferenciada. Data de admissão 10 de julho de 2019. De alta hospitalar há 2 anos, entretanto sem alta social. Histórico de vivência em instituições desde seus 14 anos, histórico de transtorno mental na família e uso de substâncias psicoativas, falta de aceitação da família e sociedade do município, incluindo redes de apoio psicossocial.

Situação de vulnerabilidade, incluindo histórico de violência sexual e andarilha, sem juízo crítico de sua situação. Conflitos em seu município de Santarém, em seu período de crise, paciente danificou propriedades públicas e privadas, sendo posteriormente encaminhada ao Hospital das Clínicas em Belém, por cumprimento de determinação judicial em internação compulsória, sendo permitido seu retorno a sua residência somente com a liberação do juiz, da 5ª vara civil de Santarém. Ademais, condição médica não é aceita pela família, por precisar de cuidados específicos. Atualmente, reside no hospital como consequência da espera da liberação para retornar, tendo em vista o alto custo do transporte que precisa ser disponibilizado pelo Estado, tão como a mobilização de equipe de referência da usuária, ainda não sendo possível pelo investimento governamental no contexto de pandemia.

Paciente A³, 57 anos de idade, reside continuamente há 5 anos no SIB com última admissão no dia 30 de junho de 2015. Sem laços consanguíneos e sociais, sem lugar para residir. Antecessor à última admissão, residiu durante 6 meses em uma casa de família, devido um acordo entre um casal voluntário e o hospital, com o recebimento de BPC da paciente e apoio hospitalar. A tentativa de permanência fora do hospital falhou por falta de medicações e acompanhamento da rede de assistência psicossocial, sendo encaminhada novamente ao SIB.

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O período dedicado à Reforma Psiquiátrica ocasionou grandes transformações nas terapêuticas, focadas anteriormente no modelo assistencial psiquiátrico, voltadas à institucionalização. Estas modificações acarretaram a ampliação da cidadania, com seus direitos e deveres, do processo de humanização e da reflexão acerca do estigma da loucura.

Evidencia-se um grande crescimento na mudança de rede assistencial, já conquistado, entretanto, ainda há muito o que avançar para efetivação de uma rede de serviços de saúde mental eficaz aos seus usuários. Em conformidade com o modo reativo do sujeito frente ao processo de adoecimento, é necessário o atendimento individual, com adoção de intervenção ampliada, acolhimento, escuta qualificada e PTS.

Vale ressaltar que a falta de políticas públicas é explícita e evidencia-se com a lacuna de interesses governamentais no atendimento aos usuários de saúde mental e suas particularidades, dando condições aos mesmo em seu conceito ampliado de saúde, com estudo, trabalho e lazer, dentro de sua rede, na falta de Residências Terapêuticas, conforme Portaria nº 3.0990/11, e sua problemática por reduzidos números de vagas, a qual é necessária o aguardo de óbito de um usuário desta para que a fila de espera tenha andamento.

Com efeito, o período de inserção em um estágio curricular, no Hospital de Clínicas, fora de extrema importância para avaliação das ricas consequências da Reforma e ainda suas lutas de efetivação no atual cenário. Deste modo, este trabalho configura-se também

como um agradecimento direcionado a todos envolvidos na vivência em campo e o enriquecimento ao aprendizado na formação de futuros profissionais.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

BRASIL, Ministério Da Mulher, da família e Dos Direitos Humanos, Resolução nº 8, de 14 de agosto de 2019. Diário Oficial Da União, Brasília, DF, Seção 163 p. 55, agos.2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-8-de-14-de-agosto-de-2019-212175346>.

BRASIL, Ministério Da saúde, Gabinete do Ministro, Portaria N 3.0990, de 17 de novembro de 2020. Diário Oficial Da União, Seção 219, p. 89, agos.2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-3.099-de-16-de-novembro-de-2020-288544266>.

BRASIL, Ministério Da saúde, Lei nº 10.216/01, Art. 1, 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm.

BRASIL, Ministério Da Saúde, Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm.

BOCK, Ana Mercês Bahia *et al.* **Psicologias: Uma Introdução ao estudo de Psicologia**. São Paulo: Saraiva, 2008.

BRUSCATO, Wilze Laura *et al.* **A prática da Psicologia Hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas em uma antiga história**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

CARDÃO, Sandra. **O Idoso Institucionalizado**. Lisboa: Coisas de Ler, 2009.

CHALUB, M. **Identidade do Psicólogo**. Rio de Janeiro: PUC, 1986.

MONTEIRO, João Bosco. **A Inserção do Psicólogo no Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira (1978 – 1984)**, Belém - Pará: Ufpa, 2016.

RICCI, Magda. & VALENTIM, Rodolfo. (orgs). **História, Loucura e Memória: O acervo do Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira**. Belém – Pará: Secult, 2009.

ROTELLI, Franco *et al.* **Desinstitucionalização: uma outra via**. São Paulo: Hucitec, 1990.

SILVA, Tays; JÚNIOR, José; ARAÚJO, Ronaldo. **Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): ações desenvolvidas em município de Minas Gerais, Brasil**. Minas Gerais, 2015.

CAPÍTULO 3

O ACOLHIMENTO E AS SUAS REPERCUSSÕES EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Data de aceite: 01/09/2021

Gabriela Gianichini Silva

Assistente social. Especialista em Saúde Comunitária através do Programa de Residência da Universidade Luterana do Brasil Rio Grande do Sul
<http://lattes.cnpq.br/1178805110948924>

Sandra de Araújo Teixeira

Mestranda do Programa de Pós-graduação em Promoção da Saúde, Desenvolvimento Humano e Sociedade da Universidade Luterana do Brasil do Rio Grande do Sul, Brasil. Rio Grande do Sul
<http://lattes.cnpq.br/3524775336651948>

Flaiane Rampelotto Penteado

Mestre em Promoção da Saúde da Universidade Luterana do Brasil Rio Grande do Sul
<http://lattes.cnpq.br/9787638562359639>

Gehysa Guimarães Alves

Doutorado em Educação pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul Rio Grande do Sul, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/0702566024265395>

Ângela Maria Pereira da Silva

Doutora em Educação pela Universidade Luterana do Brasil. Tutora do Serviço Social do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da Universidade Luterana do Brasil. Rio Grande do Sul
<http://lattes.cnpq.br/6189788879854211>

RESUMO: Este é um estudo exploratório

e qualitativo cujo objetivo foi conhecer a compreensão de trabalhadores de uma Unidade Básica de Saúde que atua com a Estratégia Saúde da Família sobre o acolhimento humanizado. Para tanto, foi realizada a aplicação de um questionário extraído do Caderno de Atenção Básica, especificamente, sobre acolhimento à demanda espontânea publicado pelo Ministério da Saúde. Com relação aos/às participantes são trabalhadores/as do quadro de recursos humanos do lócus da pesquisa, que integram as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Para a análise de dados, foi realizada Técnica de Análise de Conteúdo Temático Minayo (2006). Os resultados deste estudo possibilitam subsidiar a gestão dos processos de trabalho no âmbito da atenção básica de saúde por meio de ações programáticas que potencializem o acolhimento humanizado e a atuação interdisciplinar no cotidiano dos serviços.

PALAVRAS-CHAVE: Acolhimento. Atuação interdisciplinar. Educação em saúde.

ABSTRACT: This is an exploratory and qualitative study whose objective was to know the understanding of workers at a Basic Health Unit that works with the Family Health Strategy on humanized care. For this purpose, the application of a questionnaire extracted from the Primary Care Booklet, specifically, on acceptance of spontaneous demand published by the Ministry of Health. in relation to the participants are employees of the human resources framework of the locus of the research, which integrate the

teams of the Family Health Strategy (ESF), and of the Expanded Center for Family Health and Primary Care (NASF-AB). For the analysis Minayo Thematic Content Analysis Technique (2006) was performed. You results of this study make it possible to support the management of work processes in the scope of primary health care through programmatic actions that enhance the humanized reception and the interdisciplinary action in the daily services.

KEYWORDS: Reception. Interdisciplinary work. Health education.

INTRODUÇÃO

As políticas de saúde vêm se desenvolvendo ao longo do último século e vem sofrendo influências das questões econômicas, políticas e socioculturais que ocorreram ao longo deste tempo. De um lado, destaca-se a Reforma Sanitária e reformulação do Sistema Nacional de Saúde, e a afirmação da indissociabilidade entre a garantia da saúde como direito social irrevogável e a garantia dos demais direitos humanos (PAIVA; TEIXEIRA, 2014). Por outro, o retrocesso pela precarização das condições e relação de trabalho, a lógica privatista, as terceirizações, a prevalência dos interesses do capital em relação ao bem estar social, ou seja, a disputa entre os projetos privatista *versus* Reforma Sanitária (FERTONANI, et al. 2015).

O processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), criado a partir da Lei nº 8080 de 1990 (BRASIL, 1990), tem exigido a implementação contínua de diferentes modos de organização dos serviços, e produção de novas tecnologias em saúde coletiva. Destaca-se dentre esses dispositivos o acolhimento como uma das estratégias na inter-relação com o usuário na intervenção profissional, visando à humanização, o vínculo, à integralidade do cuidado de saúde de indivíduos, famílias e comunidades.

A atenção básica constitui-se na porta de entrada dos serviços de saúde, preconizada a partir da criação do SUS (BRASIL, 2006a) e reforçada no estabelecimento das Redes de Atenção à Saúde (AZEVEDO, 2007). É a primeira forma de acesso dos usuários aos serviços de saúde. Entretanto, há uma demanda muito grande a esses serviços que, muitas vezes, não conseguem atender a toda a população que o procura no mesmo momento. Assim, como forma de descaracterizar um atendimento que prioriza a ordem de chegada do usuário aos serviços de saúde, o Ministério da Saúde, em 2006 criou o Projeto Acolhimento (BRASIL, 2006a) como forma de organizar a demanda e dar uma resposta positiva aqueles/as que procuram os serviços. Esta não é uma tarefa simples uma vez que, apesar da garantia de atendimento universal e de qualidade, nem todos conseguem ser atendidos pelos serviços de imediato.

Diante disso, os atendimentos de demanda espontânea se centram na avaliação do próprio sujeito de que sua saúde está comprometida e de que ele, naquele momento, precisa resolver sua saúde. Esta lógica acarreta dois problemas: o primeiro aponta para que este indivíduo recorre ao atendimento quando sua saúde já está bastante comprometida e com isso não consegue mais ser assistido na atenção básica, sendo encaminhado para

um serviço especializado. E segundo é que muitas pessoas procuram recorrentemente os serviços, mesmo não tendo um problema de saúde, o que faz com que, por um lado, a equipe subestime a queixa deste usuário; por outro, acaba onerando o sistema e deixando de atender pessoas que realmente precisam.

Na prática, isso compromete a eficácia e a qualidade dos serviços de saúde. Desta forma, ao ser proposta a humanização do atendimento e sua qualidade, o Ministério da Saúde organizou uma proposta que prevê o acolhimento das pessoas que buscam o serviço de saúde, por meio da escuta e inclusão (Política Nacional de Humanização do SUS, 2010).

A proposta de acolhimento vem articulada a outras questões relacionadas aos processos de trabalho em saúde. Ela propõe uma “tecnologia do encontro” e possibilita que se analise o processo de trabalho em saúde de forma a que seja repensada a relação trabalhador de saúde/usuário (BRASIL, 2006a). Ademais, é importante compreender o acolhimento e as suas repercussões no cotidiano de trabalho, pois pressupõe o reconhecimento dos territórios e das suas particularidades de saúde. Além de vislumbrar alternativas voltadas à qualidade dos serviços demandados pela população usuária, no âmbito da atenção básica de saúde, o acolhimento possibilita facilitar o acesso a esses serviços. Embora não seja recente, a discussão sobre acolhimento mesmo tendo sofrido inúmeras mudanças desde a sua concepção, na sua legitimação, materialização ainda é um tema pouco discutido entre os trabalhadores da saúde. Neste sentido, o presente trabalho tem por objetivo conhecer a compreensão de trabalhadores de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) que atua com a Estratégia Saúde da Família sobre o acolhimento.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de pesquisa exploratória e qualitativa, com a coleta dos dados ocorrendo por meio da aplicação de um questionário extraído do Caderno do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) contemplando o entendimento acerca do acolhimento, os fluxos, quais as áreas profissionais implicadas nesse processo de trabalho, as principais demandas, as competências, habilidades e atitudes desejáveis aos trabalhadores. Os questionários foram aplicados para 22 profissionais oriundos das sete equipes de saúde da família vinculados à respectiva Unidade de Saúde.

A amostragem deu-se por saturação, frequentemente empregada nos relatórios de investigação qualitativa em diferentes áreas no âmbito da Saúde, entre outras. É usada para estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a captação de novos componentes. Partindo desse pressuposto todos os elementos citados nas hipóteses têm a probabilidade de serem incluídos na amostra, composta de vinte e dois participantes conforme o objetivo da pesquisa.

Os trabalhadores de saúde foram identificados como “E” Enfermeiro, “M” Médico, “N”

NASF, “ACS” Agente Comunitário de Saúde, “D” Dentista, “TE” Técnico de Enfermagem, “AB” auxiliar de saúde bucal, assim incluindo-se um número ao lado da nomenclatura para a quantidade de entrevistados de cada profissão.

Posteriormente, foi realizada a análise dos dados. De cada entrevista foram extraídas as unidades intencionais de discurso e essas foram categorizadas, utilizando-se a proposta de Minayo (2006): Análise de Conteúdo na modalidade temática, que compreende: ordenação, classificação e análise final dos dados.

Em relação aos aspectos éticos, os participantes deram sua anuência através da assinatura em duas vias do Termo de Consentimento Livre Esclarecido. O projeto de pesquisa que possibilitou tal estudo obteve parecer favorável do Comitê de ética da Universidade Luterana do Brasil sob o nº 1175069.

AS DIVERSAS COMPREENSÕES SOBRE ACOLHIMENTO

Na perspectiva de humanização, destaca-se o acolhimento como uma das estratégias na inter-relação com os usuários, o que pode favorecer o processo de corresponsabilização, produção de cuidado e vínculo. O acolhimento, enquanto diretriz operacional, pressupõe inverter a lógica da organização e do funcionamento do serviço de saúde (FRANCO et al., 1999), e que este seja organizado de forma usuário-centrado.

Dessa forma, pressupõe o atendimento integral ao indivíduo, que inclui a escuta sensível, a confiabilidade, os conhecimentos da realidade local, dos determinantes sociais do processo saúde-doença, tais como: saneamento, relações conflitivas na família, desemprego, desconhecimento da rede de serviços e dos seus direitos, entre outros. Como uma das diretrizes de relevância da Política Nacional de Humanização do SUS requer aproximação entre os indivíduos implicados, ou seja, pressupõe uma prática inclusiva envolvendo ações de atenção e gestão nas redes de saúde. Assim, torna-se fundamental que tal prática seja desenvolvida nos diversos serviços de atendimento à população e legitimada pela gestão. Esse tema envolve uma análise de conjuntura sobre a estrutura física, as condições éticas, técnicas e institucionais do trabalho para tal intervenção, por exemplo: iluminação, ventilação, projeto arquitetônico, arquivos para a guarda da documentação e o resguardo do sigilo, entre outros.

As concepções dos trabalhadores da UBS sobre acolhimento foram distintas, sendo que a grande maioria dos participantes não sabia referir exatamente o que é este processo de trabalho. Falaram em escuta, atendimento da demanda e resolução de problemas. Entretanto, poucos tinham entendimento do seu real significado, da mesma forma que manifestaram não existir um fluxo no serviço de atendimento de todos os trabalhadores. Neste sentido, cada um fazia o que achava que era necessário, sem ter claro qual o fluxo preconizado pelo serviço. Uma das agentes comunitárias descreveu que *“No momento o trabalho está bastante tumultuado, com pouca organização e poucos funcionários*

no guichê” (ACS9). Para ela, isso prejudica o fluxo de atendimento, pois o pessoal que trabalha no guichê é quem deve encaminhar o usuário para atendimento. A ACS 9 reforça essa ideia, acrescentando que o coordenador do serviço deveria resolver os problemas que ocorrem, conforme aparece a seguir.

“Acho que pecamos em organização, mas por falta de internet do que qualquer outra coisa. Acredito que falta alguém sempre, como o coordenador, para resolver problemas imediatos, mas sempre com jeito e respeito aos usuários” (ACS8).

Para muitos participantes, o acolhimento está relacionado a escutar a demanda do usuário do serviço e dar uma resposta positiva a ela. D1 apontou que isso é realizado por vários profissionais, pois “... o paciente é recebido em uma sala especial para o acolhimento, lá é ouvido e orientado pelo profissional da escala”. Deve ser realizado por uma equipe multiprofissional e não só pela equipe de enfermagem (ACS 3). Além disso, deve começar desde sua entrada na UBS, conforme a situação a seguir.

ACS 1: “acolhimento na minha opinião começa desde que o paciente entra na UBS. O primeiro contato com o segurança, atendimento na recepção (com respeito) e se estende até os próximos profissionais”.

Fica evidenciado nas questões pontuadas pelos participantes que cada profissional atende o usuário de uma forma diferente no acolhimento, pois não há um protocolo dentro do serviço que defina como deve ser esse atendimento. Para a ACS 1, “... o acolhimento na minha opinião começa desde que o paciente entra na UBS. O primeiro contato com o segurança, atendimento na recepção (com respeito) e se estende até os próximos profissionais”. Essa ideia, também é reforçada pela ACS 2, à medida que “... o paciente é atendido primeiramente pelo guichê e é avaliado onde passa ou não para a enfermagem, e quando eu atendo o usuário também faço o acolhimento”. Para D1: “O paciente é recebido em uma sala especial para o acolhimento, lá é ouvido e orientado pelo profissional da escala”. Apesar dessas questões não serem divergentes, os três trabalhadores referiram que isso é o que eles acreditam ser o acolhimento, mas reforçaram a necessidade de existirem espaço de discussão e capacitação para que todos os funcionários do serviço tenham o mesmo entendimento e atuam de forma semelhante. Para que isso ocorra, é necessário o compromisso da gestão em relação ao acolhimento humanizado aos pacientes, às condições e relações de trabalho e à atuação interdisciplinar.

Quando se pensa em acolhimento, é importante lembrar que esta é uma forma de trabalhar, sendo uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) que propõe rever as práticas de atenção e gestão da saúde. Sua proposta deve estar articulada a outras propostas que levem em consideração mudanças no processo de trabalho em saúde que apontem para a humanização do atendimento. Isso significa que o acolhimento vai muito além de receber a demanda espontânea dos serviços de saúde de forma afetuosa. É um projeto que qualifica a relação do trabalhador em saúde com o usuário, propondo mudanças

em todo o processo de trabalho (BRASIL, 2006a).

Dessa forma, o acolhimento deve transpor o espaço físico do serviço de saúde, envolvendo mudanças na postura das equipes de saúde envolvidas, nas suas ações de atenção e na gestão dos serviços de saúde. Assim, restringir este conceito a um local específico ou a determinada demanda, tomadas isoladamente, pode nos levar a ações pontuais, isoladas e fragmentadas no cotidiano dos serviços, reproduzindo exatamente o modelo que se quer contrapor.

Entretanto, modificar processos de trabalho é uma tarefa complexa, que exige reflexão, discussão e comprometimento gerencial. Na prática cotidiana dos serviços de saúde, o acolhimento tem sido de difícil aplicação em sua plenitude, pois é crescente o descompasso entre a oferta dos serviços e a demanda dos usuários. Há uma dualidade entre produtividade *versus* qualidade, pois a alta rotatividade de profissionais de saúde, o absenteísmo dos usuários nas consultas agendadas, tem comprometido a qualidade e resolutividade dos serviços. Ele deve envolver o compartilhamento de saberes entre os sujeitos implicados, abrir espaços para refletir sobre as rotinas de trabalho e a tomada de decisões sobre o processo de trabalho de forma a que se possa garantir um atendimento humanizado e de qualidade. Nesse sentido, é um conceito chave do SUS, pois envolve, pelo menos, quatro princípios: universalidade, equidade, integralidade e participação popular (MEDEIROS; IUNG, COMUNELLO, 2007).

Essa proposta deve extrapolar a área física dos serviços de saúde e incluir outras ações como as visitas domiciliares, os trabalhos em grupo e todas as outras atividades realizadas pelos serviços de saúde (BRASIL, 2006a). Uma vez que, o acolhimento pressupõe o olhar integral no sujeito e em sua família. Essa foi uma transformação positiva na reorganização da atenção básica em saúde, com a criação da Estratégia Saúde da Família (ESF) (PINHEIRO, 2009).

Entretanto, para que se consiga efetivar esta proposta, uma das condições fundamentais é que as equipes de saúde possam criar vínculo com os usuários do serviço. Para isso, devem permanecer no mesmo serviço um tempo no qual seja possível criar vínculo como usuário. Isso é reforçado por M1 que, segundo ela, “...*deve haver menor rotatividade dos profissionais, pois quando os mesmos já estão entendendo os fluxos e conhecendo os pacientes eles acabam saindo da unidade*”, pois a rotatividade interfere na inter-relação dos trabalhadores e usuários do SUS. Além disso, também referiu a necessidade de capacitar os profissionais da saúde para trabalharem com acolhimento, pois muitos não sabem o que significa nem os fluxos do próprio serviço. A realidade dos serviços de saúde, tendo de um lado usuários descontentes com o acesso e, de outro, a equipe exausta em suas possibilidades de atendimento, aponta a necessidade de se adotar uma lógica de trabalho que privilegie a escuta qualificada das demandas do usuário, modificando a maneira de receber os pacientes e lidar com as suas queixas (MEDEIROS; IUNG, COMUNELLO, 2007).

Já a ACS 3 pontuou que para que se realize a escuta qualificada da demanda dos pacientes e se crie vínculo com eles, é preciso que *“... o acolhimento realizado pela equipe multiprofissional que atua na UBS, passe antes por um preparo da equipe para trabalhar com eles, pois mais de 60 % não estão preparados nem orientados para resolver as demandas que chegam a eles e acabam tendo um olhar muito fragmentado dessas demandas”*. Isso faz com que a equipe de saúde não consiga atender as necessidades e demandas de saúde, quando muito atendem o problema emergencial que ocasionou a procura do serviço. É preciso ter cuidado com o viés biomédico ou mesmo com uma “pseudo” triagem, pois isso rompe com a perspectiva do acolhimento humanizado e a atuação interdisciplinar.

Haja vista, que a integralidade do cuidado deve considerar o usuário como sujeito integral, que vive em um contexto e tem determinadas necessidades que devem ser respeitadas e atendidas, pois só é possível garanti-la a partir do reconhecimento da multidimensionalidade que envolve a vida cotidiana de cada indivíduo e os processos de cuidado (ARCE; SOUZA, 2013). Nesta perspectiva não há como olhar apenas para as necessidades ligadas à doença, a dimensão da saúde e da vida devem ser levadas em consideração. Com isso, a integralidade passa a ser mais do que uma atitude profissional e passa a ser um modo de organização do processo de trabalho em saúde, pois não há mais como reduzir os sujeitos a objetos descontextualizados, sejam eles profissionais da saúde ou usuários (MATTOS, 2009).

Neste sentido, N1 reforçou a necessidade de se *“...pensar, como primeira ação um momento de discussões entre toda equipe para ver o que cada um pensa, como faz, ver problemas e sugestões para definir certo “padrão” e um entendimento comum sobre este espaço. Também acho que o espaço físico do acolhimento deveria ser revisto para garantir privacidade na relação do trabalhador da saúde como paciente”*.

Alguns obstáculos foram apontados pelos sujeitos participantes dessa UBS sobre o acolhimento. Para N1 *“Existe uma sala destinada para essa escuta bem como uma escala de profissionais. No entanto, essa sala não garante a privacidade do usuário e o sigilo das informações. Mas acredito que cada vez que um usuário busca a UBS é escutado, orientado ou já atendido se está fazendo acolhimento”*. A ACS 7 volta-se ao tempo de espera do paciente *“todo o paciente passa no guichê e espera muito tempo sentado, muitos chegam ao acolhimento simplesmente para trocar uma receita que está vencida, isso acontece na maioria das vezes, parece que ainda não conhecem como funciona”*.

Essas questões revelam desafios a serem superados no cotidiano deste serviço de saúde, pois não existe a participação e a discussão entre os profissionais que se utilizam do acolhimento em sua rotina diária, tampouco é obtida uma avaliação por parte dos usuários acolhidos sobre o atendimento prestado e sobre a resolutividade do atendimento. Assim, é preciso evitar o risco de tornar engessado esse fazer pelos profissionais que ali trabalham, seja pela resistência, pela sobrecarga de trabalho, atritos entre colegas e distanciamento

entre ambas as partes implicadas nesse processo. O processo de trabalho implícito no acolhimento precisa possibilitar maior autonomia dos trabalhadores e a ressignificação do cotidiano de trabalho. A escuta qualificada permite que se faça encaminhamentos mais efetivos para o problema do usuário. Entretanto, é importante que gestores, trabalhadores, e usuários tenham clareza que o acolhimento humanizado contribui na efetividade e resolutividade no campo da saúde.

O ENFOQUE INTERDISCIPLINAR NO ACOLHIMENTO

A interdisciplinaridade não é um tema recente, que se encontra em permanente construção, em especial, no que diz respeito às formas de desenvolvê-la, na sua capacidade de diálogo e interação como possibilidades para uma prática diferenciada nos serviços de saúde. O processo saúde e doença têm como referência os determinantes sociais da saúde que são amplos e complexos. Assim, para intervir sobre ele, é necessário o aporte de diferentes saberes e de diferentes disciplinas. As necessidades e demandas das populações precisam de um olhar interdisciplinar, que leve em conta o indivíduo e seu território, questões sociais, econômicas, políticas, sociais e culturais, já que existem diferentes perspectivas, abordagens e dimensões em relação a um mesmo problema. O que é preciso ser buscado é uma visão ampliada do conceito de saúde, que possa ser entendida a partir da diversidade das disciplinas, o que é uma necessidade, uma possibilidade epistemológica e uma proposta fundamental de avanço do conhecimento (MENDES; LEGOWY; SILVEIRA, 2008).

Muitas vezes, a forma como o profissional constituiu o entendimento das suas práticas cotidianas pode influenciar e até comprometer a atuação interdisciplinar e, conseqüentemente, novas ações e projetos da equipe. Trabalhar interdisciplinarmente é um desafio. Para Sá (2010, p. 93) “a interdisciplinaridade não se ensina, nem se aprende, simplesmente vive-se, exerce-se, e por isso exige uma nova pedagogia, a da comunicação”. Sendo um diferencial importante no acolhimento, a interdisciplinaridade possibilita a compreensão de um problema complexo, o que não ocorre de maneira isolada, mas de forma complementar e interdependente.

Os participantes deste estudo apontaram que é bom ter mais de um profissional ao mesmo tempo responsável pelo acolhimento, pois eles conseguem ampliar as alternativas em como encaminhar o problema do usuário. Conforme D1 *“Demandas espontâneas são encaminhadas para a sala do acolhimento, atuam nela profissionais de diferentes áreas, realizando escuta e buscando solucionar as demandas trazidas pelos usuários. O atendimento é por ordem de chegada e funciona das 08h – 17h”*. Nesta sala de acolhimento, é possível agilizar algumas demandas, como por exemplo, renovação de receita para medicamentos controlados e contínuos. Entretanto, mesmo trabalhando em equipe, os trabalhadores referiram que não é fácil atuar interdisciplinarmente, pois às vezes, um quer

impor sua visão ao outro, o que gera atritos entre eles.

Diante disso, é importante ter claro que a interdisciplinaridade depende de uma mudança de atitude perante o problema do conhecimento, da substituição de uma concepção fragmentária pela unitária do ser humano (FAZENDA, 2013). De certo modo, isso é revelado por N3 à medida que trata da postura de cada profissional. Diz que o trabalho flui, mas que: “... *depende dos profissionais que estão em cada turno, no início não conseguia visualizar um atendimento padronizado, agora foi pensado em um fluxo de acolhimento, que tem nos auxiliado muito e diminuído as disputas do trabalhadores sobre as rotinas e encaminhamentos*”.

O acolhimento dentro do serviço vai sendo modificado conforme os profissionais que vão se inserindo nessa prática profissional e por meio das trocas de percepções a respeito de como fazê-lo. A equipe solicita a participação dos usuários ao avaliarem em que medida foram ou não atendidos em suas necessidades. É a partir do entendimento e clareza dessas práticas de saúde que a interdisciplinaridade vai sendo vivenciada pelos trabalhadores da saúde.

A interdisciplinaridade passou a ser tema de reflexão no campo da saúde, pois esses quiseram se qualificar para auxiliar no trabalho do acolhimento dentro do serviço, já que se fez necessário utilizar abordagens compartilhadas, interconsultas e outras ações conjuntas entre os mesmos. Na troca de informações, cria-se uma relação colaborativa entre os profissionais e esses em relação aos usuários devido à inter-relação, às reflexões e à sensibilização envolvendo o acolhimento. Assim, o trabalho interdisciplinar vai se construindo através dos diversos conhecimentos que cada membro da equipe possui e da comunicação estabelecida entre eles. Os achados da pesquisa apontaram que este novo olhar é fundamental para que se possa compreender melhor a realidade local e as necessidades advindas do território.

Nesse sentido, é a partir da integração de vários profissionais, em especial, na política de Atenção Básica de Saúde que o acolhimento se materializa, ganha sentido e favorece a inclusão dos usuários ao sistema de saúde. Entretanto, os entraves ainda são inúmeros, pois a formação profissional e as propostas de educação continuada dos serviços de saúde pouco refletem sobre a necessidade de este olhar interdisciplinar. O gestor tem papel de destaque para a motivação da atuação em equipe interdisciplinar, ele deve estimular a reflexão sobre o trabalho, a necessidade da integração entre cada membro da equipe, o estabelecimento de relações afetivas e de cooperação ao invés de competição. Além disso, deve compartilhar com os trabalhadores as políticas de saúde que vem sendo implementadas, de forma clara e reflexiva, pois essas devem entrar na pauta de cada serviço de saúde, que poderão estabelecer estratégias de ação (STAUDT, 2008). Portanto, a interdisciplinaridade constitui-se em uma atitude, uma maneira de ser e de fazer relacionada a uma nova maneira de enxergar e lidar com o conhecimento (FAZENDA, 2013).

N 2 refere que nem sempre o que é combinado na equipe acontece, pois ... *“Na linha de frente do acolhimento ficam “teoricamente” profissionais da enfermagem, mas às vezes não ocorre devido ao atendimento da agenda da enfermagem. Há também a referência do médico da equipe do enfermeiro que está participando do acolhimento no dia e turno do mesmo. Há troca de equipe uma vez ao dia, na hora do intervalo. Mas percebemos que por vezes são os residentes da multiprofissional que o fazem e não os profissionais que ficaram designados para estar lá”*. Na prática, isso ocorre devido à escassez de profissionais disponíveis para o acolhimento na referida UBS, pela falta de compreensão da importância desse dispositivo ou excesso de demanda. E2 salienta o teleagendamento como outro impeditivo que repercute no acolhimento da UBS, pois para ele, *“O paciente é recebido na recepção e encaminhado conforme a sua demanda, nem sempre todo paciente que deseja ser atendido é encaminhado. E é difícil que as demandas sejam atendidas devido ao sistema e ao teleagendamento”*.

Outro aspecto do acolhimento na UBS é a composição das equipes e as suas respectivas atribuições que, por vezes, não colocam este projeto dentre as suas ações profissionais no cotidiano do serviço. Isso fica evidenciado quando M1 afirma que há o desconhecimento do acolhimento. Segundo ela, *“Ele tem a parte da escuta e informação, mas em alguns casos ele se confunde como uma triagem, aumentando a demanda da unidade e em muitos casos sem dar o suporte que o paciente necessita”*. A ACS10 também percebe que os usuários não sabem para que serve o acolhimento, disse que *“muitas vezes percebo que as pessoas são direcionadas ao acolhimento pelo guichê, e poucas são as que chegam à unidade pedindo o acolhimento. Talvez por não entender a sua funcionalidade. Ao chegar ao acolhimento dependendo da situação a pessoa é medicada ou repassada”*.

Portanto, o desconhecimento da proposta é novo tanto para os trabalhadores da saúde como para os usuários dos serviços, pois pressupõe um novo olhar sobre a realidade da população e sobre sua saúde, mais ampliado, que compreenda a situação em que se encontra aquele indivíduo e sua família a fim de minimizar o sofrimento, a dor, a doença e a morte. Assim, envolver vários atores em um diálogo, não é tarefa fácil, pois em primeiro lugar a equipe precisa estar sensibilizada para trabalhar junto, compartilhando saberes e experiências e entendendo que cada um ocupa um lugar no todo (STAUDT, 2008).

Como impeditivos para sua efetivação, os trabalhadores explicitam as precárias condições de trabalho, a qualidade do trabalho comprometida em virtude do excesso de demanda, o desconhecimento do fluxo, a dificuldade de efetivação de uma atuação interdisciplinar e a necessidade de adequação do número de profissionais às demandas, conforme demonstrado ao longo deste estudo, entre outros. O trabalhador a seguir também revela essas fragilidades, conforme aparece a seguir.

N1: “Apesar de existir uma sala destinada para essa escuta bem como uma escala de profissionais, essa sala não garante a privacidade do usuário e o sigilo das informações. Mas acredito que cada vez que um usuário busca

a UBS e é escutado, orientado ou já atendido se está fazendo acolhimento apesar da demanda de trabalho nossa ser muito grande”.

O excesso de atividades dos serviços de saúde, com um número expressivo de pacientes atendidos diariamente, é um desafio a todos os trabalhadores, pois esses, por vezes, não dispõem de tempo para sanar as dúvidas dos usuários nem propor espaços para a equipe poder realizar discussões de casos.

ACOLHIMENTO UMA DEMANDA PARA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA

A educação permanente é uma política do Ministério da Saúde instituída desde o ano de 2004 e a sua elaboração objetiva a educação na saúde condizente com a Lei Orgânica da Saúde, os Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS (NOB-RH/SUS) e as diretrizes e regulamentação do Pacto de Gestão pela Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). O propósito dessa legislação é modificar as práticas de saúde e promover mudanças na formação dos profissionais em saúde com vistas ao fortalecimento do SUS.

A educação permanente em saúde propõe a formação, a prática e a promoção em saúde na organização dos serviços, acrescentando um trabalho articulado em relação ao sistema e aos profissionais envolvidos. O ponto de partida é refletir sobre onde o profissional encontra-se inserido, assim como as suas práticas cotidianas, ou seja, a conexão entre o mundo da formação e o mundo do trabalho, em que o apreender e a aplicabilidade deste aprendizado nos serviços de saúde ocorra concomitantemente.

A educação em saúde destaca-se pela importância que dá à promoção da saúde, reforçando a participação ativa dos envolvidos nesse processo. É necessária para qualificar a prática em saúde e deve ser utilizada como ferramenta de articulação entre a teoria e a vida, entre o saber científico e popular como forma de reconstruir saberes, significados e atitudes. Ela possibilita que as pessoas se informem, reflitam e desenvolvam habilidades de aproximar o conteúdo de saúde de sua vida, auxiliando tanto trabalhadores da saúde como os usuários do Sistema a pensarem em escolhas mais saudáveis de vida (CERVERA; PARREIRA, GOULART, 2011).

A ACS 3 afirmou ter muita dúvida sobre o Projeto Acolhimento e aponta a necessidade de que se ofereça aos trabalhadores capacitação para trabalhar com esta proposta, conforme aparece na fala a seguir.

“Muita dúvida, confusão no entendimento e acolhimento e falta de pulso forte para deixar claro o que é o acolhimento e em que ele pode ser útil. Mas deveria haver orientações, escuta, e uma tentativa de resolução, no que é possível claro” (ACS 3).

Diante disso, a educação em saúde representa uma das alternativas favoráveis para a legitimação do acolhimento humanizado no cotidiano de trabalho. Entretanto, observam-

se algumas lacunas nas ações educativas desenvolvidas nesta UBS. Dentre elas, destaca-se as várias dúvidas que a equipe de saúde tem do Projeto Acolhimento, de seus objetivos e de como organizá-lo; do trabalho interdisciplinar e do que ele significa e da humanização do atendimento.

A educação permanente favorece a reflexão acerca dos atendimentos e acolhimentos realizados, ela prevê espaços de discussão e reflexão da equipe a partir de conceitos e ações propostas e sua relação com o cotidiano vivenciado no serviço de saúde. A educação em saúde pode estar sendo desenvolvida em todos os momentos e espaços do serviço de saúde, como uma atividade que enfoca a interação entre a realidade e a teoria, entre o saber popular e o científico e fortalece os vínculos entre a equipe de saúde e a população (CERVERA; PARREIRA, GOULART, 2011).

Os achados da pesquisa dão conta que os trabalhadores apresentam desconhecimento de conteúdos necessários ao seu cotidiano de trabalho e reforçam a importância de um espaço que favoreça o acesso às informações e garanta a educação permanente. Como o exemplo disso, N 1 que acredita que a primeira lição que os trabalhadores devem ter é... *“pensar um momento de discussões entre toda equipe para ver o que cada um pensa, como faz, ver problemas e sugestões para definir um certo “padrão” e um entendimento comum sobre este espaço. Também acho que o espaço destinado ao Acolhimento deveria ser revisto para garantir privacidade”*. Para M1, é preciso uma *melhor capacitação dos profissionais do acolhimento. É preciso definir o fluxo para os profissionais saberem que condutas tomar em certas situações”*.

A alta rotatividade dos profissionais da equipe de saúde também é vista como problema para os serviços, pois, conforme aponta M1, uma *“...menor rotatividade dos profissionais, ajuda a estabelecer rotinas mais duradouras, pois quando os mesmos já estão entendendo os fluxos eles acabam saindo da unidade”*.

A educação em saúde deve abranger todos os trabalhadores dos serviços de saúde, desde os que atuam na porta de entrada até os administrativos, uma vez que todos, de alguma forma, interagem com os usuários. O desenvolvimento de consciência crítica, proporcionado a partir de ações educativas e espaços de reflexão, estimula a busca de soluções coletivas que melhorem a saúde e a vida das pessoas. As ações educativas devem estimular o repensar de práticas pedagógicas tradicionais, e mostrar o quanto as ações desenvolvidas podem dar certo quando são construídas com o propósito de envolver o maior número de pessoas na solução dos problemas diagnosticados (ARAÚJO, DIAS, BUSTORFF, 2011).

Como nem todos os membros da equipe de saúde entendem o acolhimento da mesma forma, o que acaba acontecendo é que cada um atua nele de um jeito diferente. Conforme a ACS 7, quando o paciente chega no guichê, deveria ser perguntado a ele o que deseja, mas muitas vezes isso não acontece e esta pessoa acaba sendo passada para o Acolhimento. Lá ela aguarda muito tempo até ser atendida e quando isso acontece, a

equipe descobre que ela só queria trocar uma receita que estava vencida. Segundo a ACS 7, *“isso acontece na maioria das vezes, parece que ainda não conhecem como funciona”*. Esta fala aponta uma distorção do que significa atuar no acolhimento, pois ele não foi proposto para dificultar a vida dos usuários, mas para agilizar o atendimento dando mais qualidade e resolutividade a ele.

CONSIDERAÇÕES

O acolhimento na política de atenção básica de saúde tem sido um dispositivo relevante para a melhoria da qualidade e resolutividade do atendimento em saúde. É notório que tem sido um diferencial na política de atenção básica de saúde, pois propõe a interação entre gestores, trabalhadores, residentes e usuários, com vistas a oferecer atenção integral e reforçar a corresponsabilização pela saúde. O presente estudo mostrou a necessidade de investimentos nas áreas de promoção e educação em saúde de forma a que se possa refletir sobre os processos de trabalho e a melhoria da atenção oferecida à saúde da população. Frente às dificuldades relatadas pelos participantes desse estudo, a ausência de espaços de capacitação e qualificação dos trabalhadores, a falta de experiência em trabalho interdisciplinar, a precarização do trabalho em saúde, a demanda excessiva e a falta de profissionais capazes de atender a essa demanda, repercutem diretamente no Projeto Acolhimento dentro da UBS e, conseqüentemente, na qualidade do atendimento prestado à população usuária.

O acolhimento não é uma prática isolada, mas requer a interdisciplinaridade, ou seja, o engajamento dos trabalhadores de diferentes áreas de formação na discussão e reorganização de seus processos de trabalho, voltado aos interesses e as necessidades de saúde da população usuária. Porém, este projeto ainda é entendido por muitos trabalhadores da equipe como uma triagem restrita a uma sala específica dentro da estrutura física da UBS. Isso não somente distorce seu propósito principal como pode restringir a participação dos usuários no atendimento de saúde e na sua corresponsabilização. Além disso, pode ficar reduzido a uma mera tarefa a ser realizada de forma rotineira, burocrática, dificultando a expressão da subjetividade de todos os implicados (profissionais, residentes, usuários, gestores) nessa dinâmica.

Com base nas questões que emergiram dos participantes, propõe-se que sejam abertos espaços de discussão sobre o processo de trabalho dentro dos serviços de atenção básica de saúde frente às dificuldades vivenciadas e as sugestões para melhorá-las. No bojo dessas discussões, encontra-se a organização do acolhimento dentro da UBS, que se pressupõe a escuta sensível dos problemas dos usuários e a compreensão das suas reais necessidades de saúde. A partir daí, pode ser estabelecido um processo que culmine com uma relação de confiança entre equipe de saúde e usuários (vice-versa), e responsabilização e compromisso mútuos entre os sujeitos implicados. A compreensão

acerca das necessidades de saúde trazidas pelos usuários e pelos trabalhadores dos serviços de saúde poderá possibilitar mudanças expressivas nas práticas de saúde. Sendo assim, o acolhimento por meio de educação em saúde, atuação interdisciplinar e com as condições institucionais favoráveis deve instigar os trabalhadores de saúde a melhorarem sua prática profissional, contribuindo para a humanização do cuidado. Dessa forma, o aprimoramento e a publicização do fluxo do acolhimento poderá ocorrer nos momentos destinados às reuniões de equipe, favorecendo a troca de informações e o esclarecimento de dúvidas em torno desse tema.

Também é importante considerar que os avanços tecnológicos podem ser ferramentas potencializadoras do cuidado em saúde à medida que promovam a socialização de informações por meio de aplicativos e outras ferramentas virtuais, como materiais instrucionais impressos, *Whatsapp*, *Newsletter*, *endomarketing*, *intranet*, entre outros. Esses recursos tecnológicos são essenciais para qualidade nos serviços, na educação em saúde e para a disseminação da informação sobre o acolhimento na UBS.

O estudo mostrou a necessidade de valorização na educação em saúde entre profissionais e os momentos coletivos, em equipe, que podem produzir saberes, trocas, criação de espaços coletivos e ações que beneficiem a qualidade do processo que, conseqüentemente, repercutirá no cotidiano de trabalho. Mesmo sendo realizado em uma única UBS, é possível que seus resultados sejam compartilhados por outras equipes de outros serviços de saúde. Assim, é importante que os gestores públicos possam planejar ações programáticas e projetos de educação continuada nos serviços de saúde de forma a qualificar o trabalho em saúde e melhorar o atendimento prestado à população.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, V.S.; DIAS, M.D.; BUSTORFF, L.A.C.V. **A instrumentalização da educação em saúde na atenção básica** Rev. Enf. Ref. vol.se III no.5 Coimbra dez. 2011.

ARCE, VAR; SOUZA, MF. Integralidade do Cuidado: representações sociais das equipes de Saúde da Família do Distrito Federal. *Saúde Soc.* São Paulo, v.22, n.1, p.109-123, 2013.

AZEVEDO, A.M.A. Acesso à atenção à saúde no SUS: o PSF como (estreita) porta de entrada. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães, Recife. 2007

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 20 set.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS) / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 3. ed. rev. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e Diretrizes para NOB/RH-SUS / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 2. ed., rev. e atual., 2ª reimpressão – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 44 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006 a. 44 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea : queixas mais comuns na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 290 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II)

CERVERA, D.P.P.; PARREIRA, B.D.M.; GOULART, B.F. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG) Ciênc. saúde coletiva vol.16 supl.1 Rio de Janeiro 2011

FAZENDA, Ivani Catarina Arantes. O que é interdisciplinaridade? - 2 ed. São Paulo: Cortez, 2013.

FERTONANI, HOSANNA PATTRIG et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2015, v. 20, n. 6 [Acessado 15 Julho 2020], pp. 1869-1878. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>>. ISSN 1678-4561.<https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública, v.2, n.15, p.345-53, 1999.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: Abrasco, 2009. p. 43-68.

MEDEIROS, R.H.; IUNG, A.M.B.; COMUNELLO, L. N.. A Espera: projeto e ação de acolhimento a partir da escuta da população. PSICO, Porto Alegre, PUCRS, v. 38, n. 1, pp. 17-24, jan./abr. 2007.

MENDES, J.M.; LEGOWY, A.M.B.; SILVEIRA, E.C. Revista Ciência & Saúde, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 24-32, jan./jun

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: Abrasco, 2006.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: Abrasco, 2009. p. 43-68.

SÁ, Jeanete L. Martins de (org.); SEVERINO, Antonio Joaquim et. al. Serviço Social e Interdisciplinaridade: dos fundamentos filosóficos a pratica interdisciplinar no ensino, pesquisa e extensão. – 8. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

STAUDT, D. T. A INTERDISCIPLINARIDADE EM ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE. Boletim da Saúde I Porto Alegre | Volume 22 | Número 1 | Jan./Jun. 2008

CAPÍTULO 4

O PAPEL DOS COMITÊS DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA, INFANTIL E FETAL: PERCEPÇÃO DOS GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE

Data de aceite: 01/09/2021

Data de submissão: 09/08/2021

Laylla Veridiana Castória Silva

Enfermeira. Mestranda na Universidade Federal do Espírito Santo
Vitória, Espírito Santo, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/9492382639135026>

Beatriz Santana Caçador

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

Thalyta Cássia de Freitas Martins

Enfermeira. Doutoranda do Programa de Saúde Pública na Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)
Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/8298926034011432>

Ramon Augusto de Souza Ferreira

Enfermeiro. Mestrando em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Viçosa
Viçosa, Minas Gerais, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/3716730313905277>

Larissa Bruna Bhering Silva

Enfermeira. Residente em Enfermagem na Atenção Básica/Saúde da Família pela Universidade Federal de São João del-Rei
São João del-Rei, Minas Gerais, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/7571606341772532>

Rodolfo Gonçalves Melo

Estudante de Enfermagem pela Universidade Federal de Viçosa
Viçosa, Minas Gerais, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/0018158220241228>

Hugo Barcelos de Matos

Estudante de Enfermagem pela Universidade Federal de Viçosa
Viçosa, Minas Gerais, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/9454735716855858>

Amanda de Paula Nogueira

Estudante de Enfermagem pela Universidade Federal de Viçosa
Viçosa, Minas Gerais, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/7457724082160065>

RESUMO: O estudo teve por objetivo conhecer a percepção de gestores municipais de saúde sobre o papel dos Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal. Trata-se de estudo qualitativo, realizado em uma região de saúde no interior de Minas Gerais. Participaram 8 secretários de saúde dos municípios participantes da região. Coleta de dados ocorreu por meio de entrevista orientada por roteiro semiestruturado, no primeiro semestre de 2016. Realizou-se Análise de Conteúdo de Bardin. Os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos foram respeitados. Os gestores de saúde compreendem os objetivos dos Comitês, sobretudo no que tange à melhoria da assistência prestada às gestantes e investigação do óbito em evitável ou não. Reconhecem os desafios logísticos e de recursos humanos para o funcionamento

integral do mesmo, além da necessidade de capacitação e visibilidade. Os gestores de saúde possuem concepções claras sobre os objetivos e a importância dos Comitês, entretanto, reconhecem desafios que fragilizam o funcionamento dos mesmos. Os desafios são a logística e recursos com meio de transporte e pertencem ao escopo de governabilidade desses gestores, revelando uma contradição entre a importância reconhecida e aquela que é traduzida em práticas cotidianas. Ademais, há necessidade que a sociedade compreenda as funções dos Comitês e atue na participação e apoio destes.

PALAVRAS-CHAVE: Gestor de Saúde, Vigilância em Saúde, Comitês de Profissionais.

THE ROLE OF MATERNAL, CHILD AND FETAL MORTALITY PREVENTIION COMMITTEES: PERCEPTION OF MUNICIPAL HEALTH MANAGERS

ABSTRACT: The study aimed to understand the perception of municipal health managers about the role of the Committees for the Prevention of Maternal, Child and Fetal Mortality. This is a qualitative study, carried out in a health region in the interior of Minas Gerais. Eight health secretaries from the participating municipalities in the region participated. Data collection took place through interviews guided by a semi-structured script, in the first half of 2016. Bardin's Content Analysis was performed. The ethical aspects of research with human beings were respected. Health managers understand the objectives of the Committees, especially regarding the improvement of care provided to pregnant women and investigation of preventable or non-preventable death. They recognize the logistical and human resource challenges for its full functioning, in addition to the need for training and visibility. Health managers have clear conceptions about the objectives and importance of the Committees, however, they recognize challenges that weaken their functioning. The challenges are the logistics and resources with means of transport and belong to the scope of governance of these managers, revealing a contradiction between the recognized importance and that which is translated into daily practices. Furthermore, there is a need for society to understand the functions of the Committees and act in their participation and support.

KEYWORDS: Health Manager, Health Surveillance, Professional Staff Committees.

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) é uma política de articulação transversal, na qual se confere visibilidade aos determinantes sociais de saúde que colocam a saúde da população em risco. Evidencia, ainda, as diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no país. A finalidade da Promoção da Saúde é a criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam a equidade e incorporem a participação das pessoas e o controle social na gestão das políticas públicas (BRASIL, 2007).

No que tange às determinações sociais do processo saúde doença, importa destacar que os óbitos materno e infantil encontram-se diretamente relacionados com as condições materiais de existência, evidenciando iniquidades sociais de acesso à renda, escolaridade, saneamento e saúde (MELO et al., 2017).

Com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção à saúde materno-infantil, o Ministério da Saúde (MS) adotou uma estratégia para a prevenção de óbitos nessa população ao criar e fortalecer os Comitês de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal (CMMIF). Os comitês visam identificar os óbitos maternos, infantis e fetais e apontar medidas de intervenção para a redução da mortalidade em âmbito nacional, regional, estadual, municipal e hospitalar, constituindo-se também como instrumento de gestão (BRASIL, 2009).

Cabe enfatizar que a redução da mortalidade infantil e melhorias na saúde das gestantes fazem parte dos objetivos para o milênio (ODM) da Organização Mundial da Saúde (OMS). Além disso, está incluída nos 17 objetivos de desenvolvimento sustentável (ODS), listados na Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas (ONU). (NOBREGA et al., 2018).

Neste sentido, o gestor municipal de saúde possui um papel estratégico na promoção da saúde e prevenção dos óbitos uma vez participa da formulação e implementação das políticas públicas e nas ações em todos os pontos de atenção da rede de serviços de saúde (SILVA, 2017).

Assim, considerando a importância do CMMIF na redução dos óbitos maternos, infantis e fetais, e, tendo como pressuposto que a gestão municipal é estratégica para atuar fortalecendo ou fragilizando o funcionamento destes, surge a inquietação: qual a percepção de gestores municipais de saúde sobre o papel do CMMIF?

Mediante o exposto, o estudo possui objetivo de conhecer a percepção de gestores municipais de saúde sobre o papel dos Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, por ser capaz de incorporar o significado, a intencionalidade, as relações e as estruturas sociais como inerente aos atos, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação e nas construções humanas significativas (MINAYO, 2007).

O estudo foi realizado com 8 gestores de saúde de municípios pertencentes à uma região de saúde no interior do Estado de Minas Gerais. A região é composta por nove municípios de pequeno porte e que fazem parte do Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal. Entretanto, um gestor não teve interesse em participar, totalizando, assim, oito gestores de saúde.

A coleta dos dados ocorreu no primeiro semestre de 2016. As entrevistas foram previamente agendadas com os gestores de saúde, e ocorreram em local privativo, com a presença do gestor e de duas entrevistadoras, previamente treinadas. Não houve gravação das entrevistas, pois as mesmas foram transcritas no exato momento da entrevista, sendo composta por um roteiro semiestruturado com cinco questões discursivas. A fim de garantir

sigilo, as entrevistas foram identificadas de E1 a E8.

A análise dos dados ocorreu mediante a técnica de Análise de Conteúdo (Bardin, 2016), a qual consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações. Esse tipo de análise visa alcançar a essência dos relatos, mediante a realização de procedimentos organizados, com o objetivo de descrever o conteúdo das mensagens. Para tanto, procedeu-se a organização dos dados em torno de três polos inter-relacionados: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados, e, inferência e interpretação.

As normas do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa envolvendo seres humanos conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de foram observadas e aplicadas em todas as fases. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) após serem informados sobre a garantia de anonimato, privacidade e utilização dos resultados somente para fins científicos.

RESULTADOS

Destaca-se que os gestores de saúde possuem clareza na compreensão quanto aos objetivos e a importância do Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal. Evidencia-se por meio dos depoimentos, o reconhecimento de objetivos como: cuidado com a gestante e recém-nascido a fim de evitarem o óbito, melhoria da assistência prestada às gestantes, investigação do óbito em evitável ou não e o reconhecimento da principal causa do óbito.

O comitê é de extrema importância, o objetivo é desenvolver metas e descobrir as principais causas e assim trabalhar por cima dos resultados principalmente na assistência prestada (E8).

Muito importante, por cuidar e vigiar a gestante para não virem ao óbito ela e ou o bebê (E7).

O comitê atualiza e organiza o serviço da região e contribui para a diminuição do óbito, através de uma investigação correta (E6).

Ajuda na conclusão da vigilância do óbito, e decide se é evitável ou não (E5).

É de fundamental importância para levantarmos os dados e propor mudanças na política da saúde. O objetivo é conhecer o diagnostico real dos óbitos (E3).

Além disso, nota-se que os entrevistados consideram que o Comitê atua positivamente nos municípios, pois contribui para prevenção de óbitos, melhora os índices de saúde e favorece à troca de informações entre os profissionais, conforme os depoimentos a seguir.

O comitê pode contribuir positivamente principalmente na prevenção destes óbitos (E6).

Ao vigiar constantemente os óbitos, podem contribuir para diminuição dos mesmos, melhorando índices e a saúde do município (E8).

Na prevenção do óbito devido a investigação (E7).

Prevenção do óbito e troca de experiências (E5).

Implementação de políticas novas (E2).

Além disso, há problemáticas quanto aos recursos financeiros que são escassos, que se dá pelo não reconhecimento das esferas estadual e nacional sobre a importância do trabalho do comitê, como relata o entrevistado E1. Ainda, os problemas de logística são os mais citados pelos participantes.

Recursos humanos e financeiros, principalmente por que os recursos são insuficientes. Dificuldade no transporte e pelos membros possuem diversas atividades (E7).

Falta o comitê ser reconhecido nas esferas estadual e nacional, e também falta se tornar um órgão do governo, para terem recursos financeiros e incentivos e assim atuarem de maneira plena. Horário da reunião, pois os profissionais estão em horário de trabalho e tem diversas atividades para realizarem no dia a dia, pois não são somente representantes do óbito, mas geralmente, são também representantes do hospital e do PFS. Falta logística (E1).

Logística, planejamento e demandas internas urgentes e desprogramadas (E8).

Ademais, compreende-se, também, como um entrave, a falta de divulgação do Comitê quanto às suas finalidades e objetivos. Além disso, cita-se a necessidade de capacitações dos profissionais que participam do Comitê, acrescidas ao apoio e respaldo às atividades realizadas.

Divulgação do comitê, para acesso de outras pessoas e conhecimento. A equipe em relação à gestão, estruturação da rede. Pode contribuir através das capacitações das equipes, o apoio e respaldo (E6).

Apreende-se, por tanto, que os gestores de saúde entrevistados compreendem a importância e os objetivos dos Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal. Entretanto, relatam problemas logísticos e de recursos humanos para o funcionamento integral do mesmo. Além disso, observa-se a necessidade de capacitação dos participantes e visibilidade de suas atividades para que a população e o governo entendam a importância desse trabalho.

DISCUSSÃO

No Brasil, o Relatório de auditoria do Tribunal de Contas da União (TCU) indicou que os Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal não se encontram em funcionamento em diversos estados e na maioria dos municípios. Em Minas Gerais, em 2020, havia 25 Diretorias Regionais de Saúde, em apenas 05 delas o Comitê Estadual estava em funcionamento e em contato com o Comitê Regional (TCU, 2020).

Os comitês constituem-se de forma interinstitucionais, multiprofissionais e com

caráter técnico científico, educativo e formativo. Compreende-se que sua atuação deve ser sigilosa e que sejam compostos por representantes de instituições governamentais, da sociedade civil organizada e de universidades ligadas à saúde materno-infantil (BRASIL, 2009).

A composição dos Comitês, de acordo com o Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal (BRASIL, 2009), depende das características e peculiaridades locais, em termos da organização da população e entidades existentes. Agentes envolvidos diretamente na atenção à saúde da gestante e da criança, profissionais que realizem a investigação dos óbitos e vigilância destes, e àqueles que lidam com as estatísticas vitais, além de representantes da sociedade civil devem compor os Comitês (BRASIL, 2009).

Segundo Melo *et al* (2016), o comitê possui objetivo de conferir agilidade à vigilância dos óbitos por meio das discussões de casos, identificação e busca de soluções para atenção à saúde e melhoria da informação. Neste sentido, compreende-se que mediante as discussões dos casos os Comitês buscam identificar a evitabilidade dos óbitos e propor medidas preventivas. Dessa forma, sua atuação constitui-se como instrumento de gestão, por dar visibilidade às questões de assistência materno-infantil e violência contra a mulher e da criança (LODI *et al.*, 2020).

Portanto, em conformidade com os resultados deste estudo, segundo Dutra *et al* (2015) as atribuições do comitê compreendem a investigação e análise dos óbitos, proposição de medidas de prevenção, qualificação da informação, divulgação e educação, através de ações educativas e sensibilizadoras, mediante elaboração de relatórios e boletins identificando falhas na assistência à saúde e promoção de debates e seminários que possam contribuir para a redução dos óbitos maternos, fetais e infantis.

Para que se cumpra tais objetivos, ocorrem reuniões periódicas, a fim de discutirem os casos dos óbitos maternos, fetais e infantis que ocorreram no período e distrito sanitário proposto. Nestas discussões de casos, visualiza-se todo o percurso da gestante e/ou criança dentro da rede de atenção à saúde, nos diferentes pontos de atenção. Neste sentido, são avaliadas o número de consultas de pré-natal realizados pela gestante, se estava adequado ou não; as datas e os resultados dos exames realizados; registros de sinais vitais e outros exames físicos; descrição das ocorrências e complicações; informações sobre o trabalho de parto, parto e puerpério (RUOFF *et al.*, 2018).

Em relação à criança, são discutidos os dados vitais e condições de nascimento bem como informações sobre assistência prestada na unidade de terapia intensiva neonatal até o óbito. Além disso, observa-se os aspectos socioeconômicos, a constituição e o planejamento familiar, assim como o processo de trabalho das instituições de saúde e as condutas dos profissionais de saúde (RUOFF *et al.*, 2018).

O processo de análise da evitabilidade dos casos de óbito infantil e fetal realizado pelos Comitês permite a identificação das situações que desencadearam a ocorrência desses óbitos, elaboração de recomendações e posterior devolutiva às instituições e

profissionais de saúde. Desta forma, analisa-se detalhadamente os óbitos maternos, infantis e fetais, a fim de estimular as autoridades competentes a (re)formulação de estratégias de prevenção e controle e políticas públicas específicas àquelas situações e grupos (RUOFF et al., 2018).

Para tanto, segundo Campos *et al* (2013), os gestores de saúde municipais atuam como instrumento para melhoria da qualidade dos dados sobre mortalidade, por estarem mais próximos aos componentes das esferas municipais e estaduais, podendo auxiliar na melhoria dos sistemas de informação, qualificação dos profissionais, propagação das ações dos Comitês e maiores investimentos em sua realização.

Entretanto, observa-se que as ações de vigilância em saúde ainda são pouco valorizadas como instrumento de planejamento da promoção de saúde. Nota-se baixos investimentos em recursos materiais e recursos humanos, visto que os gestores de saúde geralmente priorizam os investimentos nas ações assistencialistas e se esquecem das ações de prevenção. (MELO et al., 2016)

Segundo pesquisa realizada por Melo *et al* (2016), não há reconhecimento da atividade de vigilância do óbito pelos gestores do município, além de insuficiência de tempo para a realização da investigação dos óbitos, precariedade de recursos e de infraestrutura, ausência de comprometimento dos membros nas reuniões e também falta de capacitação dos participantes dos Comitês.

Importa ressaltar que em muitos municípios não há divulgação dos dados obtidos na vigilância do óbito e nas reuniões dos Comitês. De acordo com Lodi *et al* (2020), 63,3% dos Comitês Municipais não enviam relatórios periódicos com casos investigados e as medidas de prevenção formuladas. Além disso, 63,3% dos municípios não realizavam nenhum tipo de mobilização da sociedade a respeito da prevenção dos óbitos maternos, fetais e infantis.

Nesse panorama, compreende-se que os Comitês, em sua maioria, não enviam os dados, recomendações preventivas e outras ações realizadas para os gestores, profissionais e sociedade, o que pode ser fator causador do não reconhecimento do Comitê por estes. Ressalta-se, pois, que os mesmos exercem função essencial na prevenção e no controle da mortalidade de mulheres e crianças, por contribuírem no apontamento das melhorias que ainda precisam ser alcançadas dentro do setor saúde, a fim de atingirem as metas de redução de óbitos nesta população. Entretanto, sociedade e até mesmos profissionais que atuam na área da saúde não sabem dessa importância e de seus objetivos. (NOBREGA et al., 2019).

Compreende-se que os profissionais de saúde precisam conhecer as ações realizadas pelos Comitês, e, necessitam auxiliar nesse funcionamento no que tange ao preenchimento correto das informações em declaração de óbitos, nascimentos e outros nos sistemas de informação, pois o erro destas ou não preenchimento de informações essenciais dificulta a investigação, diagnóstico, planejamento e avaliação das ações pelos profissionais que realizam a vigilância dos dados em saúde e que posteriormente levam

esses dados às reuniões do Comitê. (NOBREGA et al., 2019).

Também, nota-se que é necessário divulgação e visibilidade das ações dos Comitês para a sociedade, mediante elaboração de ações educativas e sensibilizadoras, relatórios e boletins, promoção de debates, a fim de que reconheçam a importância dessas ações na prevenção de óbitos. Além disso, é preciso mobilização e articulação com o Poder Público, instituições e sociedade civil organizada, para garantir a execução das medidas propostas (NOBREGA et al., 2019; BRASIL, 2009).

O estudo apresentou limitações como a agenda dos gestores os quais apresentaram dificuldades em participar das entrevistas devido ao tempo limitado que lhes foi destinado devido aos seus inúmeros compromissos.

CONCLUSÃO

Percebe-se que os gestores de saúde possuem concepções claras sobre os objetivos e a importância dos Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal, entretanto, nota-se que há problemas que afetam o funcionamento destes, que muitas vezes, poderiam ser resolvidos pelos próprios gestores, como logística e recursos como meio de transporte. Ademais, há necessidade que a sociedade compreenda as funções dos Comitês e atue na participação e apoio destes.

AGRADECIMENTOS

À FAPEMIG, ao CNPq, ao PROEXT/SESu e ao Programa de Educação pelo Trabalho - PET Saúde/Vigilância em Saúde (Ministério da Saúde/ Ministério da Educação), pelo apoio financeiro à pesquisa e concessão de bolsas de estudos.

REFERÊNCIAS

BARDIN L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, pp. 229, 2011.

BRASIL Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde**. Secretária de Atenção à Saúde. Política nacional de promoção da saúde. Brasília, DF, 2007.

BRASIL Ministério da Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009

CAMPOS D, HADAD SC, ABREU DMX, CHERCHIGLIA ML, FRANÇA E. **Sistema de Informações sobre Mortalidade em municípios de pequeno porte de Minas Gerais: concepções dos profissionais de saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, 18(5):1473-1482, 2013.

DUTRA IR, ANDRADE GN, REZENDE EM, GAZZINELLI A. **Investigação dos óbitos infantil e fetal no vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil**. Rev Min Enferm. 2015 jul/set; 19(3): 597-604. DOI: 10.5935/1415-2762.20150046

LODI GSF, LIMA ED, RIBEIRO LCC, GUEDES HM. **Profile and operation of city committees for prevention of maternal, infant and fetal mortality.** Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro 2020;10/3537. <http://doi.org/10.19175/recom.v10i0.3537>

MELO CM, AQUINO TIS, SOARES MQ, BEVILACQUA PD. **Vigilância do óbito como indicador da qualidade da atenção à saúde da mulher e da criança.** Ciência & Saúde Coletiva, 22(10):3457-3465, 2017. DOI: 10.1590/1413-812320172210.19652017

MINAYO MCS. O desafio do conhecimento. **Pesquisa qualitativa em saúde.** 9ª edição revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec; 2006. 406 p. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000400030>

NOBREGA ECM, ALVES RSM, QUEIROZ DM, OLIVEIRA BN. **Desafios do Comitê de Prevenção de Mortalidade Materna e Infantil em um município Cearense.** Cadernos ESP-Revista Científica da Escola de Saúde Pública do Ceará

OLIVEIRA CM, FRIAS PG, BONFIM CV, ANTONINO VCS, NASCIMENTO JDT, MEDEIROS ZM. **Avaliação da vigilância do óbito infantil: estudo de caso.** Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 17 (4): 817-831 out. / dez., 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042017000400011>

RUOFF AB, ANDRADE SR, PICCOLI T. **The analysis process of preventable cases of child and fetal death: single-case study.** Texto Contexto Enferm, 2018; 27(4):e4030017. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018004030017>

SILVA RM, CANÇADO MSM, OLIVEIRA ESF, QUEIROZ MG. **Os sentidos do conceito de promoção da saúde na percepção dos gestores da Atenção Primária em Saúde de Goiás, Brasil.** Investigação Qualitativa em Saúde//Investigación Cualitativa en Salud//Volume 2. 2017.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **Relatório de auditoria de natureza operacional.** Brasília (DF): TCU; 2020.

OCORRÊNCIA DO CONSUMO DE ÁLCOOL POR PARTE DOS DISCENTES DE MEDICINA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATOS DE MINAS – UNIPAM

Data de aceite: 01/09/2021

Mariana Silva Vargas

Médica (UNIPAM)

Laís Moreira Borges Araújo

Professora Doutora Orientadora (UNIPAM)

Isabelle Cristina Cambraia

Médica (UNIPAM)

RESUMO: O consumo de álcool entre estudantes de Medicina se tornou assunto de grande interesse devido à alta repercussão desta prática e a importante influência da bebida alcoólica no cotidiano desses estudantes. O Objetivo do presente trabalho foi determinar a ocorrência do consumo de álcool por universitários do curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM. Obteve-se uma amostra de 209 estudantes regularmente matriculados em todos os anos do curso e aplicou-se questionário socioeconômico juntamente com o questionário Audit e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Constatou-se alta prevalência no consumo de álcool entre os estudantes (74%), porém somente 4,3% dos alunos que fazem uso de bebida alcoólica encontram-se na zona risco para consumo nocivo/dependência.

PALAVRAS-CHAVE: Estudantes de Medicina; Consumo de Álcool; Audit.

OCCURRENCE OF ALCOHOL CONSUMPTION BY THE MEDICAL STUDENTS OF THE UNIVERSITY CENTER OF PATOS DE MINAS - UNIPAM

ABSTRACT: The consumption of alcohol among medical students became the subject of great interest due to the high repercussion of this practice and an important influence of the non-daily alcoholic beverage of the students. Objective of the work developed to determine the occurrence of alcohol consumption in college students of the University of Patos de Minas - UNIPAM. A sample of 209 students enrolled in all the years of the course were obtained and a socioeconomic questionnaire was applied together with the questionnaire Audit and the Free and Informed Consent Term. There was a high prevalence of alcohol consumption among students (74%), but only 4.3% of students who use alcoholic beverages are in a risk zone for dependence/ harmful consumption.

KEYWORDS: Medical students; Alcohol consumption; Audit.

1 | INTRODUÇÃO

O consumo de álcool entre estudantes de Medicina se tornou assunto de grande interesse devido à alta repercussão desta prática e a importante influência da bebida alcoólica no cotidiano desses estudantes. Por ser prática bastante aceita socialmente e, muitas vezes, bem vista entre os colegas de turma, a iniciação no consumo de álcool é praticamente inevitável.

Os motivos que levam os estudantes ao consumo de álcool, por vezes excessivo, são muito diversos. Variam desde a imaturidade pela pouca idade, à simples e pura vontade de aproveitar o estupor que a substância proporciona. Porém, na maioria das vezes, o consumo de álcool vem como forma de mascarar as inúmeras frustrações, excesso de responsabilidades, carga horária extensa, saudades de casa, já que muitos saem de suas cidades e até mesmo do país para realizarem a graduação. É muito utilizado, também, no início do curso como forma de interagir com o grupo nas festas promovidas pelos próprios colegas de turma e colegas de turmas a frente (ROCHA et al., 2011; BRASÍLIA, 2010; PEUKER, FOGAÇA E BIZARRO, 2006).

Passados os primeiros momentos de aceitação e formação de grupos de afins, os alunos começam a evoluir no curso e com isso vem o conhecimento sobre a dura realidade da medicina praticada no Brasil. A falta de condições básicas para os atendimentos, até mesmo nas Unidades de Atenção Primária a Saúde (UAPS), o sofrimento e aflição constante dos pacientes, as condições socioeconômicas degradantes da população que faz uso do SUS e o biopsicossocial patológico que envolve muitas das famílias, acaba sendo, para alguns alunos, um choque muito grande de realidade. Então, consciente ou inconscientemente, tenta-se diluir com o álcool, as frustrações (CATALDO NETO; GAUER; FURTADO, 2003).

Tendo em vista que o consumo de álcool por universitários pode extrapolar os níveis de aceitação e normalidade, a realização de estudos que investiguem os fatores de risco para esse consumo faz-se necessária. Em nossa realidade, mesmo após três turmas de médicos graduados pelo Centro Universitário de Patos de Minas, não temos, ainda, nenhum dado concreto sobre o que pode ser um “problema invisível” no dia a dia do estudante de medicina e posteriormente do médico que esse aluno se tornará no futuro. Desse modo, o objetivo deste estudo foi determinar a ocorrência do consumo de álcool por universitários do curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM.

2 | METODOLOGIA

O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM sob o parecer substanciado nº 1.526.059 em 03/05/20216.

Realizou-se um estudo descritivo, com abordagem quantitativa e de corte transversal. A coleta de dados foi realizada nas dependências do Centro Universitário de Patos de Minas - UNIPAM, na cidade de Patos de Minas/MG. A amostra foi composta por 209 estudantes, de ambos os sexos, matriculados e frequentes no curso de Medicina. Utilizou-se como critérios de exclusão ou perda: a recusa em assinar o termo de consentimento livre e esclarecido; não responder todos os questionários; não estar presente durante a aplicação dos questionários ou se encontrar em licença escolar.

Para a coleta dos dados foram utilizados os seguintes instrumentos: questionário para avaliação das variáveis sociodemográficas e um questionário para identificação de desordens devido ao uso de álcool.

O instrumento utilizado para avaliar o consumo de álcool foi o Audit (Alcohol Use Disorders Identification Test), um questionário composto por dez perguntas desenvolvidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como método para rastreio do consumo nocivo de álcool, bem como da dependência do mesmo. As três primeiras perguntas mensuram a quantidade e frequência do uso regular ou ocasional do álcool; as três seguintes investigam os sintomas de dependência; e as quatro últimas se referem a problemas recentes na vida do indivíduo relacionados ao consumo de álcool. O Audit apresenta as “zonas de risco” que se relacionam com o intervalo de pontuação que varia de 0 a 40 pontos, onde a zona I ou padrão de beber de baixo risco refere-se a indivíduos que pontuam de 0 a 7. A zona II ou padrão de médio risco são aqueles que pontuam de 8 a 15. Aqueles que alcançam uma pontuação de 16 a 19 pontos encontram-se na zona III e apresentam um uso nocivo, já aqueles que pontuarem de 20 a 40 pontos situam-se na zona IV com uma provável dependência (MORETTI-PIRES; CORRADI-WEBSTER, 2011).

A aplicação dos questionários ocorreu entre maio e junho de 2016. Os questionários foram distribuídos individualmente, juntamente com o termo de consentimento livre e esclarecido, após breve explicação sobre o estudo, em que foram expostos os objetivos da pesquisa. Garantiu-se a manutenção do anonimato e ressaltou-se que o preenchimento era voluntário. Os questionários foram aplicados pela pesquisadora e colaboradora da pesquisa e sempre em datas e horários em que não houvesse aulas, provas ou atividades avaliativas. Após a aplicação dos questionários, as informações coletadas foram transferidas para o banco de dados utilizando-se o programa estatístico *Statistical Package for the Social Science* (SPSS®) versão 21.0, para avaliar as variáveis de interesse.

3 | RESULTADOS

A amostra populacional do presente estudo foi composta por 381 estudantes, distribuída entre o primeiro e o sexto anos. Desta população, 172 acadêmicos foram excluídos e perdidos pelos critérios de exclusão descritos na Metodologia. Assim, os resultados expressos na sequência correspondem a 209 estudantes (54,85%), com idade média de $22,64 \pm 3,74$ anos, variando de 17 a 38 anos, sendo 71,8% do sexo feminino e 28,2% do sexo masculino. Dos 209 estudantes participantes da pesquisa 21,1% encontravam-se regularmente matriculados no 1º ano, 23% no 2º ano, 14,8% no 3º ano, 23,4% no 4º ano, 16,4% no 5º ano e 1,4% no 6º ano.

Em relação às zonas de risco do Audit, identificou-se que 71,77% dos estudantes fazem uso de baixo risco, ou seja, dentro dos limites preconizados pela OMS e apenas 4,3% dos estudantes fazem uso nocivo da bebida (Tabela 1).

| AUDIT | n (209) | % |
|----------|---------|-------|
| Zona I | 150 | 71,77 |
| Zona II | 50 | 23,92 |
| Zona III | 6 | 2,87 |
| Zona IV | 3 | 1,43 |

Tabela 1 – Distribuição da amostra de acordo com as Zonas de Risco do Audit: Zona I ou padrão de beber de baixo risco - 0 a 7 pontos; Zona II ou padrão de médio risco - 8 a 15 pontos; Zona III ou uso nocivo - 16 a 19 pontos; Zona IV ou provável dependência - 20 a 40 pontos.

Em relação às correlações entre os grupos de estudantes dos anos analisados e a pontuação das zonas de risco do Audit não houve diferença significativa (Teste de Kruskal-Wallis com comparação múltipla de Dunn ($p > 0,05$)), e não houve correlação do Audit com a idade e sexo dos estudantes (Correlação de Sperman). Sendo que nas correlações por ano, os alunos do 6º ano não foram considerados pelo número de participantes (Gráfico 1 e 2).

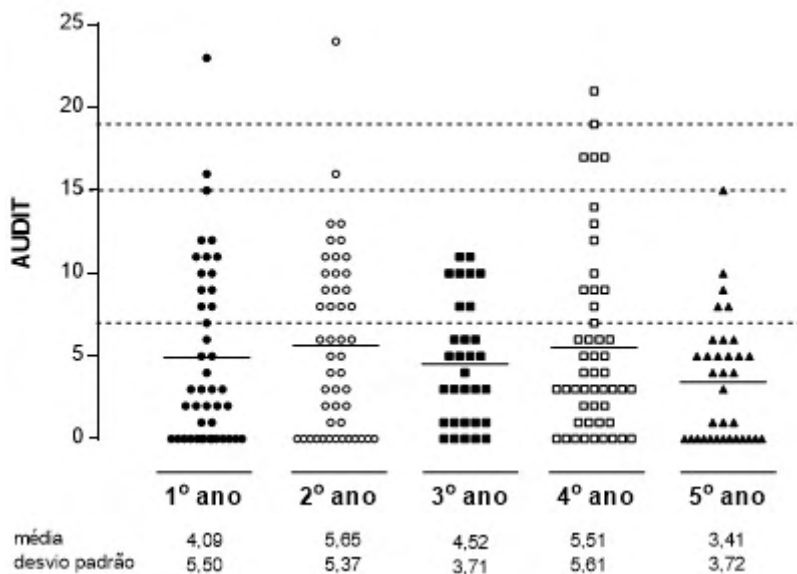


Gráfico 1 – Correlação Audit e anos do curso (Teste de Kruskal-Wallis com comparação múltipla de Dunn ($p > 0,05$)).

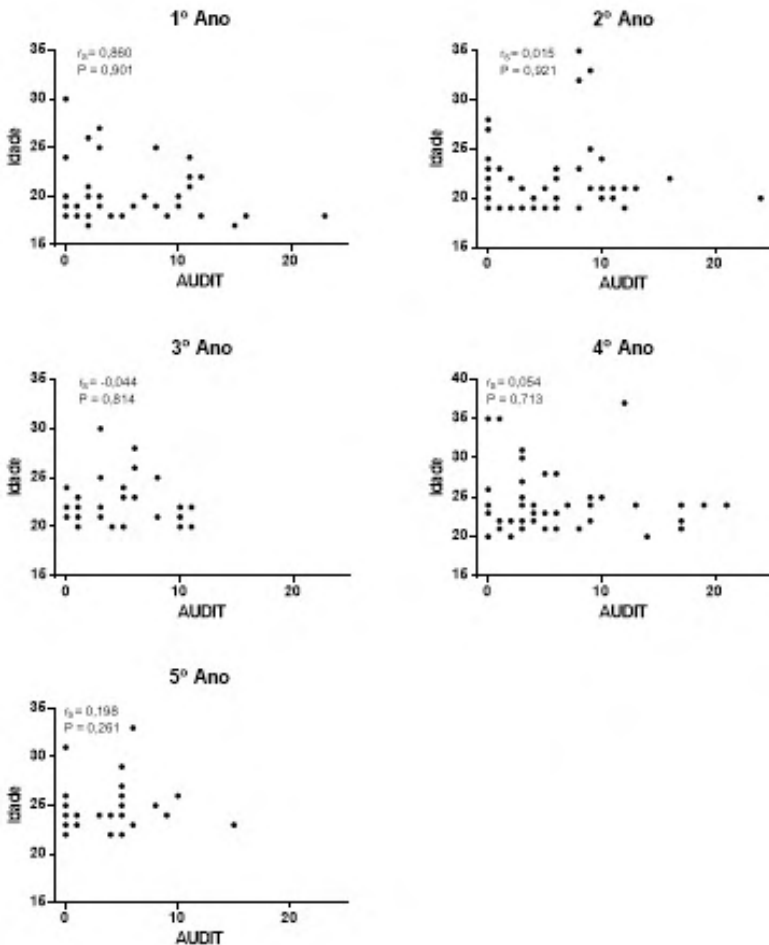


Gráfico 2 – Correlação Audit e idade dos participantes por ano (Correlação de Spermán).

4 | DISCUSSÃO

Para os estudantes da área da saúde, o consumo crônico de bebidas alcoólicas deve possuir um enfoque diferenciado, pois esses serão os profissionais que servirão de veículo para a propagação das noções básicas em saúde para a população, ainda durante a graduação. Esta questão é ainda mais preocupante com os estudantes de Medicina, pois poderão adquirir graus de dependência da substância, o que poderá prejudicar o julgamento e a habilidade de interferir no momento certo com relação aos pacientes também dependentes, por presumir “aceitáveis”, quantidades já patológicas de ingestão de álcool (ROCHA et al., 2011).

No presente estudo, cerca de 74% dos estudantes de medicina pesquisados fazem uso de bebida alcoólica e cerca de 26% deles se abstêm do uso. Dados semelhantes foram encontrados em trabalhos feitos na Faculdade de Medicina da Universidade Federal

de Uberlândia (66,34%) (PADUANI et al., 2008) e em outro trabalho feito com duas outras escolas de medicina do estado de Minas Gerais, uma pública e outra privada (63,6%) (ROCHA et al., 2011). De todos os participantes usuários do curso de medicina do Centro Universitário de Patos de Minas, apenas 4,3% estão em risco ou são prováveis dependentes da substância (zona III e IV), dado que vai de encontro com a literatura e mais além, pois na pesquisa de Rocha et al. (2011) esse valor esteve em torno de 1,9%.

Com relação à faixa etária dos acadêmicos, notou-se certa precocidade no momento de entrada na universidade, vez que, contabilizando todos os participantes de todos os períodos do curso, a idade média foi de 22,6 anos. A precocidade se dá pela dificuldade que o aluno tem de adentrar à universidade devido a alta concorrência do curso, então partindo do pressuposto de que a maioria necessita em média de um a dois anos a mais pós ensino médio, 22,6 anos e dentro do curso de medicina é uma idade bastante precoce. Dado esse, que é confirmado na literatura, mostrando um padrão de adultos muito jovens dentro da universidade.

Segundo Gabriel et al. (2004), o despreparo psicológico da pouca idade é um dos principais fatores para que o jovem deixe-se levar pelo consumo desenfreado de álcool, porém não foi o padrão encontrado nesse estudo, pois 71,77% dos alunos possui baixíssimo risco para dependência, pontuando o AUDIT entre 0 e 7, ficando na zona I de risco para dependência. Houve predominância significativa de mulheres sobre homens (71,8% e 28,2% respectivamente), porém não houve correlação significativa com o AUDIT devido à discrepância de número entre ambos os sexos.

5 | CONCLUSÃO

O presente estudo avaliou a prevalência do consumo de bebidas alcoólicas entre 209 estudantes de Medicina de uma instituição privada do interior do sudoeste de Minas Gerais. Verificou-se estatisticamente alta prevalência do consumo sendo que 73,7% dos estudantes fazem o uso em algum grau da bebida. Porém, apesar da alta prevalência apenas 4,4% têm um padrão de consumo considerado de risco ou de dependência do álcool (zonas III e IV). Os outros 69,3% encontram-se nas zonas I e II, beneficiando-se das informações básicas de consumo e riscos, mas permanecendo na faixa de aceitação da normalidade.

Algumas dificuldades foram encontradas ao longo da pesquisa, como por exemplo o número de alunos participantes. Devido aos horários muito discrepantes, apesar de ter havido significância na amostra, não houve quantidade de questionários respondidos suficientes para comparação entre turmas e comparação entre as próprias respostas. Portanto os pesquisadores optaram por discutir apenas as questões sociodemográficas relevantes e a inserção do grupo como um todo nas zonas de risco do AUDIT.

Há a sugestão de novo desenvolvimento da metodologia por novos pesquisadores,

para que uma gama maior de dados seja alcançada e um delineamento mais detalhado seja definido.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, Felipe Lacerda et al. **Uso de Álcool entre Estudantes de Medicina da Universidade Federal do Maranhão**. *Revista Brasileira de Educação Médica*, São Paulo- Sp, v. 37, n. 1, p.89-95, mar. 2013.

BRASÍLIA. Arthur Guerra de Andrade. Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (Org.). **I LEVANTAMENTO NACIONAL SOBRE O USO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS DROGAS ENTRE UNIVERSITÁRIOS DAS 27 CAPITAIS BRASILEIRAS**. Brasília, 2010. 282 p. Publicação elaborada pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad) - Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (Obid) em parceria com o Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas – GREA/IPQ-HC/FMUSP.

CATALDO NETO, Alfredo; GAUER, Gabriel José Chittó; FURTADO, Nina Rosa (Org.). **Psiquiatria para estudantes de medicina**. Porto Alegre - Rs: Edipucrs, 2003. 945 p.

CENTRO DE INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE E ÁLCOOL (CISA) (Ed.). **O que é alcoolismo?** Disponível em: <<http://cisa.org.br/artigo/4010/-que-alcoolismo.php>>. Acesso em: 24 fev. 2016.

CENTRO DE INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE E ÁLCOOL (CISA) (Ed.). **Relatório Global sobre Álcool e Saúde - 2014**. Disponível em: <<http://www.cisa.org.br/artigo/4429/relatorio-global-sobre-alcool-saude-2014.php>>. Acesso em: 24 fev. 2016.

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATOS DE MINAS - UNIPAM (Patos de Minas - Mg) (Ed.). **Apresentação**. Disponível em: <<https://www2.unipam.edu.br/apresentacao>>. Acesso em: 24 fev. 2016

GABRIEL, Sthefano A. et al. **Consumo de álcool e drogas ilícitas entre estudantes de medicina, biologia e enfermagem**. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, Sorocaba, v. 6, n. 2, p.30-37, set. 2004.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas S.a., 202. 176 p.

MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio; CORRADI-WEBSTER, Clarissa Mendonça. **Adaptação e validação do Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) para população ribeirinha do interior da Amazônia, Brasil**. *Cadernos de Saúde Pública*, [s.l.], v. 27, n. 3, p.497-509, mar. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2011000300010>.

PADUANI, Gabriela Ferreira et al. **Consumo de álcool e fumo entre os estudantes da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia**. *Revista Brasileira de Educação Médica*, [s.l.], v. 32, n. 1, p.66-74, mar. 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0100-55022008000100009>.

PAI-PAD PROGRAMA DE AÇÕES INTEGRADAS PARA PREVENÇÃO E ATENÇÃO AO USO DE ÁLCOOL E DROGAS NA COMUNIDADE (Ribeirão Preto). Hcrp-fmrp-usp (Ed.). **Sobre o AUDIT**. Disponível em: <http://paipad.fmrp.usp.br/servicos/treinamento/instrucao_audit.php>. Acesso em: 27 fev. 2016.

PEUKER, Ana Carolina; FOGAÇA, Janaina; BIZARRO, Lisiane. **Expectativas e Beber Problemático entre Universitários. Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 22, n. 2, p.193-200, maio/ago. 2006.

ROCHA, Leandro Augusto et al. **Consumo de Álcool entre Estudantes de Faculdades de Medicina de Minas Gerais, Brasil**. Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro - RJ, v. 35, n. 3, p.369-375, 2011.

PLANILHA VIRTUAL APRIMORA CONTABILIDADE DAS RECEITAS E DESPESAS DE SAÚDE

Data de aceite: 01/09/2021

Rosangela lanes

UNICENTRO e UCP
Nova Tebas-PR

Luana Carla Tironi de Freitas Giacometti

UNICESUMAR
ORCID: 0000-0003-4127-3446
<http://lattes.cnpq.br/6501165117736306>

Marcia Regina Rossi

Clodoaldo Fernandes dos Santos

Marcelo Fontes da Silva

UNIDERP E Universidade Federal de Mato
Grosso do Sul
Campo Grande – MS
<http://lattes.cnpq.br/6296506905284783>

RESUMO: A unificação dos blocos federais de financiamento, representou um grande avanço ao desengessar a aplicação de recursos em saúde. Porém, trouxe aos municípios um novo desafio: o de aprimorar registros contábeis e controles internos para garantir que, ao final de cada exercício, os recursos aplicados reflitam adequadamente a vinculação definida em cada programa de trabalho do orçamento municipal. Com esse objetivo, foi desenvolvido uma planilha virtual para registro das despesas da área de saúde. Acessada por meio de um link e hospedada em uma plataforma gratuita, é subdividida em páginas, nas quais são registradas receitas federais de custeio e capital,

receitas estaduais de custeio e capital, despesas de custeio e capital e relatórios detalhados e resumidos.

PALAVRAS-CHAVE: Execução Orçamentária.

VIRTUAL WORKSHEET IMPROVES ACCOUNTING OF HEALTH REVENUES AND EXPENSES

ABSTRACT: The unification of the federal funding blocks represented a great advance in easing the application of resources in health. However, it brought to municipalities a new challenge: that of improving accounting records and internal controls to ensure that, at the end of each fiscal year, the resources applied adequately reflect the link defined in each municipal budget work program. For this purpose, a virtual spreadsheet was developed to record healthcare expenses. Accessed through a link and hosted on a free platform, it is subdivided into pages, in which federal costing and capital income, state costing and capital income, costing and capital expenses, and detailed and summarized reports are recorded.

KEYWORDS: Budget Execution.

Com a unificação dos blocos federais de financiamento por meio da Portaria nº 3.992 de 28/12/2017, dificultou o processo de trabalho da contabilidade dos municípios, pois não conseguiriam mais separar as receitas advindas do governo federal. Com isso sentiu-se a necessidade da utilização de uma planilha onde a gestão municipal conseguisse visualizar,

organizar e manter atualizada as contas das receitas e despesas da saúde, visto que com a unificação o mesmo não poderia ser feito devido à distribuição dos recursos serem em contas únicas, tanto custeio como capital. Lembrando que no final de cada exercício os grupos de ações deverão refletir a vinculação que foi definida em cada programa de trabalho de orçamento municipal, bem como os mesmos devem constar na Programação Anual de Saúde e Plano Municipal de Saúde.

Para gerenciar as receitas e despesas utiliza a Planilha de Gerenciamento Financeiro, elaborada para vinculação aos programas e diretrizes dos instrumentos de gestão municipal, proporcionando uma gestão financeira do serviço de saúde municipal.

A Planilha de Gerenciamento Financeiro é utilizada por meio de um link que dá o acesso a planilha on-line do Google, sendo um recurso gratuito e que é utilizado e subdividido por páginas onde pode ser alocado o orçamento, receitas federais de custeio e capital; Receitas estaduais de custeio e capital; Despesas de custeio e capital; E relatórios detalhados e resumidos. A gestão municipal vincula a despesa com o orçamento e a diretriz da Programação Anual de Saúde que aquela despesa se refere. Com isso fazendo o processo de gerenciamento financeiro.

Os resultados advindos com a utilização da Planilha de Gerenciamento Financeiro, foi um olhar diferenciado a todas as diretrizes do Plano Municipal de Saúde, pois notou-se a melhor execução das metas pactuadas bem como os objetivos estipulados, além da fácil visualização e alocação dos dados na mesma, facilitando assim o processo contábil, financeiro e da gestão. A planilha além de dar um diagnóstico dos gastos em saúde, conseguiu realizar o encontro de contas e a compatibilização dos instrumentos de gestão fiscal.

Verificou-se que após a utilização da Planilha, tivemos um grande benefício para conclusão de exercício, pois se consegue fazer um maior controle orçamentário e financeiro. Em análise dos gastos apresentados pela Planilha, o Município foi responsável por 50,3%, o Estado por 10,5% e o Governo Federal por 39,2% dos custos da AB, assim como o município também custeou 84% dos gastos da média complexidade. Desta forma, a gestão municipal terá subsídios de discussões para um financiamento tripartite.

PRIMEIROS SOCORROS: UM PROJETO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Data de aceite: 01/09/2021

Data de submissão: 04/08/2021

Eduardo Fardin

Universidade Luterana do Brasil (ULBRA)
Canoas – Rio Grande do Sul
<http://lattes.cnpq.br/2401105263152332>
<https://orcid.org/0000-0003-0834-1670>

Ana Paula Poletto

Universidade Luterana do Brasil (ULBRA)
Canoas – Rio Grande do Sul
<http://lattes.cnpq.br/6562595126571314>

Afonso Alencar de Souza Seganfredo

Universidade Luterana do Brasil (ULBRA)
Canoas – Rio Grande do Sul
<http://lattes.cnpq.br/5768295560285642>

Daniele Soares Feijó de Barros

Universidade Luterana do Brasil (ULBRA)
Canoas – Rio Grande do Sul
<http://lattes.cnpq.br/2985959127081682>

Gabriel Lottici

Universidade Luterana do Brasil (ULBRA)
Canoas – Rio Grande do Sul
<http://lattes.cnpq.br/7651156858693141>

Míria Elisabete Bairros de Camargo

Universidade Luterana do Brasil (ULBRA)
Canoas – Rio Grande do Sul
<http://lattes.cnpq.br/4072704510387488>

RESUMO: Introdução: Os primeiros socorros são definidos como um atendimento temporário

e imediato de uma pessoa que está ferida ou que adocece repentinamente. Entretanto, o conhecimento dessas técnicas básicas ainda é pouco difundido. Assim, investir em projetos de educação em saúde é importante, principalmente aqueles que envolvem o público jovem.

Objetivos: Orientar os alunos a respeito das técnicas básicas de primeiros socorros, voltadas aos principais agravos de saúde que podem ser presenciados. **Métodos:** Realizou-se uma pesquisa-ação sobre o tema, tendo como público alvo 22 alunos do Terceiro ano do Ensino Médio do Colégio ULBRA – São Lucas. As ações foram realizadas em quatro etapas virtuais: (i) aplicação de um questionário inicial; (ii) produção de um podcast; (iii) produção de um vídeo educativo com técnicas de primeiros socorros; (iv) aplicação de um questionário final relativo ao tema do projeto e feedback da ação. **Resultados:** Verificou-se que a maioria dos participantes no questionário pré-projeto demonstrou um conhecimento conceitual. Entretanto, percebeu-se que os saberes são insuficientes para a realização de procedimentos em casos de parada cardiorrespiratória (29,4% responderam corretamente) e sangramento nasal (10,8% responderam corretamente). Já no questionário pós-projeto, observou-se o aprendizado e o progresso dos participantes, tendo em vista que a grande maioria demonstrou não só compreensão da importância do tema, mas também frente às situações que exigiam primeiros socorros. **Considerações Finais:** Constata-se uma grande desinformação sobre os primeiros socorros e procedimentos que podem ser desenvolvidos por indivíduos minimamente capacitados. A garantia de se ter

pessoas preparadas e informadas sobre como proceder num momento em que ocorre um agravo de saúde é um dos principais motivos de relevância deste projeto. Percebeu-se que a intervenção educativa foi eficaz para aumentar o conhecimento dos alunos, preparando-os para prestar socorro às vítimas. Porém, ressalta-se a necessidade da realização contínua de treinamentos de SBV com os estudantes.

PALAVRAS-CHAVE: Educação em Saúde. Emergência. Primeiros Socorros. Saúde.

FIRST-AID: A HEALTH EDUCATION PROJECT

ABSTRACT: Introduction: First-Aid is defined as a immediate and temporary care of an injured or a suddenly ill person. However, the knowledge of these basic techniques is not yet common practice. Therefore, investing in health education projects is important, mainly those that involve the young public. **Objectives:** Guide students about basic first-aid techniques, focusing on the main health issues that can be faced. **Methods:** an action-search about the project was performed, having as object of study 22 Third Year students of High School at Colégio ULBRA – São Lucas. The study was developed in four virtual steps: (I) the application of an initial questionnaire; (II): the production of a podcast; (III): the production of an educational video with first-aid techniques; (IV) the application of a final questionnaire on the project subject and an action feedback. **Results:** it was verified that most of subjects on the pre-project questionnaire demonstrated a conceptual knowledge. Nevertheless, it was concluded that the known information was insufficient for the correct procedure in cases of cardiorespiratory arrest (29,4% answered correctly) and nose bleeding (10,8% answered correctly). Then, on the post-project questionnaire, it was revealed positive progress and learning of the subjects, giving that the great majority demonstrated not only comprehension of the subject importance, but also about the situations that demanded first-aid care. **Final Considerations:** It states a great misinformation about first-aid procedures that can be done by minimally capable individuals. The guarantee of having informed and prepared personal on how to proceed in a major health situation is the main relevance point of this project. It was realized that the educational intervention was effective to raise student knowledge, preparing them to give medical assistance to victims. Yet, the need of continuous BLS training with students is highlighted.

KEYWORDS: Health Education. Emergencies. First Aid. Health.

1 | INTRODUÇÃO

Os primeiros socorros são definidos como um atendimento temporário e imediato de uma pessoa que está ferida ou que adocece repentinamente, bem como, se insere o atendimento no domicílio quando não se pode ter acesso a uma equipe de resgate ou enquanto os profissionais de emergência médica não chegam ao local (HAFEN et al., 2013). Entretanto, apesar de sua grande importância, o conhecimento dessas técnicas básicas ainda é pouco espalhado entre a população, deixando assim prevalecer o desconhecimento sobre esse tema.

A capacitação do leigo para o atendimento precoce em situações de emergência

e instituição do suporte básico de vida (SBV) é fundamental para salvar vidas e prevenir sequelas (PERGOLA; ARAÚJO, 2008), sendo esta a melhor maneira de reduzir os índices de traumas e óbitos vivenciados na atualidade, visto que o Brasil deixa a desejar quando se refere ao atendimento à saúde (MIYADAHIRA et al., 2008). Dessa forma, investir em projetos de educação em saúde é importante, principalmente os projetos que envolvem o público jovem, uma vez que se tornarão adultos com capacidade de auxiliar em situações de agravos de saúde.

Considerando esse contexto, este trabalho tem como objetivo orientar os alunos a respeito das técnicas básicas de primeiros socorros, voltadas aos principais acidentes/agravos de saúde que podem ser presenciados. Além disso, busca-se demonstrar a importância do conhecimento do assunto e acionamento dos serviços de emergência, bem como despertar a autonomia dos estudantes para a realização das técnicas básicas de primeiros socorros.

2 | METODOLOGIA

Para o alcance dos objetivos propostos, o projeto baseou-se em uma pesquisa-ação sobre o tema “primeiros socorros”, tendo como público alvo 22 alunos do terceiro ano do ensino médio do Colégio ULBRA – São Lucas, escola da rede particular localizada em Sapucaia do Sul/RS. A escolha da instituição de ensino se deu pelo fato de uma das autoras desse projeto conhecer a diretoria da escola e pelo fato de o colégio pertencer a rede mantenedora da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA).

A coleta de dados foi realizada por meio de dois questionários aplicados virtualmente aos alunos, pela plataforma Google Forms, a fim de verificar os conhecimentos sobre as técnicas primeiros socorros. Primeiramente, foi aplicado um questionário prévio sobre o assunto antes das atividades que seriam realizadas, com o objetivo de diagnosticar o conhecimento preexistente dos alunos (Figura 1). E, após a exibição do vídeo educativo e podcast que complementaram o projeto, foi realizado, novamente, um outro questionário elaborado pelos integrantes do estudo, sobre técnicas de primeiros socorros e acionamento dos serviços de urgência e emergência (Figura 2).

O desenvolvimento das atividades programadas ocorreu entre os meses de outubro e novembro de 2020, conforme a disponibilidade de horários da escola. As atividades tiveram uma abordagem audiovisual, visando orientar os alunos quanto a realização de primeiros socorros e o projeto de educação em saúde que foi realizado conforme a seguinte organização:

A primeira etapa foi a aplicação de um questionário padronizado com perguntas que serão discutidas nos passos posteriores. A segunda etapa era o envio de um podcast sobre o conceito, importância dos primeiros socorros, acionamento de serviços de urgência e emergência e prevenção de acidentes. A terceira etapa se constituiu pela exibição de

um vídeo educativo com técnicas de primeiros socorros, que complementou os assuntos tratados no podcast, sobre cuidados nas situações de desmaio, sangramento nasal, abordagem inicial a parada cardiorrespiratória - PCR -, entre outras. E a última etapa foi composta pela aplicação de um novo questionário padronizado (entre 10 e 15 questões objetivas) com perguntas referentes ao tema do projeto e avaliação dos alunos sobre as atividades desenvolvidas.

| QUESTÕES |
|---|
| <p>1) Sobre os primeiros socorros, marque a afirmativa correta: A) É definido como um atendimento imediato e realizado por pessoas qualificadas. B) O conhecimento das técnicas de primeiros socorros é importante, mas não substitui o atendimento de uma equipe de saúde. C) Os primeiros socorros objetivam preservar a vida, evitar maiores complicações e são realizados de acordo com a vontade de ajudar do socorrista. D) Não sei informar.</p> <p>2) Por que é importante ter conhecimentos de Primeiros Socorros? A) Para se automedicar em caso de acidente ou agravo de saúde. B) Para saber o que fazer em casos de acidentes, protegendo as vítimas contra males maiores. C) Para dispensar o socorro médico especializado. D) Não sei informar.</p> <p>3) Assinale abaixo a alternativa que corresponde corretamente ao serviço de emergência e o número de telefone: A) SAMU 190; Bombeiros 192; Polícia Militar 193. B) SAMU 192; Bombeiros 193; Polícia Militar 190. C) SAMU 193; Bombeiros 190; Polícia Militar 192. D) Não sei informar.</p> <p>4) Se você não tiver realizado um curso na área de saúde, então não pode prestar socorro em caso de acidentes? A) Correto. B) Falso. C) Não sei informar.</p> <p>5) Ao auxiliar uma vítima de acidente, a primeira preocupação é: A) A segurança da vítima. B) A vida da vítima. C) Sua própria segurança. D) Não sei informar.</p> <p>6) Ao observar uma pessoa tendo convulsões deve-se: A) Não intervir, pois a convulsão passa espontaneamente. B) Pedir ajuda de outras pessoas e tentar imobilizá-la. C) Abrir a boca da vítima e segurar a língua com os dedos, com o objetivo de evitar que ela seja mordida. D) Proteger a cabeça contra traumas e virá-la de lado em caso de secreções e vômitos. E) Não sei informar.</p> <p>7) Os desmaios ocorrem pela diminuição de sangue no cérebro, que pode ser causada por falta de alimentação, fadiga, permanência em lugares abafados, emoção forte ou perda de sangue. Em caso de desmaio, os procedimentos de primeiros socorros que devem ser realizados são: A) Aplicar compressa fria ou saco de gele sobre a pele da vítima. B) Colocar a vítima deitada no chão (com a barriga para cima – decúbito dorsal) com os pés ligeiramente elevados. C) Aguardar o socorro especializado. D) Não sei informar.</p> <p>8) Você se depara com uma pessoa que caiu no chão, ela não responde, não respira e não tem pulso. Nessa situação que exige os primeiros socorros, você deve: A) Tentar acordar a vítima e acionar o socorro. B) Iniciar imediatamente as compressões torácicas (procedimento de reanimação). C) Não fazer nada até chegar o socorro, pois qualquer atitude pode piorar o estado de saúde da vítima. D) Não sei informar.</p> <p>9) Ao presenciar um acidente envolvendo motociclista, você decide auxiliar com procedimentos de primeiros socorros. O procedimento adequado é: A) Remover o capacete para facilitar a respiração. B) Ajudar o motociclista a se levantar para acomodá-lo melhor. C) Aguardar o socorro especializado e não remover o capacete. D) Não sei informar.</p> <p>10) Os primeiros socorros compreendem uma série de medidas que podem minimizar danos e evitar agravamento de situações problema. Em relação aos procedimentos em casos de sangramento nasal, é correto afirmar: A) Inclinar a cabeça da vítima para trás, pois chegará menos sangue no local de hemorragia. B) Orientar a vítima para apertar a narina que está sangrando. C) Deitar a vítima para facilitar a respiração e não permitir que ela assoe o nariz. D) Não sei informar.</p> |

Figura1. Questionário Pré-Teste.

QUESTÕES

- 1) **Ao se deparar com um acidente/atropelamento, qual deve ser a sua primeira atitude?** A) Levantar a vítima imediatamente. B) Chacoalhar a vítima para acordá-la. C) Manter a calma e ligar para o socorro (SAMU – 192). D) Conduzir a vítima até o automóvel mais próximo e levá-la para atendimento o mais rápido possível.
- 2) **Em uma vítima adulta consciente, apresentando obstrução completa das vias aéreas (engasgo), causadas por corpo estranho, deve-se:** A) Checar o pulso. B) Fazer massagem cardíaca. C) Efetuar a Manobra de Heimlich (técnica que abraça a vítima pelas costas com as mãos na “boca do estômago”). D) Dar vários tapas nas costas da vítima.
- 3) **Marque a alternativa INCORRETA sobre os sinais de uma parada cardiorrespiratória (PCR):** A) Dilatação nas pupilas. B) Pulso normal. C) Coloração arroxeada da pele e lábios. D) Perda de consciência.
- 4) **Após presenciar um acidente entre um carro e uma moto, você percebe que pode prestar os primeiros socorros ao motociclista caído na pista. Ao chegar perto dele você deve, primeiro:** A) Tirar o capacete para que ele possa respirar. B) Começar manobra de ressuscitação cardiopulmonar (RCP). C) Apenas verificar se ele está respirando, checar se está consciente, se ele consegue se comunicar e chamar o SAMU 192.
- 5) **Ao auxiliar uma vítima de acidente, a sua primeira preocupação é:** A) A segurança da vítima. B) A vida da vítima. C) Sua própria segurança.
- 6) **Em relação aos procedimentos básicos em casos de sangramento nasal, a melhor conduta é:** A) Incliná-la cabeça da vítima para trás, pois chegará menos sangue no local de hemorragia. B) Deitar a vítima para facilitar a respiração e não permitir que ela assoe o nariz. C) Orientar a vítima para apertar a narina que está sangrando.
- 7) **Em um episódio de engasgo de uma pessoa adulta, a manobra a se fazer nos primeiros socorros é tentar tirar o objeto sufocante da garganta da vítima com os dedos - em formato de pinça.** A) Verdadeiro. B) Falso.
- 8) **Em caso de convulsão de alguma pessoa perto de você, um dos procedimentos a se fazer é segurar firme os membros da pessoa para que ela não se bata e não se machuque e colocar a mão em sua boca para que ela não morda a própria língua.** A) Verdadeiro. B) Falso.
- 9) **Você presencia a queda de um familiar idoso em sua própria casa e ele refere dor na região da pelve (região da “bacia”). Dessa forma, você deve pedir para ele se acalmar, não se movimentar e ligar o quanto antes para o SAMU 192.** A) Verdadeiro. B) Falso.
- 10) **Em caso de queimadura com óleo fervendo no próprio braço você deve apenas colocá-lo debaixo de água corrente enquanto liga para o SAMU 192.** A) Verdadeiro. B) Falso.

Figura 2. Questionário Pós-Teste.

3 | REVISÃO DE LITERATURA

O referencial teórico do presente projeto foi estruturado em dois tópicos principais, a saber: primeiros socorros (aborda os itens: aspectos históricos dos primeiros socorros; aspectos conceituais dos primeiros socorros; as ações e procedências de socorro à vítima e situações de socorro e atendimento adequado) e educação em saúde e primeiros socorros (aborda os itens: aspectos conceituais da educação em saúde; a importância da educação para primeiros socorros e o ensino de primeiros socorros nas escolas).

3.1 Primeiros Socorros

Os acidentes podem ser de natureza simples ou complexa, ocorrendo pelas causas mais variadas possíveis e originam lesões de maior ou menor gravidade, no entanto, os princípios do atendimento de emergência são basicamente sempre os mesmos e objetivam preservar a vida e evitar maiores complicações.

Frequentemente, os diversos acidentes ocorrem de maneira rápida e inesperada, onde dificilmente há a presença de um profissional de saúde no local para dar início do

atendimento (ROSA et al., 2001). É inquestionável que um treinamento de primeiros socorros poderá substituir o atendimento de uma equipe de saúde, porém, o indivíduo com conhecimentos de técnicas básicas poderá contribuir para que o serviço alcance resultados satisfatórios (SANCHES, 2005), essa é a importância de as pessoas realizarem cursos e treinamento de capacitação em primeiros socorros.

3.1.1 Aspectos Conceituais dos Primeiros Socorros

Os primeiros socorros são definidos como um atendimento temporário e imediato de uma pessoa que está ferida ou que adocece repentinamente, bem como, se insere o atendimento no domicílio quando não se pode ter acesso a uma equipe de resgate ou enquanto os técnicos em emergência médica não chegam ao local (HAFEN et al., 2013).

Assim, qualquer cidadão com conhecimentos básicos pode prestar esse tipo de serviço, objetivando reduzir o sofrimento e o risco de vida da vítima (NETO et al., 2017). E esses procedimentos básicos, que devem ser amplamente divulgados, são de grande importância para todos os segmentos populacionais, uma vez que as situações de risco podem acontecer nos mais diversos lugares, horários e com qualquer pessoa (JESUS; De SOUZA, 2015).

3.1.2 As Ações e Procedências de Socorro a Vítima

Nas situações de acidentes ou agravos de saúde, qualquer pessoa pode contribuir com a ajuda imediata, mesmo sem possuir conhecimentos técnicos de primeiros socorros (CICV, 2020), pois socorrer não se resume basicamente em realizar os procedimentos de primeiros socorros, mas avaliar o local onde a vítima se encontra e ver se não existe algum indício de algo que possa colocar ainda mais em risco a vida da vítima (DRAGANOV, 2007).

Os primeiros socorros ocorrem por meio da aplicação de técnicas básicas tendo por finalidade manter as funções vitais da vítima (HAFEN et al., 2013), e geralmente são prestados ainda no local da ocorrência (GOZO, 2009), no entanto, uma das chaves de sucesso no socorro é ter certeza que a sua “ajuda” não irá piorar o problema.

De acordo com a Associação Brasileira de Medicina de Tráfego (ABRAMET, 2005):

É claro que cada acidente é diferente do outro. E, por isso, só se pode falar na melhor forma de socorro quando se sabe quais são as suas características. [...] Mas a sequência das ações a serem realizadas vai sempre ser a mesma: 1. Manter a calma; 2. Garantir a segurança; 3. Pedir socorro; 4. Controlar a situação; 5. Verificar a situação das vítimas; 6. Realizar algumas ações com as vítimas.

Reconhecer situações que coloquem em risco à vida do ser humano pode ser um dos princípios das técnicas de primeiros socorros - mesmo que o domínio dessas técnicas só seja adquirido com o tempo e com uma prática efetiva. O entendimento da necessidade da ajuda imediata a uma vítima e um conhecimento básico das condutas necessárias,

como os números dos serviços de emergências que deve-se acionar (192, 193, 190), é algo que todo cidadão deveria ter, seja um adulto ou criança. É algo que pode determinar a morte, ou sobrevivência da vítima (MESQUITA et al., 2017).

Para TEIXEIRA & SILVA (2009), ao presenciar um acidente ou agravo de saúde, o prestador de socorro deve atentar-se a alguns princípios essenciais, tais como:

Agir com calma e confiança- evitar o pânico; Ser rápido, mas não precipitado; Usar bom senso, sabendo reconhecer suas limitações; Demonstrar tranquilidade, dando ao acidentado segurança; Aguardar a resposta da vítima; Não atropelar com muitas perguntas; Auxiliar a vítima em local seguro (removê-la do local se houver risco de explosão, desabamento ou incêndio).

Dessa forma, percebe-se que prestar os primeiros socorros não significa somente fazer respiração artificial, colocar um curativo num ferimento ou levar uma pessoa ferida para o hospital. Significa também pegar na mão de alguém que está ferido, tranquilizar os que estão assustados ou em pânico, dar um pouco de si (CICV, 2020).

3.2 Educação em Saúde e Primeiros Socorros

Qualquer cidadão que possua conhecimentos básicos das técnicas, pode realizar um atendimento de primeiros socorros. Entretanto, uma conduta mais avançada só deverá ser prestada por um profissional, que possui um treinamento mais amplo e detalhado e que exerça uma função regulamentada pelo Ministério da Saúde, segundo a Portaria nº 824 de junho de 1999 (BRASIL, 2017).

Apesar de sua importância, o conhecimento de primeiros socorros ainda é pouco espalhado entre a população, deixando assim prevalecer o desconhecimento sobre esse tema, fazendo com que às vítimas de situações de urgência e emergência tenham um atendimento inicial de socorros, voltado apenas pelo sentimento de solidariedade sem um treinamento - o que por muitas vezes piora o seu prognóstico (PEREIRA et al., 2015).

3.2.1 Aspectos Conceituais da Educação em Saúde

A educação em saúde é um instrumento de troca de saberes entre a população e o profissional ou estudante de saúde. Esse instrumento tem como objetivo buscar a autonomia do indivíduo como transformador de sua realidade. Além disso, trata-se de um processo complexo, abrangendo o ser biológico e os seus contextos sociais (PEREIRA et al., 2015).

Nos tempos atuais, é evidente que para melhorar o panorama da Saúde Pública brasileira, é necessário educar a população em massa, com o objetivo de promover campanhas a favor da saúde (LIMA; JÚNIOR, 2016). A educação é um processo de construção que requer dedicação da parte do profissional da saúde e do leigo. Por esse motivo, o trabalho de educação em relação aos primeiros socorros deve ser implementado entre todos os indivíduos da sociedade, com destaque para os projetos de educativos com

alunos de escolas, numa perspectiva de educação continuada (PEREIRA et al., 2015).

3.2.2 A Importância da Educação em Saúde para Primeiros Socorros

Apesar de sua importância, as técnicas de primeiros socorros ainda são pouco divulgadas para a população. Esse fato pode ser percebido quando diversas chamadas são feitas solicitando uma ambulância para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192, que, entretanto, não justificam seu envio, pois as técnicas de primeiros socorros poderiam ser prestadas por qualquer cidadão, com o devido conhecimento (MESQUITA et al., 2017).

Os resultados encontrados em vários estudos comprovam que a implementação de medidas de Suporte Básico de Vida - SBV pelo público leigo reduz a taxa de morbimortalidade drasticamente. Assim, reforçando a necessidade da capacitação da população leiga em primeiros socorros, a fim de diminuir as taxas de mortalidade em situações de emergência no cenário extra-hospitalar (DIXE; GOMES, 2015).

Por esse motivo, a Associação Brasileira de Medicina de Tráfego (ABRAMET, 2005) esclarece que:

Um treinamento em Primeiros Socorros vai ser sempre de grande utilidade em qualquer momento de sua vida, seja em casa, no trabalho ou no lazer. Podem ser muitas e variadas às situações em que o seu conhecimento pode levar a uma ação imediata e garantir a sobrevivência de uma vítima. Isso, tanto em casos de acidente, como em situações de emergência que não envolvem trauma ou ferimentos.

Por conseguinte, nota-se que as ações de educação à população são instrumentos de grande importância para a intervenção em situações emergenciais presenciadas em seu cotidiano (CARDOSO et al., 2017) e o treinamento pode ajudar de forma significativa para um declínio de agravos.

3.2.3 O Ensino de Primeiros Socorros nas Escolas

A capacitação do leigo para o atendimento precoce em situações de emergência e instituição do suporte básico de vida (SBV) é fundamental para salvar vidas e prevenir sequelas (PERGOLA; ARAÚJO, 2008), sendo esta a melhor maneira de reduzir os índices de traumas e óbitos vivenciados na atualidade, visto que o Brasil deixa a desejar quando se refere ao atendimento à saúde (MIYADAHIRA et al., 2008). Quanto mais cedo o público leigo é treinado, melhor é a taxa de experiência nos cursos subsequentes. Dessa maneira, alunos do ensino fundamental e médio já possuem habilidades e capacidade cognitivas suficientes para aplicar corretamente as técnicas básicas de primeiros socorros (FERNANDES et al., 2014).

As escolas são os meios ideais para inserção da população ao conhecimento dessas técnicas, adolescentes normalmente são capazes de realizar compressão torácica com a

mesma eficácia do que os adultos e estão normalmente presentes no cenário de uma emergência. No Brasil, em 2014, cerca de 8,4 milhões de estudantes estavam matriculados no ensino médio, destes, 86% estudando em escolas das redes públicas. No entanto, não há uma legislação efetiva que assegure o treinamento de educação continuada nas escolas (FERNANDES et al., 2014).

Portanto, treinar adolescentes para o conhecimento de técnicas de primeiros socorros é a melhor maneira de capacitar futuros adultos, podendo ajudar na redução de sequelas e óbitos decorrentes dos acidentes. Ademais, ressalta-se o quanto é importante a colocação desse tema no ambiente escolar, devido ao fato de que as crianças/adolescentes podem ser consideradas agentes disseminadores de conhecimento e das técnicas corretas em situações de emergência (CARDOSO et al., 2017).

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

A pesquisa foi composta por 22 alunos do 3º ano do Ensino Médio. A faixa etária dos alunos variou de 17 a 19 anos, a maior frequência (moda) foi de alunos com 17 anos e com média de 17,5 anos (DP±0,74 anos). Ao analisar a distribuição dos participantes quanto ao sexo, verificou-se que 54,5% dos alunos (n=12) correspondem ao sexo masculino e 45,5% (n=10) ao sexo feminino.

Quanto a aplicação do questionário antes do desenvolvimento das atividades sobre primeiros socorros, verificou-se um conhecimento conceitual adequado, como observa-se na porcentagem de acertos das questões 2, 3 e 4 demonstrada na Tabela 1. Entretanto, percebe-se que é insuficiente os conhecimentos para a realização de procedimentos em casos de convulsão, parada e sangramento nasal (questões 5, 8 e 10 da Tabela 1), o qual poderia contribuir para o agravamento do estado da vítima.

Entre as questões de maior destaque do questionário 1 está a de número 8 que dizia: “Você se depara com uma pessoa que caiu no chão, ela não responde, não respira e não tem pulso. Nessa situação que exige os primeiros socorros, você deve?”. A resposta correta seria a seguinte alternativa “iniciar imediatamente as compressões torácicas (procedimento de reanimação)”, uma vez que segundo dados divulgados pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, a cada minuto perdido em uma parada cardiorrespiratória, diminui em 10% a chance de sobrevivência da vítima. Logo, é imprescindível iniciar imediatamente o procedimento de RCP. Nisso, percebe-se que menos da metade dos alunos (29,4%) conhecem tal fato e agiriam corretamente frente à uma situação dessas.

Após o desenvolvimento do projeto e envio do podcast e vídeo, constatou-se o aprendizado e evolução dos alunos participantes, tendo em vista que a grande maioria demonstrou não só conhecimento conceitual do tema, mas também frente às situações que exigiam primeiros socorros (Tabela 2). Um exemplo disso, é a questão 2 do segundo questionário aplicado, a qual abordava o tema de engasgo em adultos e dizia: “Em uma

vítima adulta consciente, apresentando obstrução completa das vias aéreas (engasgo), causadas por corpo estranho, deve-se?”.

Nessa questão, a resposta correta é a seguinte alternativa “efetuar a Manobra de Heimlich (técnica que abraça a vítima pelas costas com as mãos na “boca do estômago”)” e pode-se verificar que mais de 80% dos alunos responderam corretamente. Dessa forma, a produção do vídeo – como complemento ao podcast – foi essencial, pois proporcionou a discussão de uma das principais situações exigem os primeiros socorros para cessar o sofrimento da vítima e prevenir a evolução para uma PCR.

| QUESTÃO | PORCENTAGEM DE ACERTOS (%) |
|------------|----------------------------|
| Questão 1 | 64,7 |
| Questão 2 | 89,1 |
| Questão 3 | 69,5 |
| Questão 4 | 88,2 |
| Questão 5 | 42,9 |
| Questão 6 | 56,8 |
| Questão 7 | 52,9 |
| Questão 8 | 29,4 |
| Questão 9 | 73,5 |
| Questão 10 | 10,8 |

Tabela 1. Distribuição de acertos no Questionário Pré-Projeto (Figura 1).

Fonte: Pesquisa autoral.

| QUESTÃO | PORCENTAGEM DE ACERTOS (%) |
|------------|----------------------------|
| Questão 1 | 93,2 |
| Questão 2 | 86 |
| Questão 3 | 100 |
| Questão 4 | 95,3 |
| Questão 5 | 89,4 |
| Questão 6 | 78,7 |
| Questão 7 | 94 |
| Questão 8 | 87,3 |
| Questão 9 | 100 |
| Questão 10 | 96,8 |

Tabela 2. Distribuição de acertos no Questionário Pós-Projeto (Figura 2).

Fonte: Pesquisa autoral.

Todas as perguntas do questionário pós-projeto tiveram respostas satisfatórias e pode-se inferir que a participação dos alunos, interesse, engajamento, o ato de ouvir o podcast e assistir ao vídeo propiciou os bons resultados nos instrumentos de coleta de dados. Além disso, o feedback recebido, por meio da avaliação do desenvolvimento do projeto, foi bastante gratificante, uma vez que os alunos destacaram a grande importância do tema e avaliaram positivamente as explicações e embasamento teórico construído pelo grupo.

O presente trabalho proporcionou a discussão de um tema de grande relevância e que ainda é pouco abordado em instituições educacionais. O desenvolvimento do projeto se baseou na ideia de levar informações que visam diminuir os índices de agravamento de saúde e, até mesmo, reduzir os indicadores de mortalidade como nos casos engasgo e PCR. Assim, o resultado final obtido foi extremamente relevante, principalmente por os alunos adquirirem e atuarem como multiplicadores desses conhecimentos recebidos.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

No cotidiano, as situações de urgência e emergência constituem preocupações

constantes, sendo fundamental que os indivíduos sejam precocemente iniciados no que tange ao conhecimento sobre primeiros socorros e de como agir frente a determinados eventos.

Constata-se uma grande desinformação sobre os primeiros socorros e procedimentos simples que podem ser desenvolvidos por indivíduos minimamente capacitados. Assim, a garantia de se ter pessoas preparadas e informadas sobre como proceder num momento em que ocorre um acidente ou agravo de saúde é um dos principais motivos de relevância deste projeto de educação em saúde.

A bibliografia analisada propõe que uma formação básica em primeiros socorros nas escolas pode influenciar na cultura de uma correta manipulação da vítima, diminuindo óbitos e sequelas em caso de acidentes e patologias associadas. Por esse motivo, defende-se que o conhecimento dessas técnicas e ações no âmbito escolar é essencial para a formação dos cidadãos, comunidade geral e para a manutenção da vida.

Percebemos que a intervenção educativa foi eficaz para aumentar o conhecimento dos alunos, preparando-os para prestar socorro às vítimas diante de uma PCR, engasgo, sangramento nasal, desmaio e outras situações. Porém, ressalta-se a necessidade da realização contínua de treinamentos com os estudantes para que se obtenha mais cidadãos capacitados a realizar um suporte básico de vida com qualidade.

Diante disso, concluímos que o fornecimento e inclusão do ensino dessa temática nas escolas é de extrema importância, uma vez que é perceptível a evolução do conhecimento dos estudantes após a abordagem do tema. Além disso, devemos provocar a sensibilização sobre a importância dos primeiros socorros e realizar projetos de educação em saúde como esse.

REFERÊNCIAS

ABRAMET, Associação Brasileira de Medicina de Tráfego. **Noções de Primeiros Socorros no Trânsito**. São Paulo: ABRAMET, 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Nº 824/gm Em, 24 de Junho de 1999**. Brasília, Disponível em: <http://www.samu.fortaleza.ce.gov.br/index.php/repositorio-institucional/send/8-legislacao-nacional-ms/15-portaria-ms-n-824-1999>. Acesso em: 18 set. 2020.

CARDOSO, R. R., *et al.* **Suporte básico de vida para leigos: Uma revisão integrativa**. *Revista UNIMONTES CIENTÍFICA*. Montes Claros, v 19. n 2. p 158-167. jul/dez. 2017.

CICV, Comitê Internacional da Cruz Vermelha. **Primeiros socorros: em conflitos armados e outras situações de violência**. Abril, 2006. Disponível em: <https://www.icrc.org/pt/publication/primeiros-socorros-em-conflitos-armados-e-outras-situacoes-de-violencia>. Acesso em: 16 set 2020.

DIXE, M. A. C. R.; GOMES, J. C. R. **Conhecimento da população portuguesa sobre suporte básico de vida e disponibilidade para realizar formação**. *Revista da escola de enfermagem da USP*. Portugal. v 49 (4). p 640-649. 2015.

DRAGANOV, P. B. **Cartilha de Primeiros: socorros para a Comunidade**. São Paulo, 2007.

FERNANDES, J. M. G. *et al.* **Ensino de suporte básico de vida para alunos de escolas pública e privada do ensino médio**. *Revista ArqBrasCardiol*. Maceió. v 102 (6). p 593-601. 2014.

GOZO, F. **Noções básicas de Primeiro Socorros**. DGRH/DSS0/UNICAMP: Medicina do Trabalho, 2009.

HAFEN, B. Q et al. **Primeiros socorros para estudantes**. Editora Manole Ltda, 10 ed. 2013.

JESUS, A. A.; De SOUSA, A. M. **Treinamento em primeiros socorros para o leigo**. *Revista extensão & cidadania*. Vitória da Conquista. v 3. n 5. p 47-59. Jan/Jun. 2015.

LIMA, L. L. N.; JUNIOR, R. N. **Brigada estudantil de prevenção de acidentes e primeiros socorros em Palmas (TO)**. *Revista Brasileira de educação médica*. Tocantins. v 40(2). p 310-313. 2016.

MESQUITA, *et al.* **Recurso educativo em primeiros socorros no processo ensino-aprendizagem em crianças de uma escola pública**. *Revista Ciência Plural*. v 3 (1). p 35-50. Julho. 2017.

MIYADAHIRA, A. M. K. et al. **Ressuscitação cardiopulmonar com a utilização do desfibrilador externo semiautomático: avaliação do processo ensino aprendizagem**. *Rev. esc. enferm. USP*, v. 42, n. 3. São Paulo: set/2008.

NETO, N. M. G., *et al.* **Primeiros socorros na escola: Construção e validação de cartilha educativa para professores**. *Revista Acta Paul Enferm*. Recife. v 30 (1). p 87-93. Março. 2017.

PEREIRA, K. C. *et al.* **A construção de conhecimentos sobre prevenção de acidentes e primeiros socorros por parte do público leigo**. *Revista de enfermagem do centro oeste mineiro*. Minas Gerais. v 5(11). p 1478-1485. Jan/Abr. 2015.

PERGOLA, A. M.; ARAÚJO, I. E. M. **O leigo em situação de emergência**. *Rev Esc Enferm. USP*, v. 42, n. 4, p. 769-76, 2008.

ROSA, D. O.; BÉRGAMO, N. M.; DORINI, S. R. **Organização de Primeiros Socorros na Empresa**. 2001. 41 f. Monografia (Especialização) - Curso de Medicina, Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Blumenau, 2001.

SANCHES, C. P. **Manual de primeiros socorros no trânsito**. Goiânia, 2005.

TEIXEIRA, T. H. V.; SILVA, R. N. M. **Noções básicas de primeiros socorros**. São Paulo: DGRH/DSS0/UNICAMP, 2009.

CAPÍTULO 8

PROGRAMA MAIS SAÚDE: DIABETES E COMORBIDADES

Data de aceite: 01/09/2021

Melissa Maia Bittencourt

Universidade Federal de Ouro Preto
Ouro Preto. Minas Gerais. Brasil

Riani Ferreira Guimarães

Universidade Federal de Ouro Preto
Ouro Preto. Minas Gerais. Brasil

Arthur Vieira Piau

Universidade Federal de Ouro Preto
Ouro Preto. Minas Gerais. Brasil

Viviane Flores Xavier

Universidade Federal de Ouro Preto
Ouro Preto. Minas Gerais. Brasil

Juliana Cristina dos Santos Almeida Bastos

Universidade Federal de Ouro Preto
Ouro Preto. Minas Gerais. Brasil
Sapienza Mentoria Digital
Belo Horizonte, Minas Gerais. Brasil

Tatiane Vieira Braga

Sapienza Mentoria Digital
Belo Horizonte, Minas Gerais. Brasil

Rosana Gonçalves Rodrigues-das-Dôres

Universidade Federal de Ouro Preto
Ouro Preto. Minas Gerais. Brasil
Sapienza Mentoria Digital
Belo Horizonte, Minas Gerais. Brasil

RESUMO: Diabetes *mellitus* (DM) destaca-se como doença de alta prevalência no Brasil e fator de risco relevante para comorbidades. O tipo II caracteriza-se pela resistência insulínica,

causando lesões micro e macrovasculares pela exposição crônica a hiperglicemia e função pancreática gradualmente prejudicada. No “PROGRAMA MAIS SAÚDE”, o projeto Diabetes e comorbidades atende usuários do Centro de saúde e comunidade universitária (servidores) orientando sobre possíveis interações do uso concomitante entre medicações, chás e/ou fitoterápicos e benefícios do tratamento não medicamentoso como atividade física e alimentação saudável. O projeto foi aprovado previamente pelo comitê de ética (CAAE-0010.0.238.00011), a adesão é voluntária. A abordagem é no modelo *snowball*, (questionário-inquérito), onde os participantes são questionados sobre medicamentos e realiza-se a aferição da pressão arterial, glicemia e antropometria. Posteriormente, faz-se o estudo clínico com análise do prontuário e eventuais interações medicamentosas. No retorno, a conduta clínica foi repassada, individualmente, bem como as recomendações do tratamento, como orientação medicamentosa, mudanças no estilo de vida e encaminhamento a consultas, se necessário. Atualmente, acompanha-se 600 pacientes, dos quais 60,5% são servidores federais efetivos e os demais terceirizados. Destes 5% são diabéticos, 89% insulinoindependentes e 11% insulínica. Dentre os insulinoindependentes prevaleceram os antidiabéticos metformina (83%), glibenclâmida (11%) e glimepirida (6%). 66% dos pacientes com DM têm acompanhamento clínico em hipertensão arterial sistêmica (HAS). O projeto está em contínuo desenvolvimento, dada a longitudinalidade do acompanhamento, com

renovação dos dados clínicos e inclusão de novos participantes ao estudo. A colaboração direta dos pacientes contribui na continuidade do cuidado e orientação à saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Diabetes *mellitus*, saúde, trabalhadores federais, acompanhamento.

ABSTRACT: Diabetes mellitus (DM) stands out as a highly prevalent disease in Brazil and a relevant risk factor for comorbidities. Type II is characterized by insulin resistance, causing micro and macrovascular lesions by chronic exposure to hyperglycemia and gradually impaired pancreatic function. In the "PROGRAMA MAIS SAÚDE", the Diabetes and comorbidities project serves users of the Health Center and university community (servers) advising on possible interactions of concomitant use between medications, teas and/or herbal medicines and benefits of non-drug treatment such as physical activity and nutrition healthy. The project was previously approved by the ethics committee (CAAE0010.0.238.00011), membership is voluntary. The approach is in the snowball model (questionnaire-survey), where participants are asked about medications and blood pressure, blood glucose and anthropometry are measured. Subsequently, the clinical study is carried out with analysis of the medical record and possible drug interactions. Upon return, the clinical conduct was reviewed, individually, as well as treatment recommendations, such as medication guidance, lifestyle changes and referral to appointments, if necessary. Currently, 600 patients are monitored, of which 60.5% are permanent federal employees and the rest are outsourced. Of these 5% are diabetic, 89% insulin-independent and 11% insulin-dependent. Among insulin-independent drugs, metformin (83%), glibenclamide (11%) and glimepiride (6%) prevailed. 66% of patients with DM have clinical follow-up for systemic arterial hypertension (SAH). The project is under continuous development, given the longitudinality of the follow-up, with the renewal of clinical data and inclusion of new participants in the study. The direct collaboration of patients contributes to the continuity of care and health guidance.

KEYWORDS: Diabetes mellitus, health, federal workers, monitoring.

INTRODUÇÃO

Diabetes *mellitus* (DM) é atualmente considerada uma epidemia em curso. Estima-se que a população mundial com diabetes esteja em torno de 387 milhões, alcançando 471 milhões em 2035. 80% dos indivíduos acometidos são de países em desenvolvimento, com crescente proporção de grupos etários mais jovens.

Dentre os fatores que contribuíram para essa epidemia estão o crescimento e o envelhecimento populacional, associado a progressiva prevalência de obesidade e sedentarismo. Destaca-se como doença de alta prevalência no Brasil e relevante fator de risco para comorbidades como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e dislipidemias.

Caracteriza-se por uma síndrome clínica de evolução crônica e degenerativa, dada por distúrbios na secreção e/ou ação da insulina no organismo, que determina uma gama de alterações metabólicas, caracterizadas pela exposição a hiperglicemia.

Quanto aos mecanismos etiopatogênicos e fisiopatológicos é classificada em diabetes do tipo 1 (DM tipo 1), do tipo 2 (DM tipo 2), podendo ter como outras causas

defeitos genéticos na função das células beta, doenças pancreáticas, endocrinopatias, indução por medicamentos, gravidez e infecções.

DM tipo 1 é ocasionado por destruição das células beta, que resultam em deficiência de insulina. É subdividido em tipos 1A e 1B. O tipo 1A, autoimune, ocorre em 5 a 10% dos casos de DM, enquanto o tipo 1B, idiopático, corresponde a minoria dos casos. Com início abrupto e sintomas que indicam de maneira contundente a presença da enfermidade.

DM tipo 2, resultante da interação de fatores genéticos e ambientais corresponde a cerca de 90 a 95% dos casos. Caracteriza-se por distúrbios na ação e/ou secreção da insulina e na regulação da produção hepática de glicose. A resistência à insulina e o defeito na função das células beta caracterizam a fase pré-clínica da doença, com tendência de destruição total das células beta se tratamento inadequado ou ausente. Dentre os fatores ambientais associados estão sedentarismo, dietas ricas em gorduras e envelhecimento. Desenvolve-se em período de tempo variável, com estádios intermediários, glicemia de jejum alterada e tolerância à glicose diminuída. Acomete qualquer idade, mas é geralmente diagnosticado após os 40 anos, enquanto o DM tipo 1 acomete pacientes jovens, menores de 20 anos.

O diagnóstico é realizado através da sintomatologia (poliúria, polidipsia e perda ponderal) acrescidos de glicemia casual ≥ 200 mg/dL, glicemia de 2 h pós-sobrecarga de 75 g de glicose ≥ 200 mg/dL ou glicemia de jejum ≥ 126 mg/dL. Recentemente a hemoglobina glicada (HbA1c) $\geq 6,5\%$ (confirmada em outra coleta) também foi considerada como critério de diagnóstico para o DM.

A partir do diagnóstico, normalmente tardio pelo caráter insidioso da doença, o acompanhamento necessita de avaliação sistêmica devido as lesões crônicas de órgãos alvo. São destaque entre eles, rins, nervos, coração e vasos sanguíneos, olhos e pele. O acometimento destes locais ocasiona as complicações crônicas do diabetes seja na microcirculação (relacionada ao espessamento da membrana basal capilar dos pequenos vasos, capilares e arteríolas), visualizadas através dos quadros de retinopatia e nefropatia e na macrocirculação (com o acometimento de grandes vasos), através de miocardiopatia diabética, doença cerebrovascular e doença vascular periférica além de neuropatias. (MILECHET, 2016; AGUIAR, 2007, p. 204-211).

É importante ressaltar que a hiperglicemia é fator determinante para essas complicações, devido a formação endógena dos produtos de glicação avançada (AGEs), sendo responsável pelos danos celulares e teciduais observados nessa doença. As neuropatias autonômicas, responsáveis pela incapacitação gradual dos pacientes, acometem os sistemas cardiovascular, digestório, urogenital, glandular, caracterizando a polineuropatia sensitivo-motora simétrica periférica ou polineuropatia distal (GROSS, 2002, p.16-26; FOSS, 2005, p.677- 682; NOLAN, 2015, p.673-678).

Diante da complexidade da doença e suas complicações, é essencial o planejamento de intervenções terapêuticas, com metas laboratoriais para cada paciente. As intervenções

envolvem desde terapia não medicamentosa a terapia não medicamentosa. Como principal terapia não medicamentosa destacam-se as mudanças no estilo de vida, através da prática de atividade físicas e alimentação balanceada e saudável, ambas sob acompanhamento de profissionais capacitados. A mudança no estilo de vida é de suma importância em todos os pacientes, sendo fundamental em pacientes classificados como pré-diabéticos, visto que essa intervenção pode mudar completamente o prognóstico da doença.

Diante de um controle insatisfatório dos parâmetros glicêmicos com as mudanças no estilo de vida, são propostas terapias medicamentosas para complementar o tratamento. Neste sentido, destacam-se o uso de orais e de insulina, empregados a partir do grau de funcionalidade do pâncreas. Pacientes portadores de DM tipo 1, que possuem deficiência total da secreção de insulina, são contemplados com o uso de alguma classe de insulinas ou combinações destas, ou esquemas terapêuticos adaptáveis e individuais.

Já os pacientes portadores de DM tipo 2 são propostos tratamentos iniciais com classes de antidiabéticos orais, adaptados as necessidades e demandas de cada paciente, com possibilidade de acrescentar outras medicações como a insulina, em caso de controle glicêmico pouco efetivo. É válido ressaltar que ambas as medicações empregadas necessitam de avaliação da eficiência no controle glicêmico, para os devidos ajustes e verificação da existência de efeitos adversos, principalmente quando há uso concomitante com medicações para outras comorbidades, como hipertensão e dislipidemias (MILECHET, 2016, p. 348).

A síndrome metabólica (SM) é um transtorno complexo representado por um conjunto de fatores de risco cardiovascular usualmente relacionado à deposição central e a resistência à insulina. A definição da OMS preconiza como ponto de partida a avaliação da resistência à insulina ou do distúrbio do metabolismo da glicose, o que dificulta sua utilização. A definição do *National Cholesterol Education Program's Adults Treatment Panel III* (NCEP-ATP III) foi desenvolvida para uso clínico e não exige a comprovação de resistência à insulina, facilitando sua utilização. Dessa forma, o NCEP-ATP III classifica como componentes da síndrome metabólica a obesidade abdominal, por meio de circunferência abdominal > 102 cm em homens e > 88 cm em mulheres; triglicérides \geq 150 mg/dL, HDL colesterol < 40 mg/dL em homens e < 50 mg/dL em mulheres; pressão arterial \geq 130 mmHg ou \geq 85 mmHg e glicemia de jejum \geq 110 mg/dL. A existência de pelo menos três destes componentes configura a SM.

É importante destacar que a presença de DM não exclui o diagnóstico de SM. Com o crescimento de hábitos como sedentarismo e consumo de alimentos industrializados e com alto teor de lipídios, tem sido cada vez mais comum a prevalência de SM na população, inclusive em faixas etárias mais jovens. A prevalência da SM na população depende dos critérios utilizados e das características da população estudada, variando as taxas de 12,4% a 28,5% no sexo masculino e de 10,7% a 40,5% no sexo feminino. Diante destas taxas e das consequências a qualidade de vida, torna-se de extrema importância o monitoramento

de pacientes que apresentam algum destes componentes, a fim de evitar evolução para SM (GARCIA LIRA NETO, 2017; I DIRETRIZ BRASILEIRA DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA SÍNDROME METABÓLICA, 2005, p. 27).

No “PROGRAMA MAIS SAÚDE”, o projeto Diabetes e comorbidades atende usuários do Centro de saúde e da comunidade universitária (servidores) visando orientar sobre possíveis interações do uso concomitante entre medicamentos e benefícios do tratamento não medicamentoso como atividade física e alimentação saudável, buscando acompanhar a evolução da doença e propor intervenções para melhorar o tratamento.

METODOLOGIA

O projeto de extensão está vinculado a área de saúde da Pró-Reitoria de Assuntos comunitários e estudantis (PRACE) da Universidade Federal de Ouro Preto, Minas Gerais, desde 2011 e está em atividade. Para iniciar o delineamento experimental da proposta, o projeto foi submetido ao comitê de ética e pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Ouro Preto, estando registrado na plataforma Brasil sob o número CAAE-0010.0.238.00011.

Esse projeto é itinerante e os participantes são servidores federais e terceirizados que trabalham nas unidades e departamentos da Universidade. A equipe do Programa Mais Saúde – projeto *Diabetes mellitus* e comorbidades vai aos setores para realizar as atividades. Cada setor que recebe o Mais Saúde reserva um espaço/ sala para que a ação possa ocorrer. A equipe desloca-se com todos os equipamentos e materiais necessários para apresentação da proposta. Geralmente, os equipamentos são aparelhos de aferição de pressão arterial, de glicemia e balança antropométrica. Dentre os materiais destacam-se os alimentos da oficina de sal oculto e teores de carboidratos e lipídeos em preparações industrializadas/ lanches rápidos, com o objetivo de conscientizar sobre a importância da dieta saudável.

A abordagem foi feita por entrevistas semiestruturadas (tipo *snowball*), onde os servidores maiores de 21 anos, de ambos os sexos, foram entrevistados pelos bolsistas e convidados a participar do projeto. A adesão foi voluntária e, em qualquer momento, a evasão poderia ocorrer. Foram firmados os termos de esclarecimento e livre consentimento, onde os colaboradores têm ciência que a qualquer momento podem procurar a equipe para atendimento e esclarecimentos.

No questionário-inquérito, os participantes são questionados sobre medicamentos, uso de plantas medicinais e/ou fitoterápicos, realizando-se em seguida a avaliação da pressão arterial, glicemia e antropometria. Os setores nos quais foi aplicado o questionário foram restaurante universitário (RU), Departamento de Música/ Departamento de Artes (DEMUS/ DEART), Assessoria de Comunicação e Imprensa (ACI), Escola de Minas (EM), Setores de Almoarifado, Transporte, Marcenaria e Serralheria, Núcleo de Tecnologia e

Informação (NTI), Escola de Nutrição (ENUT), Pró-reitorias de Pesquisa e Pós-graduação (PROPP), de Extensão (PROEx) e de Assuntos comunitários e estudantis (PRACE) e). Em um segundo momento, fez-se o estudo clínico com análise do prontuário do paciente no centro de saúde, bem como avaliam-se eventuais interações indesejadas entre medicamento/fitoterápico, medicamentos/plantas medicinais e medicamentos/alimentos.

Posteriormente, no retorno, que acontece nos setores, em ambiente individualizado, foram repassados os dados clínicos, as recomendações quanto ao tratamento, por meio de orientação medicamentosa e existência de interações indesejadas, proposição e ajustes nas mudanças no estilo de vida e encaminhamento a consultas com especialistas, se necessário ou solicitado pelos pacientes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Atualmente, o projeto Diabetes e comorbidades acompanha 600 pacientes, considerando servidores federais e funcionários terceirizados. Destes 363 pacientes (60,5%) são servidores federais e 237 (39,5%) servidores terceirizados. Em relação aos servidores federais, amostra populacional de interesse nesse trabalho, foi verificado que 5%, são portadores de Diabetes *mellitus*. Quanto ao tratamento realizado para controle da glicemia, verificou-se que 89% são insulinoindependentes, e 11% são insulino dependentes. Foi observado que os servidores do setor restaurante universitário (RU) tiveram maior prevalência de portadores de DM, 5 pacientes, seguidos dos servidores dos setores Departamento de Música/Departamento de Artes (DEMUS/DEART), Escola de Minas (EM) e Transporte, com total de 3 pacientes em cada. Os setores Núcleo de Tecnologia e Informação (NTI), Escola de Nutrição (ENUT), Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação (PROPP) e Assessoria de Comunicação e Imprensa (ACI) tinham 1 paciente cada. Dentre os pacientes insulinoindependentes prevaleceram os antidiabéticos orais, 83% referiram uso de metformina, 11% de glibenclamida e 6% de glimepirida. Foi observado também que dos 18 pacientes portadores de DM, 12 deles, correspondente a 66%, recebem acompanhamento clínico em hipertensão arterial sistêmica (HAS), sendo prevalente essa associação nos setores RU, transporte e DEMUS/DEART, com 3 pacientes em cada, seguido do setor EM, com 3 pacientes, e NTI com apenas 1. Nos setores ACI, ENUT e PROPP não foram observados pacientes com associação entre DM e HAS. Os medicamentos usados para tratamento da HAS associada ao DM destacaram-se hidroclorotiazida, losartana, captopril e enalapril. Foi verificado a existência de percentual de 5% de portadores de DM considerando os setores da universidade avaliados. Os locais com maior número de servidores, RU, transporte, DEMUS/DEART e EM foram os setores com maior prevalência de portadores da doença. A prevalência de pacientes classificados como insulino dependentes mostra resultado favorável quanto a prognóstico e evolução da doença, visto que não foi demandada a necessidade de incrementar insulina para

controle dos valores glicêmicos. Em outras palavras, a prescrição de antidiabéticos orais e mudanças no estilo de vida mostraram-se efetivos ao tratamento.

Os antidiabéticos orais utilizados são pertencentes a classe das sulfoniureias (glibenclamida e glimeperida), que aumentam da secreção de insulina, e das biguanidas (metformina), que reduzem a produção hepática de glicose através de menor sensibilização à ação insulínica (MILECHET, 2016, p. 348).

Esses medicamentos reforçam a existência da funcionalidade do pâncreas, observada na maioria dos pacientes e justificando a não necessidade de acrescentar a insulina. Em linhas gerais, a escolha do antidiabético considera o estado geral do paciente e as comorbidades presentes (complicações do diabetes ou outras complicações), os valores das glicemias de jejum pós-prandial e da HbA1c, o peso e a idade do paciente e as possíveis interações com outros medicamentos, reações adversas e contraindicações. HAS e DM são condições frequentemente associadas.

No caso da DM tipo 1, existem evidências da relação entre HAS e desenvolvimento de nefropatia diabética, sendo que a primeira raramente ocorre na ausência de comprometimento renal. Após 3 anos do início da microalbuminúria, alteração frequente do DM, a pressão arterial começa a se elevar, mesmo dentro da faixa normal (sistólica menor que 120mmHg e diastólica menor que 80 mmHg). No caso do DM tipo 2, 40% dos pacientes já se encontram hipertensos ao diagnóstico de diabetes. Preconiza-se que indivíduos diabéticos mantenham a pressão arterial menor que 140/90mmHg, sendo indicados para estes casos medicamentos inibidores da enzima conversora de angiotensina (iECA), como captopril e enalapril, e bloqueadores de receptores de angiotensina (BRA), como losartana. O tratamento da HAS em diabéticos é essencial para prevenção de doença cardiovascular, renal e retiniana, bem como minimiza a progressão a doença renal e da retinopatia preexistente (DIRETRIZES BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2020; MILECHET, 2016, p. 348).

É válido ressaltar que todos os medicamentos utilizados pelos pacientes para tratamento do DM da HAS apresentam-se disponíveis na farmácia popular do Sistema Único de Saúde (SUS), mostrando assim garantia dos direitos dos usuários e cidadãos à saúde (VIEIRA, 2008, p. 365-369).

Diversas publicações têm mostrado a importância de programas educativos para promover maior adesão ao tratamento, resultando em melhor controle da hipertensão arterial e/ou diabetes, com resultados favoráveis. Por esse método, o indivíduo é convidado a refletir seu estilo de vida relacionado à sua patologia, caracterizando-o como um instrumento de educação em saúde em uma perspectiva de promoção de saúde, prevenção e controle da enfermidade.

No Projeto Diabetes e comorbidades são realizadas consultas individuais, atividades lúdicas com o uso de material educativo de comunicação e ações dedicadas exclusivamente para diabéticos, como oficinas no mês novembro em alusão ao dia de

combate ao Diabetes. A atuação da equipe multidisciplinar no cuidado à saúde do paciente é de extrema importância. A orientação específica sobre o Diabetes requer também consideração dos fatores comportamentais e emocionais, a fim de identificar necessidades e dificuldades apresentados por cada diabético para o planejamento de ações de saúde voltadas para a assistência integral a essa população (PONTIERI, 2010, p. 151-160).

O seguimento regular dos pacientes é capaz de estreitar a relação entre os profissionais e os pacientes, favorecendo a melhor adesão ao tratamento. Para uma população carente, a garantia de fornecimento regular da medicação é fundamental na eficácia do tratamento (SILVA et al, 2006, p. 180-189; COSTA et al, 2011, p. 2001-2009; ALMEIDA et al, 2010, p. 1123-1132).

CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS

O projeto está em contínuo desenvolvimento, dado que são realizadas consultas de reavaliação de tempos em tempos. Esse fator permite longitudinalidade do acompanhamento clínico dos pacientes, por meio da renovação dos dados clínicos e inclusão de novos participantes ao estudo.

A colaboração direta dos pacientes, do convite a participação desses no seu próprio processo saúde-doença contribui para continuidade do cuidado e orientação à saúde. Os resultados positivos observados ao longo do acompanhamento refletem a importância de sua continuidade, considerando o aperfeiçoamento das técnicas de abordagens e avaliações dos dados, sempre em favor da melhor qualidade de vida de vida dos pacientes.

AGRADECIMENTOS

UFOP e FAPEMIG

REFERÊNCIAS

AGUIAR, L. G. K. de et al. A microcirculação no diabetes: implicações nas complicações crônicas e tratamento da doença. São Paulo: **Arq Bras Endocrinol Metab**, 2007. v. 51, n. 2, p. 204-211.

ALMEIDA, S. P. de; SOARES, S. M. Aprendizagem em grupo operativo de diabetes: uma abordagem etnográfica. Rio de Janeiro: **Ciência & Saúde Coletiva**, 2010. v. 15, p. 1123-1132.

COSTA, J. A. et al. Health promotion and diabetes: discussing the adherence and motivation of diabetics that participate in health programs. v. 16, n. 3, p. 2001-2009, Rio de Janeiro: **Ciencia & saude coletiva**, 2011.

DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, Rio de Janeiro: **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 2021. v 116, n. 3: 516-658.

FOSS, N. T. et al. Skin lesions in diabetic patients. v. 39, n. 4, p. 677-682. São Paulo: **Revista de saúde pública**. 2005.

GARCIA LIRA NETO, J. C. et al. Prevalência da Síndrome Metabólica em pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2. v. 70, n. 2. Brasília: **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2017.

GROSS, J. L. et al. Diabetes melito: diagnóstico, classificação e avaliação do controle glicêmico. São Paulo: **Arquivos de Endocrinologia & Metabologia**, 2002. v. 46, n. 1, p. 16-26.

I DIRETRIZ BRASILEIRA DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA SÍNDROME METABÓLICA, Rio de Janeiro: **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 2005. v. 84, n. Supl. I

MILECHET, A. et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016); organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio. São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016.

NOLAN, C. J. et al. Insulin resistance as a physiological defense against metabolic stress: implications for the management of subsets of type 2 diabetes. São Paulo: **Diabetes**, 2015. v. 64, n. 3, p. 673-686.

PONTIERI, F. M.; BACHION, M. M. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. Rio de Janeiro: **Ciência & saúde coletiva**, 2010. v. 15, p. 151-160.

SILVA, T. R. et al. Controle de diabetes Mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. v. 15, n. 3, p. 180-189. **São Paulo: Saúde e Sociedade**, 2006.

VIEIRA, F. S. Ações judiciais e direito à saúde: reflexão sobre a observância aos princípios do SUS. São Paulo: **Revista de Saúde Pública**, 2008. v. 42, p. 365-369.

CAPÍTULO 9

PROJETO RECANTO MAMÃE PELICANO DE AMAMENTAÇÃO E RELACTAÇÃO: FORTALECENDO AS BOAS PRÁTICAS NO VÍNCULO DO BINÔMIO MÃE-BEBÊ

Data de aceite: 01/09/2021

Alzira Aparecida da Silveira

Departamento de Pediatria do Hospital Municipal de São Gotardo/MG
São Gotardo - Minas Gerais

Maycon Igor dos Santos Inácio

Departamento de Atenção Primária à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de São Gotardo/MG
São Gotardo – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/2345046413494207>

RESUMO: O Recanto Mamãe Pelicano nasceu em 2007, no Hospital Municipal de São Gotardo/MG, após a II Jornada em Defesa do Aleitamento Materno, realizada em Belo Horizonte. O contato primário favorece os vínculos, eleva os níveis de ocitocina, reduz o estresse pós-parto, facilita a sucção em primeira instância e consequentemente a amamentação. No ano de 2008, durante a IV Jornada Mineira em Defesa da Amamentação o trabalho “Avaliação do índice de aleitamento materno exclusivo aos 4-6 meses entre as crianças acompanhadas no ambulatório de pediatria do Hospital Municipal de São Gotardo” apresentado pela equipe recebeu o certificado de pôster defensor da amamentação 2008 e nos anos de 2012 e 2014, Dr. Edson e Dra. Alzira foram contemplados com o título de Defensores da Amamentação pela Sociedade Mineira de Pediatria.

PALAVRAS-CHAVE: Aleitamento materno. Promoção à Saúde. Saúde da Criança.

NOOK MOMMY PELICAN PROJECT OF BREASTFEEDING AND RELACTATION: STRENGTHENING GOOD PRACTICES IN THE MOTHER-INFANT BOND

ABSTRACT: Nook Mommy Pelican was born in 2007, at the Municipal Hospital of São Gotardo/MG, after the II Conference in Defense of Breastfeeding, held in Belo Horizonte. Primary contact favors bonds, elevates oxytocin levels, reduces postpartum stress, facilitates sucking in the first instance and, consequently, breastfeeding. In 2008, during the IV Journey Mineira in Defense of Breastfeeding, the work “Assessment of the index of exclusive breastfeeding at 4-6 months among children followed at the pediatric outpatient clinic of the Hospital Municipal of São Gotardo” presented by the team received the certificate poster poster for breastfeeding 2008 and in the years 2012 and 2014, Dr. Edson and Dr. Alzira were awarded the title of Defenders of Breastfeeding by Society Miner of Pediatrics.

KEYWORDS: Breastfeeding. Health Promotion. Children’s Health.

INTRODUÇÃO

São Gotardo é um município brasileiro do estado de Minas Gerais, localizado na mesorregião do Alto Paranaíba. Sua população estimada pelo IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, para 2020 era de 35.782, entretanto dados da Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde, considera uma população de 61 mil habitantes, contando o

município e seus distritos geridos pela administração municipal (IBGE, 2020).



Imagem1: Localização geográfica de São Gotardo em relação às regiões do Estado de Minas Gerais.

Fonte: Imagens do Google Imagens.

Em 02 de janeiro de 2020, São Gotardo se tornou polo de microrregião de saúde, sendo responsável pela assistência e regulação de serviços de saúde dos municípios de Matutina, Tiros, Santa Rosa da Serra, Rio Paranaíba, Carmo do Paranaíba e Arapuá.

O município se compõe de uma região voltada para a pecuária e agricultura como forma de subsistência, envolta por um perfil populacional flutuante, com migração de pessoal advindos das regiões norte de Minas Gerais e nordeste do país. Por esse motivo a taxa de natalidade no município é crescente devido à migração de pessoal e também pela assistência em saúde aos municípios vizinhos.

O projeto Recanto Mamãe Pelicano nasceu em 2007, no Hospital Municipal de São Gotardo/MG, após a II Jornada em Defesa do Aleitamento Materno, realizada em Belo Horizonte. Idealizado pelo médico ginecologista e obstetra Dr. Edson Borges de Souza e pela pediatra Dra. Alzira Aparecida da Silveira, que sempre levantaram a bandeira pró-amamentação.

O nome do recanto vem de uma ave que segundo a mitologia da Europa Medieval, a fêmea do Pelicano em tempos de frio e escassez de alimentos, rasga a própria pele para alimentar os filhotes com seu sangue. Em analogia ao aleitamento materno, seria o amor doado ao extremo, mesmo que entremeio à dor.



Imagem 2: Ave Pelicano alimentando seus filhotes com seu próprio sangue.

Fonte: Imagem do Google Imagens.

A amamentação exclusiva até os 6 meses de idade, é recomendada por médicos, nutricionistas e demais profissionais de saúde, baseados nas diretrizes da Organização Mundial da Saúde, visando a proteção natural e biológica do recém-nascido. O leite materno, é o alimento mais completo para a criança, não sendo necessária nenhuma outra fonte de subsistência até iniciar a introdução alimentar (GIUGLIANI, 2011).

OBJETIVOS

O Recanto Mamãe Pelicano de amamentação e relactação tem o objetivo de promover o vínculo do binômio mãe-bebê, diminuir as internações hospitalares em menores de 2 anos, assegurar melhor qualidade de vida ao recém-nascido, melhorar o estado nutricional da criança em primeira infância e decrescer a quantidade de fórmulas dispensadas para crianças até 2 anos.

Além disso, é local de aprendizagem para toda gestante que deseja amamentação via peito, para a puérpera que encontra dificuldades no aleitamento, para os profissionais de saúde que queiram se aprimorar com as técnicas de ordenha e convívio com a lactante e campo de pesquisa para os profissionais do departamento de pediatria que pautados nos saberes técnico-científicos, instruem a população sobre os mitos, não menosprezando o saber popular, mas aconselhando com bases firmes e evidências.

METODOLOGIA

Para que haja consciência do corpo e do processo de efetividade mãe-bebê, imediatamente após o parto o recém-nascido (RN) é colocado pele a pele junto à mãe, pela

equipe de apoio ao parto, seguindo o Método Canguru, obrigatoriamente pela primeira hora e de forma eletiva pelas demais seis horas.

O Método Canguru, visa a humanização da assistência em uma abordagem biopsicossocial. Nele se respeita a individualidade do recém-nascido e de seus pais, sendo muito utilizado em terapia intensiva neo-pediátrica (SBP, 2021).

O contato primário favorece os vínculos, eleva os níveis de ocitocina, reduz o estresse pós-parto, facilita a sucção em primeira instância e conseqüentemente a amamentação.

Um dos embasamentos do método canguru, está no estímulo do contato pele a pele com o aleitamento. Mães que vivenciam essa experiência, apresentam volume maior de ordenha e de “descida” do leite, além de reduzir estresse do RN, criar vínculos de afetividade, estimular e dar confiança aos pais (SBP, 2021).

Após os cuidados da equipe, o bebê realiza a primeira mamada com a supervisão dos profissionais do berçário que avaliam a pega correta, corrigem e instruem a mãe e o acompanhante a como melhorá-la.

A equipe do berçário e maternidade do Hospital Municipal de São Gotardo (HMSG), auxilia a mãe e toda a rede de apoio dela na amamentação durante o período hospitalar de internação e na sequência da alta, caso a puérpera veja a necessidade de relactação, dificuldades na técnica de ordenha manual ou perceba que a pega do bebê não está correta ou sem sucção efetiva, ela retorna ao recanto para as orientações e auxílio dos profissionais capacitados da equipe, além disso o HMSG presta esse mesmo serviço com as puérperas que não são usuárias SUS, mas que reconhecendo sua importância buscam ajuda dos profissionais do recanto.



Imagem 3: Equipe do Departamento de Pediatria, Maternidade e Berçário do Hospital Municipal de São Gotardo.

Fonte: Arquivo pessoal dos autores.

RESULTADOS

Durante os 14 anos de existência do Recanto Mamãe Pelicano, inúmeras parturientes, recém nascidos e crianças em primeira infância foram beneficiados com a ação do projeto.

A lactação e a relactação ajudou não só mães biológicas, mas também em fato inédito, uma mãe adotiva que em desejo de amamentar foi induzida ao método de amamentação via sonda e sucção não efetiva e naturalmente passou a produzir o leite materno.

Abaixo, um quadro comparativo da taxa de nascimento no HMSG, de pais residentes no domicílio.

| Ano de competência | Número absoluto de nascidos vivos |
|--------------------|-----------------------------------|
| 2018 | 456 |
| 2019 | 760 |
| 2020 | 609 |

Quadro 1: Número absoluto de nascimentos no HMSG entre 2018 e 2020.

Fonte: Dados do Setor de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde de São Gotardo.

Em 2021, considerando o primeiro semestre (janeiro a junho), houveram 302 nascimentos no HMSG de pais residentes no município.

De todos os nascidos vivos no hospital, estima-se que 99% recebem alta com avaliação da pediatria e da fonoaudiologia com boa pega na mamada e sucção eficiente.



Imagem 4: Usuárias assistidas pelo Recanto Mamãe Pelicano.

Fonte: Arquivo pessoal dos autores.



Imagem 5: Profissional fonoaudióloga do Hospital Municipal de São Gotardo.

Fonte: Arquivo pessoal dos autores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No ano de 2008, durante a IV Jornada Mineira em Defesa da Amamentação o trabalho “Avaliação do índice de aleitamento materno exclusivo aos 4-6 meses entre as crianças acompanhadas no ambulatório de pediatria do Hospital Municipal de São Gotardo” apresentado pela equipe recebeu o certificado de pôster defensor da amamentação 2008 e nos anos de 2012 e 2014, Dr. Edson e Dra. Alzira foram contemplados com o título de Defensores da Amamentação pela Sociedade Mineira de Pediatria.



Imagem 6: Pôster apresentado na IV Jornada Mineira em Defesa da Amamentação.

Fonte: Arquivo pessoal dos autores.

Percebendo-se a necessidade do serviço ofertado pelo recanto, ser ofertado também a nível de Atenção Primária à Saúde, em setembro de 2018, foi realizada a capacitação em manejo clínico da amamentação, ministrada pela enfermeira Suzana Lopes de Melo, defensora e consultora em amamentação, para a equipe médica, de enfermagem, agentes comunitários de saúde e multiprofissional do NASF-AB (Núcleo Ampliado Saúde da Família e Atenção Básica) visando melhorar o serviço e a assistência a lactante.



Imagem 7: Capacitação em Manejo Clínico da Amamentação ministrado pela enfermeira Suzana Lopes de Melo.

Fonte: Arquivo pessoal dos autores.

No mesmo ano, aconteceu também o III Seminário em Defesa da Amamentação de São Gotardo, capacitando cerca de 230 profissionais da Atenção Primária à Saúde e Rede Hospitalar. Após as capacitações, em outubro de 2018 o recanto passou a ser oferecido nas UBS em livre demanda às puérperas e lactantes para as orientações e ajuda na amamentação.





Imagem 8: Serviço de amamentação e apoio de rede da lactante ofertados dentro das Unidades Básicas de Saúde.

Fonte: Arquivo pessoal dos autores.

A amamentação é fonte inesgotável de vida e de amor entre mãe e bebê, a prática segura do profissional interfere muito na confiança da lactante em querer amamentar e as crenças culturais/regionais são colocadas em peso no processo de amamentação. Ter uma rede de apoio, que realmente esteja junto à lactante é essencial para uma experiência não traumática, consciente de sua importância e que promova a qualidade de vida e a promoção à saúde de ambos.

REFERÊNCIAS

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **São Gotardo**. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/sao-gotardo/panorama>. Acesso em 07 de julho de 2021.

GIUGLIANI, E. R. J.; **Amamentação exclusiva – como e por que?** Disponível em: <http://www.aleitamento.com/amamentacao/conteudo.asp?cod=181> Acesso em 04 de julho de 2021.

SBP – Sociedade Brasileira de Pediatria. **Método Canguru: atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso**. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/especiais/pediatria-para-familias/cuidados-com-o-bebe/metodo-canguru-atencao-humanizada-ao-recem-nascido-de-baixo-peso> Acesso em: 04 de maio de 2021.

PROPOSTA DE APLICAÇÃO DO MÉTODO DMAIC EM UMA EMERGÊNCIA PARA MELHORIA DO CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Data de aceite: 01/09/2021

Danielle da Silva Lourenço

Universidade Federal Fluminense
Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa
Curso de Especialização de Controle de Infecção em Assistência à Saúde – CIAS
Niterói

Deise Ferreira de Souza

Universidade Federal Fluminense

Cláudio José de Souza

Pós-graduação na universidade federal fluminense e graduação pela Universidade estadual do Rio de Janeiro

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização de Controle de Infecção em Assistência à Saúde – CIAS da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense como requisito parcial para à obtenção do título de especialista.

RESUMO: Objetivo: propor a aplicação do método DMAIC para a prevenção e controle das infecções hospitalares em unidades de urgência e emergência intra hospitalar. **Método:** Relato de experiência. O Estudo compreendeu a proposta de aplicação do método DMAIC em uma unidade emergencial para melhoria do programa de controle de infecção hospitalar. **Resultados:** a ferramenta gerencial DMAIC, oportunizou seguir as etapas metodológicas, definindo, mensurando e analisando o problema, principalmente acerca dos componentes estrutura e processo da

unidade. **Considerações Finais:** O DMAIC constitui uma ferramenta gerencial que por meio dos seus acrômios possibilita ao profissional da comissão de controle de infecção hospitalar, seguir uma proposta metodológica a fim de, definir, mensurar, analisar, intervir e controlar os processos de melhoria em relação a assistência à saúde prevenindo e minimizando os possíveis riscos relacionados a infecção hospitalar, neste caso específico o serviço de emergência.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Serviços Médicos de Emergência; Programa de Controle de Infecção Hospitalar; Gerenciamento da Prática Profissional; Gestão da Segurança.

ABSTRACT: Objective: to propose the application of the DMAIC method for the prevention and control of nosocomial infections in urgent and intra-hospital emergency units.

Method: Experience report. The study included the proposal to apply the DMAIC method in an emergency unit to improve the hospital infection control program. **Results:** the managerial tool DMAIC, made it possible to follow the methodological steps, defining, measuring and analyzing the problem, mainly about the structure and process components of the unit. **Final Considerations:** The DMAIC is a managerial tool that, through its acronyms, allows the professional of the hospital infection control committee to follow a methodological proposal in order to define, measure, analyze, intervene and control the improvement processes in relation to health assistance preventing and minimizing the possible risks related to nosocomial infection, in this specific case the emergency service.

KEYWORDS: Nursing; Emergency Medical Services; Hospital Infection Control Program; Professional Practice Management; Security Management.

INTRODUÇÃO

Entre as várias unidades que compõem uma instituição hospitalar, admite-se que o Serviço de Urgência e Emergência se destaca em virtude das suas características próprias. Estas compõem uma rede organizada de atenção às urgências e emergências prestando atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas, traumatológicas, obstétricas e de saúde mental, tendo por objetivo garantir o acolhimento aos pacientes, intervindo em sua condição clínica e caso necessário, contra referenciá-los, para os serviços de atenção básica ou especializada, proporcionando a continuidade do tratamento. Essas atividades devem acontecer vinte e quatro horas por dia, durante todos os dias da semana (KONDER; O'DWYER, 2015).

Nessas unidades as demandas de cuidados de enfermagem são diferentes visto que uma grande parcela dos atendimentos necessita de intervenção imediata, devendo estes profissionais ter competências, habilidades e atitudes, alicerçadas pelos conhecimentos técnico-científicos a respeito de uma variedade de situações clínicas com as quais eles poderão se deparar no momento de um atendimento (COFEN, 2014).

Os serviços hospitalares de urgência e emergência intra-hospitalar têm características próprias que influenciam a organização do trabalho e a gerência do cuidado. Ambos estão contemplados no atual contexto político e estrutural do sistema de saúde brasileiro como os componentes responsáveis pelo atendimento de situações graves com risco de morte e necessidades de intervenções rápidas e precisas. Esse gerenciamento, como prática operacional do trabalho coletivo em saúde, realizado pelo enfermeiro, é composto por duas dimensões complementares, que são assistir e gerenciar (MARTINS; ALVES, 2018).

Os profissionais de enfermagem envolvidos no atendimento a esses pacientes devem ser qualificados e preparados para recebê-los com inúmeras clínicas e com ampla complexidade. Sendo assim, a capacitação e educação em saúde das equipes são de suma importância, sendo alicerçada nos polos de educação permanente (PEREIRA *et al*, 2018).

Nessas unidades, principalmente as públicas apresentam dificuldades como a convivência com a superlotação, a alta demanda de carga de trabalho dos profissionais, instalações inadequadas, número de pacientes sempre maior que o número de leitos, dificuldades em manter o distanciamento entre um paciente e outro, tornando-se um problema importante quando todos estes requisitos estão relacionados o que pode facilitar em muito os casos de infecção hospitalar por bactérias multirresistentes ou não. Neste contexto, as infecções hospitalares são causadoras de elevado índice de morbimortalidade

nas instituições hospitalares, além do aumento do tempo de internação e custos, causando grande preocupação e despertando a necessidade de buscar meios para o seu controle (SILVA; MATOS; SOUZA, 2020).

Neste sentido, cabe o enfermeiro da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) propor alternativas palpáveis e aplicáveis para a prevenção e minimização das infecções hospitalares nestas unidades, junto à equipe da emergência e total apoio do gestor da instituição. Desse modo, dos vários modelos gerenciais existentes, optou-se por utilizar o Lean Six Sigma, aplicando-se uma de suas ferramentas estatísticas clássicas, denominado DMAIC, que visa a melhora contínua e tem cinco fases para sua execução: “Definir” (Define – D), “Medir” (Measure – M), “Análise” (Analyze – A), “Melhoria” (Improve – I) e “Controle” (Control – C) (HOLANDA; SOUZA; FRANCISCO, 2013).

Diante o exposto, o presente trabalho tem como objetivo, propor a aplicação do método DMAIC para a prevenção e controle das infecções hospitalares em unidades de urgência e emergência intra-hospitalar.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, que emergiu a partir das vivências dos autores, atuantes como membro da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar em um hospital público situado no Rio de Janeiro durante o período de 15 de janeiro de 2021 a 20 de abril de 2021. Vale ressaltar que, todas as proposições apresentadas foram com base na observação dos autores, procurando relacionar com as diretrizes da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 50 de 2002 e da Associação Brasileira de Normas e Técnicas de 2005 (BRASIL, 2002; ABNT, 2005).

Por ser tratar de um relato de experiência, o manuscrito dispensa submissão a comitê de ética em pesquisa, visto que não focalizou os participantes nem a utilização de suas falas, mas sim o compartilhamento das experiências vivenciadas no dia a dia de trabalho.

CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE

O estudo foi realizado numa instituição pública de médio porte com quatro andares e um subsolo que é composto de refeitório com cozinha, rouparia almoxarifado e morgue.

No primeiro andar encontram-se basicamente as emergências, pequena emergência com acolhimento e classificação de risco; bem próximo ao acolhimento encontra-se a sala de atendimento médico e a sala para administração de medicação e de realização de pequenos procedimentos. Nesse mesmo andar também temos a unidade de pacientes graves (UPG), emergência pediátrica com oito leitos, sala odontológica para emergências, radiologia e tomografia.

A UPG é composta por uma sala amarela, uma sala vermelha e a sala de reanimação cardiopulmonar (RCP), todas dentro do mesmo ambiente físico e apenas a sala de RCP tem uma porta vai e vem. O teto é rebaixado com gesso e a refrigeração está distribuída assim: um aparelho de ar de janela localizado na sala amarela, um ar condicionado Sprint na sala de RCP, dois ar condicionado de janela no posto de enfermagem, um ar condicionado de janela na sala vermelha. O setor possui apenas um exaustor que fica localizado próximo ao posto de enfermagem; o chão do setor é de cimento polido com diversas rachaduras e deformidades; as paredes são pintadas com protetor de parede em PVC (bate maca) com pequenas ondulações.

A sala amarela tem cinco saídas de oxigênio, de vácuo e de ar comprimido que minimamente cabem dez pacientes sem uso de monitorização, mas, como em grande maioria das emergências de hospital público, existe a possibilidade de superlotação chegando a sua capacidade de dezoito pacientes. Nesse mesmo espaço tem dois banheiros com um chuveiro e um vaso sanitário em cada, no meio da sala tem a ilha com os prontuários e computador.

Entre a sala amarela e vermelha tem um vão com a porta de entrada à unidade de paciente graves, por onde entram pacientes com gravidade (classificados como vermelho) que se encontra a direita de quem entra. Em frente a essa porta tem a porta que vai chegar à pequena emergência.

É válido destacar que dentro do espaço que comporta a sala amarela e vermelha há um quarto separado que se destina aos pacientes de precaução respiratória, porém o quarto não possui ventilação própria fazendo com que a porta se mantenha aberta por todo período. Nesse ambiente contém uma saída de oxigênio, vácuo e ar comprimido e uma pia pequena. Seguindo a direita, tem mais um vão sem saídas de oxigênio, onde eventualmente ficam pacientes internados aguardando vaga na sala amarela.

Este setor da emergência apresenta uma pia de inox profunda com duas torneiras de alavanca e, em frente a pia, pode-se visualizar o expurgo e sala de utilidades onde ficam armazenados os hampers que não tem tampa.

Seguindo a direita quem entra na emergência, está localizado o posto de enfermagem com balcão de madeira com bancada interna e externa em fórmica onde ficam canetas, pastas, livros, grampeadores e, eventualmente copos, biscoitos ou alimentos não perecíveis de uso dos profissionais; tem-se também um computador, dois armários abaixo do balcão que não possuem portas e onde são armazenadas soluções parenterais; possui também dois conjuntos de quatro gavetas: nas primeiras quatro gavetas sem qualquer identificação ficam armazenadas toucas, máscaras e algumas gavetas vazias sem critério de organização, o outro conjunto de quatro gavetas encontram-se diversos impressos e pastas que não são utilizados pela equipe.

Na parede atrás do balcão tem uma bancada de mais ou menos 4 m² de inox com ¼ da parede em inox composta por uma pia central com uma torneira de alavanca que é

utilizada para higienização das mãos. A mesma bancada é utilizada para armazenamento de psicotrópicos (em caixa de madeira sem lacre de segurança), bandejas não estéreis para procedimentos simples e preparo de medicações e medicações de uso individual de paciente ficam em caixas sobrepostas a direita da bancada. Em cima da bancada tem uma prateleira de madeira e fórmica onde estão armazenados mais medicações e materiais com maior fluxo de uso pela equipe.

O armário abaixo da pia encontra-se sem porta e é o local onde ficam armazenados mais soluções parenterais. Ao lado tem quatro gavetas todas sem identificação: na primeira ficam medicações de alto fluxo da unidade (dipirona, metoclopramida, furosemida), na segunda gaveta que se encontra sem o puxador e colada com esparadrapo ficam armazenados alguns medicamentos de alta vigilância (glicose, cloreto de potássio, gluconato de cálcio, entre outros), na terceira gaveta estão os tubos para coleta de sangue e potes para coleta de material e, na quarta gaveta, armazena-se sobras de diversas medicações que, na grande maioria, são endovenosas, incluindo antibióticos.

Ao lado das gavetas tem o espaço do armário onde fica o sifão da pia que fica vazio, mas sempre se encontra úmido e, ao lado, há um conjunto de mais quatro gavetas onde estão armazenados diversos equipos e algumas gavetas encontram-se sem puxador e estão coladas com esparadrapo. Por fim encontra-se o armário sem porta onde os funcionários guardam seus pertences pessoais inclusive bolsa oriundas da rua. Em frente ao balcão e ao lado da parede da sala de RCR tem um escaninho de papel com divisórias, com diversos impressos utilizado pela equipe médica.

A esquerda do posto de enfermagem encontra-se a sala de RCR separada por uma meia parede inferior em alvenaria e, na parte superior, tem uma divisória de vidro e uma porta vai e vem. Dentro da sala de RCR tem dois conjuntos de saída de oxigênio, vácuo e ar comprimido, dois monitores multiparâmetros, dois ventiladores mecânicos, um carro de parada cardiopulmonar (PCR) com desfibrilador, estojo aberto com laringoscópio e cabo, um aparelho de eletrocardiograma, um aparelho portátil de ultrassonografia, um foco de luz, um carrinho de inox com duas prateleiras com materiais de maior uso na sala, um armário cinza de aço inox onde ficam armazenados alguns medicamentos potencialmente perigosos, ambu, bandejas de pequena cirurgia, material para punção de acesso profundo, material para cateterismo vesical, entre outros materiais.

A direita do posto de enfermagem encontra-se a sala vermelha com quatro conjuntos saídas de oxigênio, vácuo e ar comprimido com quatro leitos cada leito possui um monitor multiparâmetros, quatro ventiladores mecânicos, em frente a esses leitos tem uma estante de aço com diversos materiais para reposição imediata e de uso para assistência do paciente, como: sondas de aspiração, sonda nasogástrica, luva estéril, sonda Dobbhof; ao lado da estante de aço possui um armário sem portas para armazenagem de roupas limpas, ao lado do armário de roupas um frigobar para medicações que necessitam ficar sob refrigeração, em cima do frigobar sempre ficam baldes de inox com gaze estéril e

compressa estéril.

Ao final e dentro da sala vermelha tem uma porta que dá acesso à sala onde ficam estocadas bombas infusoras e ventiladores ligados a energia elétrica, circuitos de respirador, macronebulizadores e válvulas.

No segundo andar estão localizados alguns setores: direção, laboratório, farmácia intra e extra-hospitalar, ambulatório de fisioterapia e o serviço social. O terceiro andar é composto por enfermaria de pediatria com dez leitos e enfermaria de clínica cirúrgica com dezesseis leitos, além do lactário, ambulatório de cirurgia geral, ambulatório de ginecologia, odontologia ambulatorial, sala de ultrassonografia. No quarto e último andar encontra-se a clínica médica com quarenta e um leitos, uma central de material esterilizado, centro cirúrgico com três salas, sala de hemoterapia, um centro de terapia intensiva com oito leitos que está sem utilização o momento.

PROPOSTA DA APLICAÇÃO DO MÉTODO DMAIC PARA MELHORIA NA PREVENÇÃO E CONTROLE DAS INFECÇÕES HOSPITALARES

O modelo gerencial DMAIC tem por base a filosofia Lean Seis Sigma que desempenha um papel de excelência na competitividade com foco na melhoria contínua, se caracteriza pela forma como são utilizados de maneira prática, com envolvimento de pessoas, apresentando resultado imediato e ligado diretamente a ganhos financeiros e de processos. A Seis Sigma não envolve essencialmente nada de novo: as ferramentas estatísticas utilizadas são conhecidas e fazem parte do arsenal da qualidade para eliminação de defeitos (ZIMMERMANN; SIQUEIRA; BOHOMOL, 2020).

A ferramenta DMAIC é utilizado para a melhoria de produtos e serviços existentes, sendo estruturado para atingir as metas de capacidade do programa Seis Sigma por meio de cinco fases: Definir, Medir, Analisar, Melhorar e Controlar (DMAIC). Na fase definir são identificados os problemas associando-os aos objetivos estratégicos para então se definir processos críticos que deverão se tornar projetos realizados; na fase medir são mensurados os fenômenos para traçar o estado atual dos processos a serem trabalhados, estabelecendo-se metas de aprimoramento e resultados; na fase analisar são verificadas os processos e as ferramentas utilizadas anteriormente para melhor identificação do problema; na fase melhorar ocorre o estabelecimento do plano de ação com a execução ações e alterações para correção do problema alvo; e na fase controlar é verificado se as melhorias implementadas estão sob controle de forma a manter os benefícios alcançados (ARAÚJO, 2012).

Deste modo, buscou-se por meio do presente trabalho utilizar a ferramenta DMAIC a fim de propor melhorias para os problemas referentes a prevenção e controle de infecção em unidade de urgência/emergência de um hospital público no município do Rio de Janeiro, com o propósito de aprimoramento das ações desenvolvidas pela equipe de saúde que atua no setor e na CCIH e, conseqüentemente, ampliando a eficiência e qualidade da

assistência prestada nesta instituição.

Na fase **Definir** (DMAIC) foi possível perceber o seguinte problema: risco aumentado para o desenvolvimento de infecção hospitalar no serviço de emergência. Tal fato tornou-se evidente em função da unidade não possuir espaço físico adequado à demanda que procura o serviço de emergência, não sendo possível se respeitar o espaço mínimo entre os pacientes; as saídas de oxigênio também se encontram em número insuficiente; o quantitativo de profissionais da equipe de enfermagem é insuficiente, principalmente considerando a complexidade dos cuidados dos pacientes; os materiais são armazenados em locais inadequados; não há bancada exclusiva para diluição de medicação; falta de capacitação da equipe de enfermagem quanto a prevenção de infecções; falta de protocolo a ser implementado que auxiliem na prevenção de infecções.

Quanto a estrutura física o chão não está em conformidade com normas reguladoras, os materiais relacionados a bancada e escaninho se encontram em inconformidade, o sistema de refrigeração necessita de adequações conforme Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 50 e da Associação Brasileira de Normas e Técnicas (ABNT) nº 7256, o sistema de gases se encontra em menor número para quantidade de pacientes internados.

Na fase **Medir** (DMAIC) fez-se necessário o levantamento de dados epidemiológicos relacionados à infecção hospitalar no setor, porém a CCIH da instituição não possui dados específicos da emergência, o que demonstra que não há indicadores ou mensuração de dados quanto à infecção hospitalar e reforça a importância dessas informações para investir na melhoria da assistência.

Em seguida verificou-se, junto ao setor de regulação hospitalar, como está sendo solicitadas as transferências de pacientes que não tem suas demandas supridas na unidade de emergência para reduzir o tempo de internação na unidade emergencial e tentar fazer do espaço existente um local adequado para internação. Quantificando o número de regulações com relação aos diagnósticos de entrada, para tal ato se faz necessário trabalhar juntamente com a equipe de rotina médica e enfermagem, discutindo diariamente os paciente internados.

Para a **Análise** (DMAIC) serão delimitadas as causas dos problemas, buscou-se identificar os fatores que influenciaram no maior número de internações, dificuldades de adesão a protocolos e rotinas, análise do ambiente adequado para armazenamento de materiais e melhoria do fluxo de funcionamento do setor e, para tal, foi elaborado um Diagrama de Causa e Efeito. Este diagrama foi utilizado para o levantamento e a apresentação visual das possíveis causas e de seu relacionamento com o problema.

No diagrama de causa e efeito, também conhecido como diagrama de *Ishikawa*, é utilizado para o levantamento de causas de determinado problema. Quando se tem um problema ou condição, deve-se especificar as possíveis causas e, posteriormente, realiza-se seu agrupamento por categorias no diagrama. Para que ocorra a análise do diagrama é realizada a coleta de dados para determinar a frequência de ocorrência das diferentes

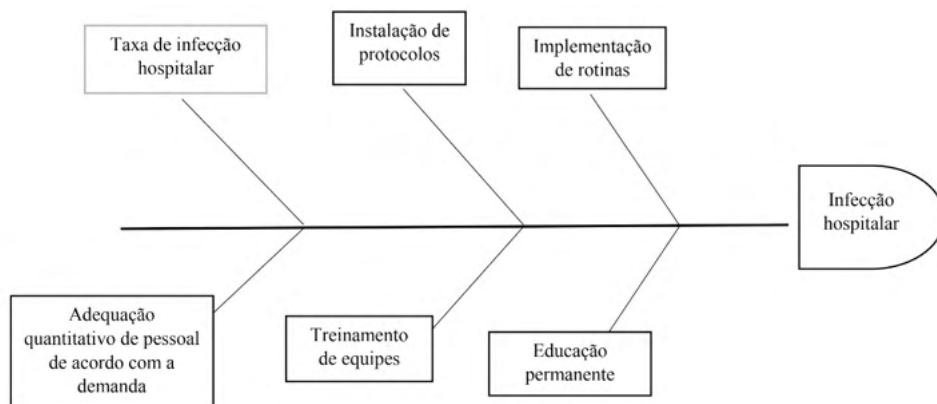
causas (SAMPAIO, 2017).

Para melhor elucidação do diagrama causa e efeito, vamos descrever a análise dos problemas detectados:

- Alto número de internações causando superlotação: regulação de pacientes para diminuir o tempo e o número de internação, avaliação junto as outras unidades de saúde da área programática quanto aos atendimentos, número de atendimentos ao dia a fim de reavaliar espaço físico.
- Implementação de protocolos e rotinas: existe implementação de protocolos, equipe recebe treinamento, os protocolos são de livre acesso às equipes, existe rotina para implementar, auxiliar e elucidar as equipes quanto as normas e rotinas.
- Organização do setor: existe possibilidade em realizar trocas ou manutenção de armários a fim de auxiliar na organização dos materiais de forma que não cause danos ou desperdício, organização de sala de medicações com bancada adequada e sinalizada a fim de evitar erros.
- Equipes de enfermagem: avaliar junto à chefia de enfermagem o número de horas da enfermagem com a média de internações.

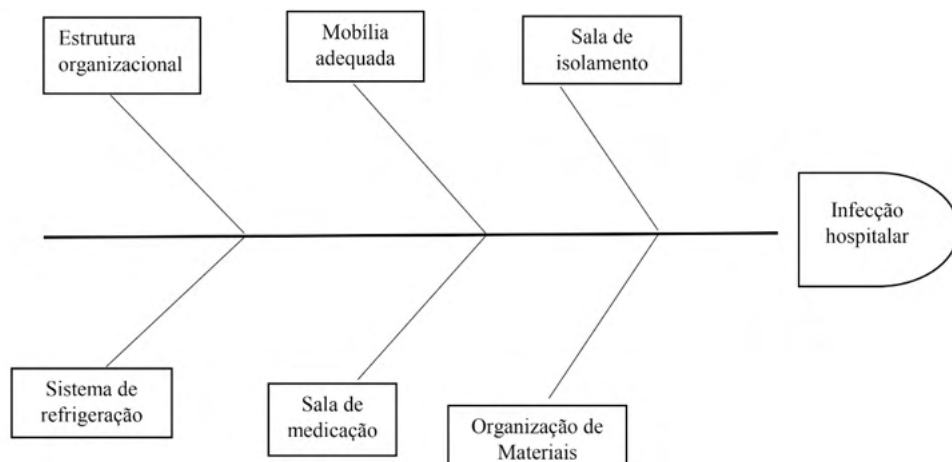
Mediante ao exposto se fez necessário confeccionar dois diagramas de causa e efeito, um vinculado a processos e outro à estrutura:

Diagrama espinha de peixe relacionado aos processos:



Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Diagrama espinha de peixe relacionado à estrutura:



Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Como medidas de Intervenção (DMAIC) é imprescindível a coleta por dados epidemiológicos de infecção hospitalar, sendo fundamental o acompanhamento da frequência e distribuição das infecções hospitalares no sentido de permitir a implantação e implementação de estratégias e posterior controle de medidas adequadas. Correlacionando a procura por um leito hospitalar entre a demanda de disponibilidade, é considerável que um paciente fique internado na unidade emergencial tempo superior a 24 horas, possibilitando a implementação pela busca de dados epidemiológicos no campo da infecção relacionada à assistência à saúde.

Considerando o tempo de permanência dos pacientes internados na emergência, se faz fundamental a implementação de protocolo para investigação e controle de bactérias multirresistentes, orientações quanto as principais medidas de prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica. Importante também estabelecer protocolo para implantação e implementação quanto à manutenção de dispositivos invasivos, propor cuidados relacionados a procedimentos, trocas de equipos, extensores, perfusores entre outros atentando a quando e porque realizar as trocas. Além de treinamentos, as equipes devem ter acesso a materiais que as possibilitem se manter atualizadas e retirar dúvidas.

Outra tentativa de intervenção foi realizada junto à direção para verificar a possibilidade de se utilizar outro local para internação de pacientes na emergência com dificuldades de transferência e com cuidados mínimos. Verificou-se também a possibilidade de atuação da equipe da Educação Permanente em Saúde (EPS) atuar na emergência a fim de implementar protocolos e rotinas específicas para este setor e, junto a CCIH, elaborar relatório encaminhado à direção com levantamento dos potenciais riscos de armazenamento inadequado de materiais hospitalares a fim de embasar a possibilidade

e troca e/ou manutenção adequada da mobília na unidade, dentre outros já citados que precisam de pequenas reformas e adequações de pisos e revestimentos de bancadas e armários, arquivos.

Considerando todas as características apresentadas da unidade de urgência e emergência, destaca-se os potenciais riscos que favorecem a ocorrência de infecção além da superlotação que ocorre em vários momentos como já citado anteriormente.

No que concerne à estrutura física do ambiente, destaca-se que o revestimento do piso da unidade não está adequado por apresentar rachaduras, também presente no rejunte e por se tratar de material compatível com cimento, o que é proibido pela RDC nº 50/2002, que ressalta: “o uso de cimento sem qualquer aditivo antiabsorvente para rejunte de peças cerâmicas ou similares, é vedado tanto nas paredes quanto nos pisos das áreas críticas”. Ainda na RDC nº 50, ao abordar as áreas críticas e semicríticas, preconiza o uso de “materiais de acabamento que tornem as superfícies monolíticas, com o menor número possível de ranhuras ou frestas, mesmo após o uso e limpeza frequente” (BRASIL, 2002, p. 107).

A ABNT nº. 7256 é específica para abordagem do tratamento de ar em estabelecimentos assistenciais de saúde (EAS) e, quanto ao risco de infecção, ela destaca que muitos agentes causadores de infecção “podem permanecer indefinidamente em suspensão no ar podendo “ser retidos em filtros finos de alta eficiência, por formarem grumos e se aglomerarem com poeiras em colônias, em certas áreas críticas, a utilização de filtros A3 (HEPA) é obrigatória” (ABNT, 2005, p. 4). Nesse sentido, é necessário que seja dotado de um sistema de circulação que impeça que o ar contaminado seja disseminado para outros ambientes, como também no meio externo. É preciso a utilização de fluxo unidirecional de ar, que gere um sistema de pressão negativa, por meio de um processo de exaustão no ambiente com refrigeração adequada. A unidade de precaução deve conter as janelas e abertura para o meio externo vedada, evitando que o ar contaminado propague-se no meio externo sem a necessária filtragem, sendo imperativo ter a porta com visor (ABNT, 2005).

No que se refere a pontos de oxigênio, a RDC nº. 50 recomenda que na sala da emergência deve ser composta por dois pontos de oxigênio, um poste de ar comprimido e um vácuo clínico para cada leito, já na sala de isolamento deve minimamente haver um ponto de oxigênio para cada 2 leitos ou fração, já na Sala de Procedimentos Invasivos da emergência deve conter dois pontos de oxigênio por leito, um oxido nítrico para cada dois leitos se estiver disponível na unidade e dois pontos de ar comprimido por leito (BRASIL, 2002, p. 124).

Para Intervenção (DMAIC) quanto a estrutura hospitalar, a CCIH pode realizar um relatório com as possíveis adequações necessárias a unidade, com orientação quanto a material apropriado para bancadas, sistema de ventilação e exaustor para sala de isolamento respiratório, elaborar plano para elaboração de sala de medicação com organização das

medicações a fim de evitar risco e danos, a implementação de medidas de distanciamento seguro entre os leitos dos pacientes, situação que está diretamente relacionada com a estrutura física, sendo necessário viabilizar condições e materiais para realizar precauções para proteção individual e coletiva. Para melhor elucidação foi elaborada tabela com elementos a definidos com suas intervenções apropriadas.

| Situação potencializadora de risco – DEFINIR | Proposta de Solução INTERVENÇÃO |
|---|--|
| Escaninho de papel | Substituir por escaninho de acrílico |
| Acúmulo de papéis | Seleção dos impressos adequados e manutenção da quantidade necessária / semana |
| Presença de alimento no posto de enfermagem | Proibição de alimento no setor para todos os membros da equipe de saúde e de apoio, e segurança. (se for o caso) |
| Revestimento de bancadas inadequado | Bancadas devem ser revestidas completamente em fórmica sem detalhes em madeira que fiquem aparentes, facilitando a limpeza |
| Portas de armários sem puxadores ausência de portas | Solicitação junto a manutenção de puxadores e portas para os armários |
| Organização do materiais | Soluções parenterais em locais mais altos, distantes do chão |
| Local de preparo de medicação | Bancada exclusiva para medicação com material adequado e sinalizado |
| Organização de medicações | Medicações de alta vigilância em local apropriado e identificado |
| Sistema de Refrigeração | Adequação conforme RDC nº 50 e ABNT nº 7256 |
| Sistema de gases | Adequação de acordo com o número de leitos conforme RDC nº 50 |

As medidas de **Controle** (DMAIC) devem estar diretamente relacionadas à educação permanente não só da equipe envolvida no cuidado direto ao paciente, mas também as equipes auxiliares. A equipe da EPS deve atuar junto a CCIH e entendendo as dificuldades das equipes que atuam na assistência direta e os dados epidemiológicos identificados. Cabe a Educação permanente elaborar estratégias educacionais de acordo com práticas baseadas em evidências e que se adaptem às necessidades de aprendizagem da equipe, bem como a estrutura local, facilitando a adesão das equipes aos treinamentos com estratégias que envolvam temas atuais e estejam em sintonia com a prática.

A manutenção de indicadores de qualidade relacionados à infecção hospitalar está associado com a implementação e controle dos processos assistenciais, para tanto é primordial ter toda equipe esteja treinada em consonância com a proposta de assistência livre de danos e baseada em evidências. Para tanto é fundamental ter uma equipe de rotina que auxilie os profissionais envolvidos diretamente na assistência aos pacientes, cabendo a esses profissionais a identificação de situações de não conformidades dos processos

assistenciais, auxiliando no gerenciamento de medidas de prevenção e atuando de forma entrelaçada com a educação permanente e a comissão de infecção hospitalar.

Durante a elaboração do trabalho foi possível identificar diversas irregularidades que contribuem para o favorecimento da infecção hospitalar nesta unidade. Na busca por dados epidemiológicos para compor a pesquisa foi possível perceber a ausência desta informação, fato este que inviabiliza qualquer planejamento quanto à introdução, condução e manutenção de estratégias implementadas pela CCIH priorizando os cuidados com os pacientes em situação de vulnerabilidade em uma unidade emergencial, uma vez que, parte das internações tem origem abrupta e acabam se tornando prolongadas por falta de leitos apropriados.

Em relação à estrutura física, observou-se uma séria de inconformidades que, por falta de consonância com a preconização da RDC nº 50, esta contribui para a propagação da infecção hospitalar, algumas passíveis de mudanças simples e alcançáveis. Elas se tornam possíveis a partir de ações da CCIH e de outras mudanças mais elaboradas e que demandam níveis hierárquicos superiores e sendo uma instituição de caráter público, torna o processo um pouco demorado ou até mesmo inviável.

Em relação aos processos, observou-se que, estes são atribuições do enfermeiro que possui a Responsabilidade Técnica (RT) do setor de implementar as rotinas em consonância com as normatizações que precisam estar estabelecida pela CCIH local. Ademais, a ausência destes na unidade, potencializa a propagação e o aumento da possibilidade de risco de infecção hospitalar.

Com base nestes achados e, por meio da ferramenta DMAIC, foi possível estabelecer uma proposta de intervenção quanto a prevenção e minimização de riscos relacionados à infecção hospitalar na unidade.

A EPS é parte fundamental na implementação de estratégias sendo a responsável pela confluência entre as equipes dos diferentes horários e plantões e aplicação de conhecimentos para redução de dados epidemiológicos relacionados à infecção hospitalar. Desta forma, faz-se necessário que o serviço de Educação Permanente esteja em concordância com a CCIH quanto à necessidade dos temas a serem abordados, refletindo em mudança de comportamento das equipes em seus ambientes de trabalho e contribuindo na transformação de ações e atitudes dos profissionais de saúde no que se refere aos aspectos éticos e a abordagem das práticas baseadas em evidências.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo focou em identificar aspectos que pudessem sofrer intervenções quanto a prevenção e minimização de risco de infecção hospitalar em um serviço de emergência. Com base nesta experiência, pode-se afirmar que, o DMAIC é uma ferramenta gerencial que possibilita aos gestores das unidades, de seguir uma proposta metodológica

e, seguindo seus passos, isto é, definir, mensurar, analisar, intervir e controlar os processos de melhoria em relação à assistência em diferentes ambientes de saúde.

Por meio da ferramenta DMAIC foi possível propor intervenções para a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, pois no decorrer das identificações dos problemas pode-se concomitantemente buscar soluções e intervenções adequadas. Essas identificações oportunizaram ainda, propor o gerenciamento de riscos que tem por objetivo a seleção de implementação das estratégias mais apropriadas para produzir um nível de segurança razoável no que diz respeito a infecção hospitalar.

Pode-se afirmar que, a realização da presente pesquisa contribuiu efetivamente quanto ao aprendizado da equipe que trabalhou na produção do estudo, possibilitando utilizar ferramentas de gestão integrando diretamente com todos os elementos entrelaçados na rede hospitalar, a cada descoberta de inadequação e questionamentos junto à equipe responsável era possível orientar e acrescentar conhecimentos que agregassem ao ambiente e ao profissional.

Assim, a ferramenta DMAIC na área da saúde pode ser mais utilizada, devido a sua contribuição ao explorar e auxiliar na visualização da resolução de problemas, por meio de sua aplicação foi possível agregar conhecimentos e descoberta de novos conteúdos contribuindo aos envolvidos na elaboração do projeto.

Por se tratar de uma proposta, este trabalho tem como limitação a não implementação de mudanças sendo necessário executar o projeto para futura avaliação de efetividade, o que não impediu aos envolvidos no projeto de contribuir com implementações simples e de fácil resolução. Sugere-se a continuidade do estudo acerca deste tema, que pode ser desdobrada em questionamentos não mencionados, mas que ainda, estejam relacionadas a práticas que contemplam o conceito, podendo direcionar o trabalho a diversos problemas com forma mais extensiva de resolução além das descritas anteriormente.

Mas apresentar à equipe de enfermagem uma ferramenta gerencial de fácil compreensão, facilita a inserção de todos no processo e cada um, de seu jeito, pode contribuir com sua percepção, pois eles estão diariamente participando do processo de trabalho e tem potencial para agregar com sua experiência. Como a logística do serviço de saúde de uma emergência pública é muito intensa, é difícil ter tempo para roda de conversa e reuniões com toda equipe, mas gradativamente é possível ir envolvendo o maior número de profissionais para que se tenha o maior êxito esperado que reflita na satisfação e segurança dos que trabalham e dos pacientes que são atendidos.

REFERÊNCIAS

1. ARAUJO, F. J. Aplicação dos conceitos do DMAIC como estratégia de otimização de uma farmácia periférica: Estudo de caso em um hospital de grande porte. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO Desenvolvimento Sustentável e Responsabilidade Social: As Contribuições da Engenharia de Produção, 32., 2012, Bento Gonçalves. Anais eletrônico. Bento Gonçalves, RS: ENEGEP, 2012. Disponível em: http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2012_TN_STP_157_913_21135.pdf. Acesso em: 20 de abril. 2021
2. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 7256: Tratamento de ar em estabelecimento de saúde (EAS) – Requisitos para projeto e execução das instalações. **Associação Brasileira de normas técnicas**, Rio de Janeiro, 2005.
3. BRASIL. Resolução RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Órgão emissor: **ANVISA** - Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2002.
4. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Parecer nº 36, de 26 de novembro de 2014. Brasília: DOU; 2014.
5. HOLANDA, L. M. C.; SOUZA, I. D.; FRANCISCO, A. C. Proposta de aplicação do método DMAIC para melhoria da qualidade dos produtos numa indústria de calçados em Alagoa Nova-PB. **GEPROS. Gestão da Produção, Operações e Sistemas, Bauru**, v. 8, n, 4, p. 31-44, 2013.
6. KONDER, M. T; O'DWYER, G. As Unidades de Pronto-Atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 525-545, June 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000200525&lng=en&nrm=iso>. access on 13 Mar. 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000200011>.
7. MARTINS, B.R.; ALVES, M. O processo de trabalho do enfermeiro na unidade de urgência e emergência de um Hospital Público. **Rev Med Minas Gerais**. v 28, n, Supl 5, p. e-S280519, 2018.
8. PEREIRA, L. D'A.; et al. Educação permanente em saúde: uma prática possível. **Rev enferm UFPE on line., Recife**. v. 12, n. 5, p. 1469-79, 2018.
9. SAMPAIO, B. É. O. Aplicação da metodologia DMAIC para redução do número de paradas de manutenção corretiva em uma empresa de transporte público localizada em Petrolina - PE. Juazeiro, 2017.
10. SILVA, J.K.C.; MATOS, E.; SOUZA, S.S. Bundle de cuidados para a prevenção e o controle de infecção hospitalar em serviço de emergência adulto. **Rev Fun Care Online**. [S.l], v, 12, p. 176-182, 2020.
11. ZIMMERMANN, G. S.; SIQUEIRA, L. D.; BOHOMOL, E. Aplicação da metodologia Lean Seis Sigma nos cenários de assistência à saúde: revisão integrativa. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 73, supl. 5, e20190861, 2020 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020001700306&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 20 DE Abril 2021. Epub 21-Dez-2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0861>.

PSICOPATIA POLÍTICA: ANÁLISE PSICOJURÍDICO ACERCA DOS MOTIVOS DESSA BUSCA INCANSÁVEL PELO DINHEIRO E PODER

Data de aceite: 01/09/2021

Angélica de Souza Melo

Unicesumar - Centro Universitário de Maringá
Centro de Ciências Humanas e Sociais
Aplicadas
Curso de Graduação Em Direito
Maringá – PR

Artigo apresentado ao Curso de Graduação em Direito da UniCesumar – Centro Universitário de Maringá como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharela em Direito sob a orientação do Prof. Ms. Aline Gabriela Pescaroli Casado.

RESUMO: Este trabalho tem por objetivo analisar acerca da psicopatia em geral e sua correlação com a corrupção política, bem como, demonstrar as características, os aspectos, e os motivos desse transtorno de personalidade, além de sua influência neste momento político catastrófico em que o país se encontra, sempre almejando alcançar algumas respostas sobre essa busca desmedida pelo poder e pelo dinheiro sem pensar nas consequências. O presente estudo buscará a compreensão e a dimensão desse problema psíquico, ao observar suas fontes, de onde surgem e como surgem, par formular uma justificativa para tais atos. Foram pesquisadas a crise política enfrentada pelo Brasil, as terminologias empregadas, a psicopatia, suas características, peculiaridades, efeitos, seu possível desenvolvimento e a forma como atinge a vida adulta e a agressão instrumental utilizada

pela maioria dos políticos.

PALAVRAS-CHAVE: Corrupção. Crise política. Desvio de personalidade.

POLITICAL PSYCHOPATHY: PSYCHOJURICIAL ANALYSIS ABOUT THE REASONS OF THIS PATHOLOGICAL JOURNEY FOR MONEY AND POWER

ABSTRACT: This research aims to analyse psychopathy in general and its correlation with political corruption, as well as to establish its characteristics, aspects and reasons of this personality disorder, in addition studies its influence in the political catastrophic moment of the country, always aiming to reach some answers about this pathological journey for power and money without thinking about the consequences. This work will look for the understanding and dimensions of this psychic problem observing the sources, from where they come and how they emerge, to formulate a justification for such acts. The investigation considers the political crisis faced by Brazil, the terminology employed, psychopathy, its characteristics, peculiarities, effects, its possible development and the way it reaches adult life and the instrumental aggression used by the majority of politicians.

KEYWORDS: Corruption. Political crisis. Personality disorder.

1 | INTRODUÇÃO

A análise sobre a psicopatia política, um tema antigo e ao mesmo tempo atual e pouco estudado, tem um significado importante, afinal abrange todos os indivíduos, todo o sistema,

todo o presente e futuras gerações, este tema é pouco conhecido, ou melhor, a junção psicopatia e a política é pouco discutida. O tema psicopatia e política eram analisados separadamente e até pouco tempo não havia uma conclusão ou um entendimento de que, realmente, nossos políticos poderiam ser psicopatas políticos.

A sociedade tem a visão de que os psicopatas são apenas a representação mais evidente do que costumamos rotular de “serial killers”, quem mata ou engana e etc., isso pois, não sabemos ao certo quais são os sintomas ou como descrever o comportamento de psicopatia. Recentemente ergue-se a discussão a respeito da psicopatia e da política, afinal as características são idênticas tanto nos psicopatas quanto nos políticos, enquanto o psicopata mata com as próprias mãos e o político mata pela corrupção e pelos problemas decorrentes dela, pode-se dizer que também mata de forma direta, por falta de empatia e remorso. Assunto que será discutido mais adiante.

Na política existe uma espécie de “tradição”, de que, através das mentiras eleitorais é mais fácil para angariar votos ludibriando os indivíduos, prometendo vantagens ilusórias, promessas que sabem que são incapazes de cumprir. O professor Jeremias Ferraz Lima, membro da Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro e professor da UFRJ diz que “na política brasileira, a mentira está sempre a serviço da manutenção do poder” (LETIERI, 2017, *on-line*), ou seja, o psicopata político sabe que mente e sabe por que mente, já que tem pré-definido aonde quer chegar, ou seja, tem uma determinação para o mal, é notável a existência de uma obsessão e eles não são mentirosos comuns, são verdadeiros artistas que mentem não só com as palavras, mas também com o corpo, atuando perfeitamente, mesmo que isso seja o oposto do que ele está pregando ele atua muito bem, ele mesmo acredita na sua mentira.

Desta premissa, nota-se a relevância de estudar este tema, afinal, constatado o problema da psicopatia nos políticos, estes que possuem as características do distúrbio, e se forem diagnosticados definitivamente, eles deverão iniciar um tratamento, afinal eles prejudicam, diretamente, vidas, famílias, Estados e países, com nações inteiras. Os impactos deste círculo vicioso são sentidos um por um, de pessoa por pessoa, de casa por casa, de geração para geração e torna-se uma busca sem fim, sem precedentes, sem a empatia pelo próximo e sem remorso.

Para a elaboração desta pesquisa, de artigo científico, fora utilizado materiais bibliográficos, pesquisas em artigos online e orientação de professores na área de psicologia para que se chegasse ao esperado de referenciais teóricos, baseados na pesquisa de obras, o método utilizado é o dialético, pois, este analisa os fatos inseridos num contexto social no qual estamos inseridos.

2 | CONCEITO DE PSICOPATIA E RESUMO HISTÓRICO

Inicialmente, foram encontrados vários significados para a palavra “psicopata” um

deles é que o termo psicopatia vem do grego *PSYKHÉ* = alma e *PATHÓS* = doença, ou seja, “doença da alma”, há também uma outra vertente do significado é *PATHÓS* = como sofrimento, assujeitamento, sentimento e ligação efetiva que diz que o conceito foi criado por Aristóteles e adequado por Descartes e *PSYKHÉ* = mente e sua junção se dá por “sofrimento da mente” (COSTA, 2017).

As pesquisas foram cunhadas por Emil Kraepelin (1856-1926) um célebre psiquiatra alemão, criador da psicopatia moderna e genética. Kraepelin defendia que as doenças psiquiátricas são causadas, principalmente, por uma desordem genética e biológica, que dominava todo o campo da psiquiatria no século XX, pois essas pesquisas tinham êxito no diagnóstico, foi Kraepelin quem usou pela primeira vez a terminologia Personalidade Psicopática para diferenciar os que tinham personalidade neurótica dos que tinham personalidade psicótica (KRAEPELIN, 1912). Após sua morte vários outros pesquisadores psiquiatras seguiram com a sua teoria, inclusive Robert D. Hare, psicólogo especialista em psicologia criminal e psicopatia, muito importante para a área de estudos.

Para Fiorelli, o transtorno de personalidade antissocial, também pode ser denominado por psicopatia, sociopatia, transtorno de caráter, transtorno sociopático e transtorno dissocial. A variação terminológica reflete a aridez do tema e o fato de a ciência não ter chegado a conclusões definitivas a respeito da origem dessa doença, seu desenvolvimento e seu tratamento (FIORELLI, 2015).

Para Ana Beatriz Barbosa Silva, a “psicopatia não se encaixa na visão tradicional das doenças mentais”, a autora traz ainda que,

Esses indivíduos não são considerados loucos, nem apresentam qualquer tipo de desorientação. Também não sofrem de delírios ou alucinações (como a esquizofrenia) e tampouco apresentam intenso sofrimento mental (como a depressão ou o pânico, por exemplo). Ao contrário disso, seus atos criminosos não provêm de mentes adoecidas, mas sim de um raciocínio frio e calculista combinado com uma total incapacidade de tratar as outras pessoas como seres humanos pensantes e com sentimentos (SILVA, 2006, p.32).

Para Tabora, em seu livro *Psiquiatria Forense*, transtorno é “a existência de um conjunto de sintomas ou comportamentos clinicamente reconhecível associado, na maioria dos casos, há sofrimento e interferência com funções pessoais (TABORDA, 2012, p.432-433)”. Nessa visão, os Transtornos de personalidade podem ser considerados como um tipo de transtorno mental, embora nem sempre sejam vistos dessa forma.

Elias Abdalla-Filho é categórico ao afirmar que para a psiquiatria forense, os transtornos de personalidade são considerados uma forma de perturbação da saúde mental. (ABDALLA-FILHO apud TABORDA, 2012).

O conceito de psicopatia surgiu quando os médicos se deparavam, com os prisioneiros agressivos e, até mesmo, cruéis que não apresentavam nenhum sinal de insanidade, ou traços definidos (HAUCK FILHO; TEIXEIRA; DIAS, 2009). A psicopatia é um comportamento antissocial, no qual, os indivíduos acometidos por ela, não têm consciência

moral, ética, não seguem culturas ou normas, andam na contramão do sistema. Pode ser caracterizada por uma deficiência significativa de empatia, pela ausência de sentimentos como remorso, atitude de dominância desmedida associada com competência social e liderança, entre outros. É tratada como um transtorno de personalidade, este se torna evidente, em homens, no final da adolescência ou quando começa a idade adulta e já em mulheres, é fácil passar despercebido por muito tempo, porém, o transtorno o acompanha por toda a vida (FIORELLI, ROSANA, 2015).

Para Hare, a psicopatia é uma síndrome que necessita de um conjunto de coisas relacionadas umas às outras. (HARE, 2013). Dentro do critério nosológico, mais atual, temos as descrições estabelecidas pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V). Este manual traz a clareza das características principais do Transtorno da Personalidade Antissocial, que são,

A característica essencial do transtorno da personalidade antissocial é um padrão difuso de indiferença e violação dos direitos dos outros, o qual surge na infância ou no início da adolescência e continua na vida adulta. Esse padrão também já foi referido como *psicopatia*, *sociopatia* ou *transtorno da personalidade dissocial*. Visto que falsidade e manipulação são aspectos centrais do transtorno da personalidade antissocial, [...]. O transtorno da conduta envolve um padrão repetitivo e persistente de comportamento no qual os direitos básicos dos outros ou as principais normas ou regras sociais apropriadas à idade são violados. Os comportamentos específicos característicos do transtorno da conduta encaixam-se em uma de quatro categorias: agressão a pessoas e animais, destruição de propriedade, fraude ou roubo ou grave violação a regras (DSM-5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 2014, p.656).

Muitas vezes é colocado que a psicopatia e a sociopatia são a mesma coisa, para Robert D. Hare e Handersenn Shouzo Abe, que estudam há 7 anos as mentes criminosas, elas têm uma diferença importante que é a origem do transtorno, a psicopatia é um traço de personalidade, é um padrão comportamental com origem em uma combinação genética, biológica e socioambiental. Já a segunda, é determinada pelo meio social, o indivíduo “aprende” a cometer atitudes antissociais no meio em que vive, tal como, baixa escolaridade, ambientes de menor nível socioeconômico, e se este teve genitores ou algum outro familiar agressivo, ou seja, é uma construção desses subitens (RODRIGUES, 2016).

O transtorno antissocial de personalidade é apresentado como uma “condição psiquiátrica” caracterizada por condutas persistentes de manipulação, exploração ou violação de direitos dos demais, muitas vezes encontrada nos comportamentos criminosos. O sociopatia é o indivíduo que padece de tal enfermidade. Essa terminologia tem estreita relação com o conceito de psicopatia. Entre as características gerais da sociopatia, encontramos a conduta violenta e impulsiva, o isolamento do meio social, o caráter elitista e discriminador do agente, entre outros. (TENDLARZ; GARCIA, 2013, p.161).

Na Classificação Internacional de doenças, a psicopatia é denominada por Transtorno de Personalidade Dissocial ou Antissocial, trata-se de condutas sociais/comportamentos

que evoluem com o tempo como por exemplo descumprir regras sociais que deveriam ser cumpridas de acordo com sua idade (BLOG DR PAULO MACIEL, s.d.).

3 | A PSICOPATIA

A psicopatia está diretamente relacionada a algumas disfunções cerebrais, esta pode ser causada por uma junção de fatores. Seria equivocado dizer que a doença seria causada por um fator específico, de acordo com outros estudos, este problema pode ser uma divisão do inconsciente em três partes, sendo elas: “id” desejo de satisfação imediata de seus impulsos primitivos; “ego” trata-se de sua parte consciente em contato com a realidade externa que se perfaz o comportamento de cada indivíduo; e o “superego” este trata-se do inconsciente que é moldado e capta valores morais, culturais e convivência familiar (INNES, 2003).

Hare ainda pontua como os sintomas chave da psicopatia ser eloquente e superficial, egocêntrico e grandioso, ter ausência de remorso ou culpa, falta de empatia, enganador e manipulador, tem emoções rasas e para o desvio social as características são impulsividade, fraco controle do comportamento, necessidade de excitação, falta de responsabilidade, problemas de comportamentos precoces e comportamento adulto antissocial. (HARE, 2013).

Hervey Cleckley, criou uma lista com 16 características para caracterizar um indivíduo psicopata. Cabe salientar ainda que, o autor não estabeleceu necessariamente a presença das características que vamos mencionar para se constatar que um indivíduo é psicopata até porque caso haja desconfiança do fato deve-se procurar ajuda de um profissional gabaritado para o diagnóstico correto (HAUCK FILHO; TEIXEIRA; DIAS, 2009).

As características da psicopatia listadas por Cleckley, foram as seguintes:

- 1) Charme superficial e boa inteligência;
- 2) Ausência de delírios e outros sinais de pensamento irracional;
- 3) Ausência de nervosismo e manifestações psiconeuróticas;
- 4) Não-confiabilidade;
- 5) Tendência à mentira e insinceridade;
- 6) Falta de remorso ou vergonha;
- 7) Comportamento anti-social inadequadamente motivado;
- 8) Juízo empobrecido e falha em aprender com a experiência;
- 9) Egocentrismo patológico e incapacidade para amar;
- 10) Pobreza generalizada em termos de reações afetivas;
- 11) Perda específica de insight;
- 12) Falta de reciprocidade nas relações interpessoais;
- 13) Comportamento fantasioso e não-convidativo sob influência de álcool e às vezes sem tal influência;
- 14) Ameaças de suicídio raramente levadas a cabo;
- 15) Vida sexual pessoal, trivial e pobremente integrada;
- 16) Falha em seguir um plano de vida.

Ana Beatriz Barbosa Silva no seu livro *Mentes Perigosas* em sua página 32, também pontua as características e diferenças das mais diversas formas o psicopata, vejamos:

[...] os psicopatas em geral são indivíduos frios, calculistas, inescrupulosos, dissimulados, mentirosos, sedutores e que visam o próprio benefício [...] são desprovidos de culpa ou remorso e, muitas vezes, revelam-se agressivos e

violentos. Em maior ou menor nível de gravidade e com formas diferentes de manifestarem os seus atos transgressores, os psicopatas são verdadeiros “predadores sociais”, em cujas veias e artérias corre um sangue gélido. Os psicopatas são indivíduos que podem ser encontrados em qualquer raça, cultura, sociedade, credo, sexualidade, ou nível financeiro. Estão infiltrados em todos os meios sociais e profissionais, camuflados de executivos bem-sucedido, líderes religiosos, trabalhadores, “pais e mães de família”, políticos etc. Certamente (SILVA, 2006, p.32).

Este problema também foi taxado como um distúrbio mental grave e quem o possui desenvolve sintomas de egocentrismo, egoísmo, calculismo, parasitismo social, manipulação, impulsividade, irresponsabilidades, ausência de escrúpulos, desonestidade, capacidade de criar intrigas, facilidade em seduzir e encantar, todavia não existe sedutor sem o seduzido e muito menos o encantamento ser ter o encantado, daí surge a idéia de essencialidade e culpa da vítima. Salienta-se ainda, a existência de comportamentos antissociais e amorais, tem uma diminuição de capacidade de empatia, associa-se com competência social e liderança e este é tomado por uma atitude de dominância desmedida, torna-se um círculo vicioso, se tornam parasitas econômicos tendo em vista que dinheiro traz poder e ele se torna “superior” aos seres de sua espécie, ou seja, passando por cima de ordens e moral, não demonstrando arrependimento ou remorso pelos atos praticados, pois estes acham que as vítimas que contribuíram para que o crime acontecesse, pois foi por ignorância que o fato ocorreu.

Ainda, é considerado expressão patológica da agressão instrumental que se trata de quando o indivíduo comete algum tipo de agressão de forma planejada que tem como finalidade alcançar um objetivo independentemente do dano que seu ato causará, geralmente um crime no qual não ocorrerá algum tipo de preocupação em relação às vítimas e nem remorso, cabe salientar ainda, que há uma baixa tolerância à frustração, trata-se de um comportamento não impulsivo o agente comete o crime como por exemplo no caso da psicopatia política que o político desvia dinheiro e conseqüentemente a população fica sem remédio no entanto, a finalidade era obter vantagem, ou seja ele comete o crime, mas a finalidade é algo por trás.

O psicopata acha que pode viver de acordo com suas próprias regras e vaidosos que são acham que sua existência é insubstituível e que são de extrema importância e relevância, acham que tem muito valor perante todos, são sempre o centro do universo, seres superiores, todavia, não há familiaridade com dados ou fatos de valores pessoais, não conseguindo entender como as outras pessoas conseguem ter este tipo de sentimento, sabemos que eles não têm este sentimento em nenhum ponto de sua consciência, ou seja, é vazio. A grande maioria dos psicopatas conseguem agir ao contrário das leis, costumes, valores morais, e vivem fora das prisões, andando no nosso meio, fazendo as mesmas coisas que fazemos sem a preocupação de violar algo determinado ao qual todos nós seguimos para um bom convívio social, mas estes ainda não perderam o contato com

a realidade podem se moldar e entrar e sair de uma situação complicada para a grande maioria facilmente, tem o dom de usar as palavras para ludibriar as pessoas e usa o que sabe a seu favor, apesar de outras doenças mentais terem alucinações, angústias e etc., o psicopata não apresenta nenhum desses sinais, ou seja, ele é frio e calculista e sabe onde quer chegar. Vejamos o conceito de psicopatia para Tendlarz e Garcia:

“Tanto o psicopata como o sociopatia são diagnosticados por sua conduta irracional e sem propósito, sua falta de consciência e vazio emocional. São pessoas que buscam emoções fortes sem experimentar medo devido a impulsividade sem limites, que não acreditam no valor exemplificador do castigo, pois não temem as consequências dos próprios atos. Para um psicopata, uma relação humana não tem significado; é um manipulador hábil. Comumente é descrito como um homem bem-sucedido nos negócios e que pode chegar a ocupar posições de liderança.” (TENDLARZ, Silvia Elena e GARCIA, Carlos Dante; A QUEM O ASSASSINO MATA?; pág 161, ed. 2013).

“Em 1961, Karpman diferencia os psicopatas em dois grandes grupos: os **predadores** e os **parasitários**, de acordo com uma analogia claramente biológica. Os predadores tomam as coisas pela força, enquanto os parasitários o fazem através da astúcia e passividade.” (TENDLARZ; GARCIA, 2013, p. 166).

Podemos dizer que nas classes menos instruídas da sociedade o psicopata seduz pela pseudo empatia, com a sensação de pertencimento e um acolhimento quase que paternal que as vítimas sentem como se fosse um resgate ou um preenchimento de suas necessidades familiares e nas classes mais abastadas e bem instruídas o psicopata age em troca de favores, ajudas financeiras e facilitação de oportunidades (COSTA, 2017).

Cada vez que se liga a televisão, rádio ou entra em sites de notícias observamos que em todos eles há um tempo ou espaço destinado a falar da corrupção atual que vivemos, e praticamente todos os representantes do povo estão envolvidos junto de seus partidos, é uma verdadeira luta dos bons contra os maus, porém, eles nunca assumem que são os maus e apontam o dedo para o próximo para se eximir da culpa, tentando enganar a si mesmo numa visão distorcida que nunca será pego. Quando dizemos corrupção atual falamos, desde quando estourou o escândalo do mensalão, mas sabemos que sempre houve corrupção e esta era mascarada nos dias de hoje com a lava jato sendo tão falada e tão escancarada pergunta-se se eles perderam o medo de punições ou nunca o tiveram?

Cabe salientar a inversão de valores onde os veículos de comunicação dão cada vez mais espaço a crimes e exploram o assunto, trazendo o vilão à êxtase como se fosse herói, todavia a sociedade procura o herói para que entregue os políticos mentirosos assim como fez Sérgio Moro, e os exaltaram, mas não pensam o perigo de descobrir que o herói pode se tornar vilão também. Existe uma frase muito conhecida desde o século XX do alemão que era poeta, encenador e dramaturgo, dizia: “Pobre do povo que precisa de herói”, analisa Christina Montenegro, psicoterapeuta e especialista em psicologia clínica. Nesta concepção salienta-se que cada indivíduo deveria se fazer herói, fazendo sua parte

como cidadão e não ficar aguardando que uma única pessoa faça a justiça, se oponha e aponte o dedo. Para quem tem esse transtorno os prejuízos se estendem além do trabalho até sua vida pessoal como a convivência familiar, desenvolvimento de atividades em grupo, etc. (SAMPAIO, 2017).

Visando o contexto no qual vivemos desse desenfreado momento catastrófico de corrupção indaga-se o porquê de tantos crimes políticos, como há vários escândalos no momento político atual esta análise sobre a psicopatia é como se fosse a luz no fim do túnel sobre os tortuosos caminhos que estamos trilhando e nos faz refletir sobre o que há por trás disso, o que leva uma pessoa a desviar milhões de reais de um país de terceiro mundo, onde se retrata todos os dias e a todo momento por meio dos canais de comunicação as tragédias como: pessoas morrendo em filas de hospitais, cidades inteiras tomadas por bandidos, jovens e crianças servindo de escudo para o crime e como se não bastasse, viciados em drogas destruindo famílias inteiras. Observando esse contexto procuramos buscar e entender o que está acontecendo não só com nosso país, mas também com o mundo; seria por falta de investimento em escolas e hospitais? Educação vem de casa sim, mas e se essas famílias não estruturadas têm seus filhos sem o direito à educação conforme previsto na carta magna o que será dessas crianças num futuro próximo? Por qual motivo o Estado deixa de investir em educação? Vejamos o artigo 205 da Constituição Federal:

Art. 205. A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho.

Será que pelo fato de precisar de pessoas alienadas vítimas das mídias sem instrução de seus direitos e deveres, a sociedade é deseducada para que possam ser enganados com mais facilidade, não investem em hospitais para que a população se perfaça e o Estado se exima de tais obrigações. Essa indagação todos nós já fizemos! Os representantes que escolhemos e colocamos para realizar nossos interesses estão na contramão, pode-se dizer que há um egoísmo, egocentrismo, parasitismo social, megalomania e um calculismo para desenvolver uma meta e alcança-la sem se preocupar com o próximo, eles vão desenfreadamente em busca de seus interesses pessoais para a sua realização, ora, isso se encaixa perfeitamente no que fora supramencionado, onde fica o remorso? Não há!

Há uma clara ligação entre a psicopatia e os políticos corruptos, nota-se claramente as características e efeitos nestes, que se dizem buscar os nossos interesses da população em geral, existe nesse meio a ganância e a falta de escrúpulos mascarados em pele de cordeiro, uma vez no poder o desejo aumenta e quer estar duas, três vezes e assim sucessivamente, quando não é em uma coisa é em outra, não delegam e nem deixam de estar no poder, em torno dele sempre há pessoas dispostas a satisfazê-lo, os famosos

marqueteiros alienados e ele se vale dessa empatia de terceiros, todavia, o psicopata sempre trabalha pra ele mesmo, mesmo que seu discurso verse sobre o contrário. Para ele as pessoas, dinheiro, e os salários contribuição sempre devem estar disponíveis, para atender aos seus caprichos, vontades e desejos até os mais obscuros, pois usam o dinheiro por exemplo para a coerção de pessoas. Vejamos também que estes mesmo sabendo da situação atual não produzem nenhum interesse em melhorar a contexto do país e nem remorso pelo fato de roubar milhões dos cofres públicos enquanto temos uma guerra aqui fora. São claramente psicopatas no meio de nós, em busca de seus interesses passando por cima de tudo e todos, em alguns casos ocorre até mesmo o assédio moral no trabalho, que também é crime e com a forte influência, poder e dinheiro que possuem estes que nos pertencem fazem com que o mundo de quem não está no mesmo patamar que eles se tornem um verdadeiro inferno.

Na carreira pública o psicopata é visto como o político que rouba dinheiro e cobra propinas para obter vantagens, como quando se propõe a apoiar projetos e deles tiram vantagens para si.

A história da corrupção até onde sabemos começa com Dom João VI, naquela época ele recebia presentes dos senhores do engenho, traficantes de escravos e fazendeiros tudo para ter influência na corte, era uma troca de favores já e em contra partida Dom João VI oferecia títulos de nobreza permitindo que estes prestassem serviços para o governo português, e não autorizada que houvesse grandes fiscalizações, deixava tudo “embaixo dos panos”, os barões, condes e viscondes se beneficiavam desse ato imoral para obter status na sociedade em que viviam. Laurentino Gomes trouxe em seu artigo, um breve histórico sobre o tema. (PAINS, 2016).

No dia em que Dom João desembarcou no Rio de Janeiro, em 1808, ele recebeu “de presente” de um traficante de escravos a melhor casa da cidade, no mais belo terreno. Ceder a Quinta da Boa Vista à família real assegurou a Elias Antônio Lopes um status de “amigo do rei” e foi seu visto de entrada para os privilégios da Corte. Nos anos seguintes, como consequência, ele ganhou muito dinheiro rapidamente, além de títulos de nobreza. Lopes não estava só: era comum que senhores de engenho, fazendeiros e traficantes de escravos estabelecessem um regime de “toma lá, dá cá” com o rei, que chegou ao país praticamente falido. Os negócios públicos e privados já se confundiam no Brasil Colônia, mas essa ligação se estreitou com a vinda da Corte portuguesa, quando se instaurou o costume da “caixinha” — porcentagem de dinheiro desviada — e da troca de dinheiro por títulos de nobreza. [...] as práticas de corrupção são, segundo historiadores, herança de uma formação de país baseada em um Estado centralizado, burocratizado e clientelista [...].

As características que possibilitaram tantos malfeitos vêm desde a chegada das primeiras caravelas, mas foram potencializadas quando o Brasil virou a sede do Império. Nos oito primeiros anos em terras brasileiras, D. João VI distribuiu mais títulos de nobreza do que em 700 anos de monarquia portuguesa. Portugal havia nomeado até então 16 marqueses, 26 condes,

oito viscondes e oito barões. Apenas nos primeiros oito anos da transferência da Corte, o Brasil viu surgir 28 marqueses, oito condes, 16 viscondes e 21 barões.

[...] O historiador Pedro Calmon uma vez disse que, para ganhar título de nobreza em Portugal, eram necessários 500 anos, mas, no Brasil, bastavam 500 contos — conta Gomes.

Sabemos que no Brasil sempre houve o desvio de dinheiro, troca de favores por interesse e etc., conforme demonstrado acima, porém sabemos que de 2013 pra cá se escancararam o rombo nos cofres públicos e foram notícias no mundo inteiro a corrupção que se instalou no nosso país, houve uma comoção social muito grande, manifestações para o fim da corrupção, grandes discussões em redes sociais, violência contra a pessoa por ser de partido tal, nesta “onda” praticamente não salva um político sequer, claro que há exceções, mas em um grande jornal de horário nobre de uma emissora importante foi falado em 1.800 políticos mais ou menos que estavam envolvidos no escândalo da lava jato, fora o do mensalão. Foram várias denúncias desde os desvios até a formação de quadrilha. Alguns psicólogos e historiadores tentam explicar o porquê e o que os leva a essa realidade. De 64 mil políticos eleitos democraticamente no nosso país, cerca de 23 mil deles tinham a ficha suja, de crimes mais “simples” até crimes mais bárbaros (COSTA, 2017).

Vamos as informações extraídas do site do Ministério Público Federal.

Em março de 2015, o procurador-geral da República, Rodrigo Janot, pediu ao Supremo Tribunal Federal (STF) a abertura de 28 inquéritos contra 54 pessoas com foro por prerrogativa de função. Desde então, um ano e cinco meses depois, o número de investigados saltou para 364, entre pessoas físicas e jurídicas, divididos em 81 inquéritos. Há 14 denúncias relacionadas a 17 desses inquéritos, com acusações contra 45 pessoas. Três dessas denúncias já foram recebidas pelo STF e passaram a tramitar como ações penais.

A Procuradoria-Geral da República (PGR) já enviou ao Supremo 1.337 manifestações relacionadas à Lava Jato, tendo sido realizadas 162 buscas e apreensões. Quanto a quebras de sigilo, o STF já autorizou, a pedido da PGR, 147 relacionadas ao sigilo fiscal, 168 ao bancário, 121 ao telefônico, três de sigilo telemático e duas de dados. Já houve 16 sequestros de bens e quatro de valores. Até o momento, já foram homologadas, pelo Supremo, 41 colaborações premiadas relacionadas à Lava Jato, das quais a maioria com réus soltos, o que refuta a tese de que Ministério Público e Judiciário efetuam prisões para conseguir fechar acordos. Atualmente, a Lava Jato soma, no âmbito da Suprema Corte, R\$ 79 milhões repatriados ao Brasil. Esses valores fazem parte de um total de R\$ 659 milhões já repatriados na Lava Jato, revelando a importância da cooperação internacional para o aprofundamento do caso e para a recuperação de recursos desviados da Petrobras (BRASIL, 2015).

Aqui nota-se finalmente o tema abordado nessa pesquisa, a busca incansável pelo dinheiro e poder! Analisando o comportamento desses políticos como vemos na mídia, fica claramente constatado os traços de psicopatia na maioria deles, realmente há uma minoria

que se salva, ou que pelo menos ainda não foi desmascarado. Neste ponto fica a reflexão, pois eles já ganham muito bem e ainda querem mais e mais dinheiro, mais e mais poder. A ganância entranhada em sua personalidade, que antes não fora descoberta por falta de oportunidade. Esse índice, ora mencionado só tem a crescer, pois cada dia que passa um entrega o outro e assim, sucessivamente.

Há uma possível explicação para a psicopatia sendo ela uma possível alteração nas áreas ligadas à emoção e empatia como se elas fossem mal desenvolvidas, como no caso do “id”, “ego”, “superego” conforme mencionado acima. A maioria quase a totalidade dos psicopatas quando percebem esse transtorno não procuram tratamento e há uma grande dificuldade em diagnosticar, muitas vezes o psicólogo, psiquiatra não consegue diagnosticar pelo fato de haver um bloqueio, uma manipulação para obter o resultado desejado. Eles costumam se lembrar de pequenas mentiras ao longo de sua vida e notam sua evolução até a realização de grandes crimes, é como se fosse a história de vida deles, um impulso, e medem seu desenvolvimento. Os indivíduos psicopatas conseguem influenciar algumas pessoas de seu convívio fazendo com que terceiros achem normal esses comportamentos disruptivos e o cérebro de quem conta essas “pequenas mentiras” se acostuma e acaba se adaptando a ser desonesto. Estes indivíduos violam direitos básicos de outras pessoas ou normas sociais do bom convívio e devido a sua anormalidade fazem as pessoas sofrerem, coexiste condutas que ele se adapta para passar despercebido em muitas áreas de seu convívio social, como trabalho, lar, eventos.

Ainda sobre as mentiras que ecoam em nossos ouvidos, existem vários tipos por exemplo a mentira piedosa que é a que você oculta partes para esconder a verdade e ser delicado; a mentira infantil que é uma característica forte do indivíduo que não desenvolveu a maturidade completa; a mentira compulsiva que o indivíduo mente por mentir, é uma compulsão e preocupa e a mentira fictícia que embeleza a verdade para que essa se torne interessante, diferente, uma arte. O político mente porque sabe que vamos absorver o que está sendo dito, usam de promessas como melhoramento de saúde, educação e cultura para ludibriar e ganhar as eleições; como tem muito vereador dizendo por aí que vai mudar determinadas leis como se ele tivesse poder para tal (COSTA, 2017).

Ainda, alguns dizem que é porque perderam os pais na infância; ou que foram privados de amor maternal ou paternal, distância entre eles como a solidão ou ausência mesmo; o jeito de criar quando um dos pais é extremamente rígido, forte e implacável e o outro frágil sem pulso firme e a criança consegue manipular o mais vulnerável e odiar a autoridade do outro; violência física ou psicológica é uma das causas mais presentes quando se fala da causa do problema. (TENDLARZ; GARCIA, 2013).

4 | POSSÍVEIS MÉTODOS DE DIAGNOSTICAR A PSICOPATIA NOS POLÍTICOS

Primeiramente, é quase que um verdadeiro milagre fazer com que os políticos se

submetam a algum teste para descobrir se são psicopatas ou não, pois seriam desvendados imediatamente, mas aqui trataremos de algumas possíveis soluções para o diagnóstico da psicopatia, que já são utilizados para tal, mas que deveriam ser realizados com os políticos na hora que manifestem pretensão aos cargos e se o diagnóstico for negativo eles passam para a etapa de eleição, se não eles são excluídos automaticamente. É claro que não há testes 100% corretos que afirme categoricamente que é ou não definitivamente, mas se fosse utilizado pelo menos as entrevistas com profissionais gabaritados, especialistas nos assuntos iria pelo menos ralar e talvez a longo prazo uma reforma política aconteceria, lá na frente teríamos reflexos positivos dessa medida. Pessoas leigas, não tem facilidade de notar as características do transtorno de personalidade, por este motivo muitos portadores desses transtornos podem ser encontrados presos sem diagnóstico.

O diagnóstico de transtornos da personalidade exige avaliação dos padrões de funcionamento de longo prazo do indivíduo, e as características particulares da personalidade devem estar evidentes no começo da fase adulta. [...] O clínico deve avaliar a estabilidade dos traços de personalidade ao longo do tempo e em diversas situações. Embora uma única entrevista com o indivíduo seja algumas vezes suficiente para fazer o diagnóstico, é frequentemente necessário realizar mais de uma entrevista e espaçá-las ao longo do tempo. A avaliação pode ainda ser complicada pelo fato de que as características que definem um transtorno da personalidade podem não ser consideradas problemáticas pelo indivíduo. (American Psychiatric Association, Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, pág. 647).

Elias Abdalla filho, pontua ainda que os psiquiatras têm diferentes formas de realizar as entrevistas com os possíveis portadores do transtorno, alguns preferem fazer entrevistas livres, onde as perguntas surgem de acordo com as respostas do suposto psicopata, sem desviar do foco que é a constatação do problema e alguns outros preferem já irem com perguntas pré determinadas e focar apenas no que está pré-estabelecido, em alguns casos fazem primeiro a entrevista com as perguntas prontas e mandam outro psiquiatra que não tenha conhecimento daquelas respostas para fazer a entrevista livre, e dão o diagnóstico conforme análise das duas.

A avaliação diagnóstica dos TPs contém uma polêmica centrada essencialmente na divergência da valorização de entrevistas livres, de duração inespecífica, ou de entrevistas estruturadas. Enquanto alguns psiquiatras baseiam o seu diagnóstico na escuta do relato de seus pacientes e na observação de seus comportamentos durante o exame, outros defendem a utilização de entrevistas estruturadas, com questões diretivas, aplicadas por outro entrevistador. O argumento alegado contra este último tipo de recurso é a possível influência que o psiquiatra sofreria na formulação do diagnóstico ao tomar conhecimento dos resultados da entrevista (TABORDA, José Geraldo Vernet, Psiquiatria Forense, pág. 435).

No livro American Psychiatric Association, Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, nas páginas 647/648 trata que “para que um transtorno da personalidade seja diagnosticado em um indivíduo com menos de 18 anos de idade, as

características precisam ter estado presentes por pelo menos um ano. A única exceção é o transtorno da personalidade antissocial, que não pode ser diagnosticado em indivíduos com menos de 18 anos. Embora, por definição, um transtorno da personalidade exija um surgimento até o começo da vida adulta, as pessoas podem não buscar atendimento clínico até um período relativamente tardio na vida.

Um dos métodos para a possível solução é a realização de questionários Hare criou o teste chamado Psychopathy Checklist – Revised (PCL-R), esse teste pode chegar a revelar até 3 características que geralmente aparecem sobrepostas, ou seja, uma depende da outra, como se fosse o acessório seguindo o principal, são elas: “1) deficiência de caráter (sentimento de superioridade e megalomania), 2) ausência de culpa ou empatia e 3) comportamentos impulsivos ou delinquentes (incluindo promiscuidade sexual e furto)” vejam só, FURTO! Poderão ser realizados também exames cerebrais como o Pet Scan através dos pósitrons é um exame de imagem que permite o mapeamento de diferentes substâncias químicas radioativas no organismo.

Esse exame foi desenvolvido na Universidade de Washington, em 1973, pelos médicos Edward Hoffman e Michael E. Phelps. A PET Scan é um exame que une os recursos da medicina nuclear e da radiologia, uma vez que sobrepõe imagens metabólicas às imagens anatômicas, produzindo assim um terceiro tipo de imagem” “ é que ela permite medir a atividade metabólica das lesões, demonstrando assim o grau de atividade delas, podendo mostrar a presença de alterações funcionais antes mesmo das morfológicas, permitindo um diagnóstico ainda mais precoce de doenças neoplásicas. A PET Scan produz imagens mais nítidas que os demais estudos de medicina nuclear e, além disso, informa acerca do estado funcional das estruturas examinadas e não só do seu estado morfológico (COSTA, 2017. *On-line*).

O princípio da não auto-incriminação também denominado “nemo tenetur se detegere ou nemo tenetur se ipsum accusare ou nemo tenetur se ipsum prodere”, é pautado por força do art. 8º, §2º, alínea g, do Pacto de San José da Costa Rica, ninguém é obrigado a produzir prova contra si mesmo.

Nenhum indivíduo pode ser obrigado, por qualquer autoridade ou mesmo por um particular, a fornecer involuntariamente qualquer tipo de informação ou declaração ou dado ou objeto ou prova que o incrimine direta ou indiretamente. Qualquer tipo de prova contra o réu que dependa (ativamente) dele só vale se o ato for levado a cabo de forma voluntária e consciente. São intoleráveis a fraude, a coação, física ou moral, a pressão, os artificialismos etc.

Outra possível solução seria o TSE (Tribunal Superior Eleitoral), cobrar um valor “x” para que o possível candidato no ato de sua inscrição contribuísse, esse valor seria revertido para custear exames no próprio candidato para que pudéssemos chegar próximo de um diagnóstico confiável se a pessoa poderia ser ou não um psicopata em potencial e se isso acarretaria em problemas futuros para a sociedade; todavia cercearia o direito dos menos abastados que também possuem o direito de votar e serem votados conforme

o princípio do sufrágio, que não seria possível fazer por não conseguirem contribuir com o valor determinado, há que se falar que o próprio TSE com base em documentos probatórios de hipossuficiência do candidato pudesse financiar essa análise.

As técnicas poderão ser realizadas desde que não sejam invasivas conforme princípio constitucional, essas dependem da cooperação do suposto candidato, ou seja ele precisa colaborar ou restará infrutífera a produção desta prova.

O princípio da dignidade da pessoa humana é um valor moral e espiritual inerente à pessoa, ou seja, todo ser humano é dotado desse preceito, e tal constitui o princípio máximo do estado democrático de direito, esse princípio compõe uma série de direitos e deveres inerentes do indivíduo, conforme os ensinamentos de Mirandola (1989) é a autonomia de vontade do homem que consagra o princípio de dignidade. O referido princípio legitima todos os outros Direitos Fundamentais. Kant por meio de sua obra “Fundamentação da Metafísica dos Costumes”, já sustentava que em razão da dignidade o homem existe como fim em si mesmo, e não podendo ser meio para o uso arbitrário desta ou aquela vontade (KANT, 2008, p. 58).

A utilização de métodos invasivos sem o consentimento do suspeito, pode acarretar na violação dos direitos fundamentais estabelecidos no artigo 1º, inciso III da Constituição Federal de 1988, para o deslinde dessa dúvida só com o convencimento do suspeito de ser psicopata.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Procuradoria-Geral da República. **Lava Jato: número de investigados no STF sobe de 54 para 364**. 2016. Disponível em: <<http://www.mpf.mp.br/pgr/noticias-pgr/lava-jato-numero-de-investigados-no-stf-sobe-de-54-para-364>>. Acesso em: 07 nov. 2017.

COSTA, Isabela Teixeira, 2017. **Psicopatia e política**. Disponível em:<<http://isabelateixeiradacosta.com.br/psicopatia-e-politica/>>. Acesso em: 07 nov.2017.

FIORELLI, J. O.; MANGINI, R.C.R. **Psicologia Jurídica**, editora Atlas S.A, São Paulo, ed. 2015, pág. 118.

HARE, Robert D. **Sem Consciência – O mundo perturbador dos psicopatas que vivem entre nós**, editora Artmed, ed. 2013.

HARE, R. D. **Sem consciência o mundo perturbador dos psicopatas que vivem entre nós**; tradução: Denise Regina de Sales; revisão técnica: José G. V. Taborda; editora Artmed - Columbia, Canadá, Porto Alegre; ed. 2013.

HAUCK FILHO, Nelson; TEIXEIRA, Marco Antônio Pereira; DIAS, Ana Cristina Garcia. **Psicopatia: o construto e sua avaliação**. **Aval. psicol.**, Porto Alegre, v. 8, n. 3, p. 337-346, dez. 2009. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712009000300006&lng=pt&rm=iso>. Acessos em 05 nov. 2017.

INNES, B. **Mente Criminosa**; editora Escala; tradução Exacta – São Paulo, ed. 2009.

KANT, Immanuel. **Fundamentação da Metafísica dos Costumes**, p. 58, ed. 2008.

KRAEPELIN E. **Lectures on clinical Psychiatry**. New York: 3d, Eng.ed.,trans.From. German, 1912.

LETIERI, Rebeca. Jornal do Brasil. **‘Na política brasileira, a mentira está a serviço da manutenção do poder’, diz psicanalista**. 2017. Disponível em: <<http://www.jb.com.br/ciencia-e-tecnologia/noticias/2017/01/08/na-politica-brasileira-a-mentira-esta-a-servico-da-manutencao-do-poder-diz-psicanalista/>>. Acesso em: 07 nov. 2017.

MACIEL, Paulo. **Psicopatia e Sociopatia**. Disponível em:< <https://drpaulomaciel.wordpress.com/sobre/mundo-louco/macho-alfa/psicopatia-e-sociopatia/>>. Acesso em 07 nov. 2017.

Manual Diagnósticos e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), ed. 2014.

PAINS, Clarissa. OGLOBO.COM. **Historiadores resgatam episódios de corrupção no Brasil Colônia e na época do Império**. 2016. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/sociedade/historia/historiadores-resgatam-episodios-de-corrupcao-no-brasil-colonia-na-epoca-do-imperio-17410324>>. Acesso em: 07 nov. 2017.

RODRIGUES, Alexandre, **Afinal qual a diferença entre Psicopata e Sociopata?**. 2016. Disponível em: <<https://beiradarealidade.com.br/afinal-qual-a-diferen%C3%A7a-entre-psicopata-e-sociopata-536f0844ee30>>. Acesso em: 07 nov. 2017.

SAMPAIO, Paul. **Entenda a psicopatia dentro da política**. 2017. Disponível em: <<https://baurutv.com/2017/01/08/entenda-a-psicopatia-dentro-da-politica/>>. Acesso em: 07 nov. 2017.

SILVA, Ana Beatriz Barbosa. **Mentes Perigosas**, editora Fontanar. 2006.

TABORDA, J. G. V.; ABDALLA-FILHO, E.; CHALUB, M. **Psiquiatria Forense**, editora Artmed, Porto Alegre, ed. 2012.

CAPÍTULO 12

QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM: REVISÃO DE LITERATURA

Data de aceite: 01/09/2021

Data de submissão: 03/08/2021

Marli Elisabete Machado

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Porto Alegre – Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0000-0002-0675-5629>

Aline dos Santos Duarte

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Porto Alegre – Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0000-0002-5357-1179>

Tábata de Cavatá Souza

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Porto Alegre – Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0000-0002-7758-218X>

Mari Ângela Victoria Lourenci Alves

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Porto Alegre – Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0000-0002-2297-416X>

RESUMO: Foi realizada revisão da literatura sobre a qualidade de vida no trabalho dos de profissionais de enfermagem. Foram utilizadas as bases de dados do LILACS, BDNF e SCIELO no ano de 2021. Foram selecionadas e analisadas cinco referências. Os achados contribuem para o conhecimento sobre qualidade de vida no trabalho criando novas possibilidades para a promoção de melhorias neste meio. Em um ambiente de trabalho adequado há respeito mútuo e valorização das pessoas. A qualidade de vida no trabalho é responsabilidade de

todos envolvidos no ambiente contribuindo para o crescimento da instituição e para o desenvolvimento profissional e pessoal de seus colaboradores.

PALAVRAS-CHAVE: Qualidade de vida. Equipe de Enfermagem. Ambiente de trabalho.

QUALITY OF LIFE AT WORK OF NURSING PROFESSIONALS: LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: Literature review on the quality of life at work of nursing professionals. LILACS, BDNF and SCIELO databases were used in the year 2021. Five references were selected and analyzed. The findings contribute to knowledge about the quality of life at work, creating new possibilities for promoting improvements in this environment. In a suitable work environment there is mutual and people's appreciation. The quality of life at work and the responsibility of everyone working in the environment contributes to the institution's growth and to the professional and personal development of its employees.

KEYWORDS: Quality of life. Nursing team. Workplace.

1 | INTRODUÇÃO

Segundo Limongi-França (2010), Qualidade de Vida no Trabalho é um “conjunto de ações de uma empresa que envolve diagnóstico e implantação de melhorias e inovações gerenciais, tecnológicas e estruturais dentro e fora do ambiente de trabalho, visando propiciar condições plenas de desenvolvimento

humano para e durante a realização do trabalho”. A construção da QVT ocorre a partir do momento em que se olha empresas e pessoas como um todo. Infere-se, dessa forma, que a qualidade de vida no trabalho é a junção de vários elementos que possibilitam a estabilidade e satisfação do ser humano no que se refere ao seu estado de bem-estar não só físico, mas também social e psicológico.

Segundo Robbins (2008), o termo Qualidade de Vida no Trabalho foi apresentado no final da década de 1960 para enfatizar a deficiência da qualidade de vida no trabalho, pois havia uma preocupação da sociedade norte-americana com efeitos do emprego em relação à saúde e o bem-estar dos trabalhadores. De acordo com Rodrigues (2007), somente na década de 60, as preocupações com a QVT tomaram impulso, pois a conscientização dos trabalhadores e o aumento das responsabilidades sociais contribuíram de forma decisiva, para que cientistas e dirigentes organizacionais pesquisassem melhores formas de realizar o trabalho.

Este estudo tem por objetivo conhecer através de revisão bibliográfica os achados da literatura sobre a qualidade de vida no trabalho dos profissionais de enfermagem.

2 | MÉTODO

Este estudo caracteriza-se por ter uma abordagem qualitativa por meio de revisão bibliográfica para conhecer os achados da literatura sobre a qualidade de vida no trabalho dos profissionais de enfermagem.

Para o levantamento bibliográfico acerca da qualidade de vida dos profissionais de enfermagem, foram utilizadas as bases de dados do LILACS, BDNF e SCIELO no ano de 2021. Para proceder à busca utilizaram-se os descritores qualidade de vida, equipe de Enfermagem e Ambiente de trabalho.

Foram encontrados diversos trabalhos que abordam a temática, sendo selecionados sete artigos para fins de análise.

3 | DESENVOLVIMENTO

O tema qualidade de vida no trabalho (QVT) passou a fazer parte do cotidiano de um número significativo de organizações na atualidade, o que pode ser explicado por sua relevância e por ser bastante amplo, envolvendo não somente os aspectos físicos do trabalho, mas também todo um conjunto de condições psicológicas e sociais que afetam os trabalhadores (BOAS; MORIN, 2017).

Os programas de qualidade de vida no trabalho têm como intuito promover a saúde e o bem-estar dos funcionários de uma determinada organização, proporcionando-lhes condições físicas de trabalho adequadas, o que engloba aspectos como aclimatização e iluminação do ambiente laboral; remuneração justa; oportunidades para que possam mobilizar seus portfólios de competências ao executarem suas tarefas; e possibilidades de

crescimento profissional (POZO; TACHIZAWA, 2016).

Segundo Inoue et al. (2018) o ambiente de trabalho da enfermagem por ser considerado insalubre e altamente normatizado, os profissionais ainda são pouco reconhecidos e valorizados financeiramente. Desse modo, mesmo com o trabalho em turnos longos e/ou noturnos, esses profissionais tendem a ter mais de uma atividade produtiva, o que resulta em queda da qualidade de vida e afastamento do trabalho por motivo de doença.

Quando se consegue melhorar a qualidade de vida no trabalho dos funcionários, estes tendem a experimentar maior bem-estar físico e emocional em suas atividades laborais (BOAS; MORIN, 2017).

Pode-se dizer que o conceito de qualidade de vida no trabalho evoluiu não como um modismo que vem e passa, mas sim como uma mola propulsora sobre a produtividade e a qualidade ganhando destaque na forma de gerir as estratégias organizacionais. Porém os conceitos ou concepções referentes à qualidade de vida são bastante diversos, o que lhe confere um caráter interdisciplinar com várias facetas promovendo uma articulação de ideias ao redor de suas origens históricas e de sua contemporaneidade (MILAN et al., 2017).

Segundo Zavala; Klinj; Carrillo (2016) a qualidade de vida no trabalho dos profissionais da área de saúde deveria ser ótima, já que eles parecem ter os conhecimentos e meios necessários para prevenir riscos e realizar ações de cuidado próprio em todas as áreas do ser humano, mas destacam que isso está longe de ser uma realidade, já há evidências consistentes de que existem muitos problemas entre os profissionais de saúde.

Em contrapartida, quando os trabalhadores percebem que suas condições laborais são nocivas a seu bem-estar, tendem a experimentar maiores níveis de estresse, sofrimento psicológico e descontentamento (BOAS; MORIN, 2017), o que evidencia a importância da QVT em organizações de todos os portes.

4 | CONCLUSÃO

Em um ambiente de trabalho adequado há respeito mútuo e valorização das pessoas. A qualidade de vida no trabalho é responsabilidade de todos envolvidos no ambiente e contribui para o crescimento da instituição e para o desenvolvimento profissional e pessoal dos colaboradores.

REFERÊNCIAS

INOUE, K. et al. QUALIDADE DE VIDA E NO TRABALHO DE ENFERMAGEM: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA. **Revista Uningá Review**, Maringá, v. 16, n. 1, p. 12-17, out. 2013. DOI: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/43601>. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1452/1068>. Acesso em: 26 jul. 2021.

LIMONGI-FRANÇA, A. C. **Qualidade de vida no trabalho – QVT: conceitos e práticas nas empresas da sociedade pós-industrial**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 2010. 224 p.

MILAN, G. et al. Ética Organizacional: Uma Análise do Perfil dos Artigos Publicados na Base de Dados Scielo entre 2000 e 2016. **Revista de Administração IMED**, Passo Fundo, v. 7, n. 1, p. 270-290, Ago. 2017. DOI: doi:<https://doi.org/10.18256/2237-7956/raimed.v7n1p270-290>. Disponível em: <https://seer.imed.edu.br/index.php/raimed/article/view/1708/1257>. Acesso em: 26 ago. 2021.

POZO, H.; TACHIZAWA, E. Qualidade de vida no trabalho nas micro e pequenas empresas como vantagem competitiva. REUNA, Belo Horizonte, v. 21, n. 4, p. 81-102, Dec. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.21714/2179-8834/2016v21n4p81-102>. Disponível em: <https://revistas.una.br/reuna/article/view/824/670>. Acesso em: 26 ago. 2021.

ROBBINS, S. **Comportamento Organizacional**. 11. ed. São Paulo: Afiliada, 2008. 480 p.

RODRIGUES, M. V. **Qualidade de Vida no Trabalho: evolução e análise no nível gerencial**. 11. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2007. 208 p.

Vilas Boas, A. Morin, E. Qualidade de Vida no Trabalho: Um Modelo Sistêmico de Análise. **Revista Administração em Diálogo – RAD**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 62-90, Abr. 2017. DOI:<https://doi.org/10.20946/rad.v19i2.31720>. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/rad/article/view/31720>. Acesso em: 26 jul. 2021.

Zavala, M. et al. Quality of life in the workplace for nursing staff at public healthcare institutions. **Rev Lat Am Enfermagem**, São Paulo, v. 8, e2713, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27508900/>. DOI: 10.1590/1518-8345.1149.2713. Acesso em: 27 ago. 2021.

CAPÍTULO 13

RE(SIGNIFICANDO) O USO DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS ENTRE ADOLESCENTES: FATORES QUE INFLUENCIAM A ADEÇÃO, EFEITOS COLATERAIS E ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS A PARTIR DE UMA REVISÃO DE LITERATURA

Data de aceite: 01/09/2021

Anderson Poubel Batista

Universidade Iguazu- UNIG
Itaperuna - RJ

Beatriz Carvalho Soares

Universidade do Estado do Rio de Janeiro -
UERJ
Rio de Janeiro - RJ

Beatriz Cunha Gonçalves

Universidade do Estado do Rio de Janeiro -
UERJ
Rio de Janeiro - RJ

Bruna Alacoque Amorim Lima

Centro Universitário UniFacid
Teresina-PI

Cecília Soares Tôres

Centro Universitário UniFacid
Teresina - PI

Guilherme Lucas de Oliveira

Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG
Belo Horizonte - MG

Heloisa Botezelli

Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG
Belo Horizonte - MG

Leonardo Albano Alves Maria

Universidade Federal de Minas Gerais -UFMG
Belo Horizonte - MG

Manuela Luiza de Souza Fernandes

Centro Universitário Unifacid
Teresina - PI

Nathalia de Araujo Lima

Universidade Federal de Minas Gerais -UFMG
Belo Horizonte - MG

Isabella Hayashi Diniz

Universidade Nilton Lins - UNL
Manaus-AM

RESUMO: **Objetivo:** Compreender as características psicológicas, socioeconômicas, fisiológicas e da prática médica sobre o uso continuado de anticoncepcionais entre adolescentes. **Revisão:** Os métodos contraceptivos se dividem em métodos hormonais e de barreira. De acordo com a literatura há inúmeros fatores que afetam a adesão dos jovens aos anticoncepcionais, sendo um dos mais significantes deles o fato de que o sexo masculino inicia sua vida sexual mais cedo, porém, estão nas mulheres o maior índice de adesão ao uso de métodos contraceptivos. Já em relação a não adesão aos métodos contraceptivos, poderemos observar que a idade, a condição cultural e socioeconômica, o tipo de relacionamento, sexo precoce e a falta de informação influenciam diretamente nos índices de não adesão. Nesse sentido, os contraceptivos hormonais são responsáveis por alterações fisiológicas no organismo as quais, além de impedir a fecundação, podem gerar efeitos colaterais importantes ou mesmo apresentar consequências não contraceptivas adicionais que atendam a outras necessidades de adolescentes. Todavia, pela grande eficácia e segurança, os contraceptivos reversíveis de

longa duração estão sendo recomendados como primeira linha de métodos anticoncepcionais para adolescentes por inúmeras instituições médicas. **Considerações finais:** Após verificar os fatores de adesão e não adesão dos adolescentes aos métodos contraceptivos, inclusive sendo verificado que o uso de contracepção de emergência é comum entre esse grupo, constata-se que a maior adesão aos métodos contraceptivos está presente no sexo feminino, de modo que, incluindo entre o sexo masculino, cresce conforme a idade. Desta forma existe a necessidade de uma investigação ampla e aprofundada, visto que existe também influência sobre os dados, pela idade acumulada com o número de parceiros sexuais, crescendo desta maneira proporcionalmente à adesão da contracepção de emergência.

PALAVRAS-CHAVE: Anticoncepcionais, Educação Sexual, Eficácia de métodos contraceptivos, Saúde da mulher, Adolescente.

RE(MEANING) THE USE OF CONTRACEPTIVE METHODS AMONG ADOLESCENTS: FACTORS INFLUENCING ADHERENCE, SIDE EFFECTS, AND PHYSIOLOGICAL CHANGES FROM A LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: Objective: To understand the psychological, socioeconomic, physiological, and medical practice characteristics on the continued use of contraceptives among adolescents.

Review: Contraceptive methods are divided into hormonal and barrier methods. According to the literature, there are numerous factors that affect young people's adherence to contraceptives, one of the most significant being the fact that males initiate their sexual lives earlier; however, women have the highest rate of adherence to the use of contraceptive methods. As for non-adherence to contraceptive methods, we can observe that age, cultural and socioeconomic status, the type of relationship, early sex and lack of information directly influence the rates of non-adherence. In this sense, hormonal contraceptives are responsible for physiological changes in the body which, in addition to preventing fertilization, can generate important side effects or even present additional non-contraceptive consequences that meet other needs of adolescents. However, due to their great efficacy and safety, long-acting reversible contraceptives are being recommended as the first line of contraceptive methods for adolescents by numerous medical institutions. **Final considerations:** After verifying the factors of adherence and non-adherence of adolescents to contraceptive methods, including being verified that the use of emergency contraception is common among this group, it is found that the highest adherence to contraceptive methods is present in females, so that, including among males, it increases with age. Thus there is a need for a broad and thorough investigation, since there is also influence on the data, by the cumulative age with the number of sexual partners, growing in this way proportionally to the adherence to emergency contraception.

KEYWORDS: Contraceptive Agents, Sex Education, Contraceptive Effectiveness, Women's Health, Adolescent.

INTRODUÇÃO

Além da prevenção de uma gravidez, o uso de anticoncepcionais pode estar atrelado a outros aspectos da saúde da mulher, como a regulação do ciclo menstrual, o tratamento de acne¹ e, para além do campo fisiológico, à questão psicossocial, entremeada por muito

tabu e desinformação. Existem diversos tipos de anticoncepcionais, tais quais os de longa duração, com exemplos dentre o DIU e o implante contraceptivo, assim como os de curta/média duração, mais comumente encontrado em drogarias (pílulas anticoncepcionais, adesivo, anel vaginal e injeção)². Contudo, são os anticoncepcionais orais combinados (ACOs) que estão a fazer parte, majoritariamente, da rotina das jovens mulheres, sobretudo na última década, ainda que necessitem de uso diário constante e que haja risco de trombose associado³.

O acesso à informação e aos métodos contraceptivos deve ser garantido pelo Estado e pelo sistema de saúde pública e privada para promover diligência responsável e igualitária dos direitos sexuais. Essa proposta foi firmada em Cairo por meio do Plano de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, em 1994. No contexto brasileiro, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), promovido em 1983 pelo Ministério da Saúde, estabeleceu um importante e precursor marco ao promover a ascensão da cidadania e autonomia individual às ações de planejamento reprodutivo.⁴ Assente dados da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos apontam as percentagens de uso de anticoncepcionais (28,2%) e de anticoncepcionais injetáveis (4,5%) em mulheres de 15 a 49 anos, residentes de áreas urbanas.⁵

Na prática, entretanto, a desinformação, seguida de mazelas sociais tais quais o alto desemprego, urbanização vertiginosa e o acesso limitado a uma boa educação de base (incluindo a sexual) são pilares comumente presentes na vida das jovens adolescentes de países periféricos e emergentes, a exemplo do Brasil. O crescimento de jovens nesse meio caótico, em piora graças às recessões advindas da pandemia da COVID-19, com início em 2020, promove um ambiente em que a declaração de uso de algum método de proteção sexual torna-se escassa. Esse contexto foi analisado sobretudo em países com maiores taxas de fecundidade (vide Angola), com porcentagens de até 42,6% de mulheres as quais declararam não se proteger, mesmo sem desejo de uma gestação.⁶

Seguindo a mesma linha de raciocínio, no Brasil fica evidente a gravidade da situação já com os índices do ano de 2019, em que 397.838 mulheres, entre 15 e 19 anos, se tornaram mães ⁷ e segundo uma pesquisa publicada na revista de saúde pública da USP, em 2013, entre todas as mulheres nesta faixa etária, apenas 23,9% utilizam algum método contraceptivo oral ou injetável.⁸

Observando esses dados, esse resultado deve-se tanto à insuficiência de medidas públicas, quanto ao desconhecimento desse público-alvo sobre os distintos métodos anticoncepcionais, já consideráveis em condições socioeconômicas confortáveis, e piores ainda em situações desfavoráveis. Destaca-se ainda que as dúvidas mais comuns abarcam como esses métodos podem atuar na prevenção da gravidez e de que forma poderiam combiná-los para que consigam uma maximização de eficiência (de modo não inconsequente).

Sendo assim, é de extrema relevância o monitoramento de indicadores de desigualdades sociais na avaliação do uso de métodos contraceptivos a partir de realidades regionais, sociais e econômicas específicas. Dessa forma, esses dados podem direcionar o programa de ações e políticas a fim de garantir os direitos sexuais e reprodutivos na perspectiva da equanimidade e da diversidade, visando diminuir os obstáculos ao acesso para diversos métodos contraceptivos, com base nas preferências e necessidades das mulheres.⁹

Diante do exposto, define-se como objetivo do presente trabalho evidenciar as características do uso continuado de anticoncepcionais entre adolescentes, de faixas etárias entre 13-24 anos, intrínsecas a fatores psicológicos, socioeconômicos, culturais, fisiológicos e de prática médica, através de revisão bibliográfica dos últimos 7 anos de estudos sobre o assunto.

REVISÃO

Tipos de métodos contraceptivos

Os métodos contraceptivos se dividem classicamente em métodos hormonais e de métodos barreira. No primeiro grupo estão incluídos: anticoncepcionais orais, injeções de ação prolongada, sistema transdérmico, implante subdérmico, anel intravaginal e dispositivos intrauterinos. Tratando-se dos métodos contraceptivos de barreira, merecem destaque: preservativo masculino, preservativo feminino, diafragma e capa cervical. Entre os diversos métodos presentes no mercado, o paciente, orientado pelo profissional de saúde, poderá escolher o que melhor atende suas demandas, pautado, sobretudo, nos benefícios, efeitos adversos e facilidade do uso.^{10,13}

Ademais, os anticoncepcionais orais consistem em formas sintéticas dos hormônios estrogênio e progesterona de forma conjugada ou isolada. Tais fármacos podem ser usados na forma monofásica, ou seja, quantidades fixas de tais hormônios, ou nas formas bifásicas ou trifásicas, em que há 2 ou 3 comprimidos diferentes, que permitem uma maior similaridade ao ciclo menstrual feminino. Em relação a esse método merecem destaque, as pílulas anticoncepcionais orais combinadas (COC) e as pílulas que possuem apenas progesterona (POP). Os dois métodos possuem elevada eficácia quando há adesão adequada e regularidade de horários.^{10,13}

Em relação aos métodos hormonais de ação prolongada, os mesmos vêm ganhando destaque atualmente, em virtude da maior facilidade de adesão. Nesse âmbito, a injeção de ação prolongada é constituída por acetato de medroxiprogesterona – um derivado da progesterona – e é usada em dose única de 150 mg, sendo administrada a cada 3 meses por um profissional de saúde capacitado. O sistema transdérmico, também pode ser uma opção, sendo constituído pelos hormônios sintéticos norelgestromina e etinilestradiol disponíveis na fórmula de adesivo, que fornece 150 µg de norelgestromina e 35 µg de

etinilestradiol por dia. Para a eficácia desse método deve ser escolhido um local limpo e sem fricção com as roupas cotidianas, não pode haver uso de cremes e óleos na região e seu posicionamento deve ser verificado diariamente, medidas essas que evidenciam a necessidade de um aconselhamento profissional adequado.

Além disso, há a possibilidade do implante subdérmico, sendo considerado o método contraceptivo de maior eficácia tendo duração de 3 anos. Esse método é constituído por uma haste, que libera etonogestrel, envolvida por uma camada de etileno acetato de vinil, que controla a taxa de liberação hormonal diária, que será de 60 a 70 µg / d (no primeiro ano) e de 30 a 40 µg / d (no segundo e terceiro ano). A inserção desse dispositivo é pouco invasiva, mas demanda de um profissional treinado.^{10,13}

Deve-se ressaltar que os dispositivos intravaginais também oferecem opções seguras de contracepção para mulheres. Nessa classe se destaca o anel vaginal, constituído de etonogestrel/etinilestradiol e dotado de uma estrutura não biodegradável, flexível e transparente. O anel é inserido na vagina e deixado no local por 3 semanas, agindo por meio da liberação de 0,120 mg/d de etonogestrel e 0,015 mg/d. Após 3 semanas o dispositivo é removido e a paciente deve ficar uma semana sem o anel.^{10,13}

Já os dispositivos intrauterinos oferecem outras opções de contracepção, podendo conter hormônios ou não. O sistema hormonal consiste de uma estrutura de polietileno em forma de T (corpo em T) com um reservatório de esteróide - contendo levonorgestrel e silício - em torno da haste vertical. Como os outros métodos apenas de progesterol, o sistema intrauterino de liberação de levonorgestrel é compatível com a amamentação no pós-parto imediato. O DIU T Cu 380 A - não hormonal - é constituído por polietileno coberto com cobre na haste vertical e horizontal, esse sistema é eficaz imediatamente após a inserção pode ser inserido a qualquer momento do ciclo menstrual, se for certo de que a mulher não está grávida.^{10,14}

Ao analisar os métodos contraceptivos de barreira, o preservativo masculino merece destaque por ser um dos mais populares métodos contraceptivos de controle de natalidade e, em conjunto com o preservativo feminino, serem os únicos métodos capazes de proteger, também, contra ISTs se usados corretamente. Os principais materiais que compõem os preservativos masculinos são o látex, poli-isopreno, poliuretano ou cordeiro natural, sendo o primeiro o mais usado no Brasil e o último o único que não previne contra ISTs. Os preservativos femininos são feitos de látex e compostos por 2 anéis flexíveis, uma extremidade fechada inserida na vagina e a outra extremidade aberta permanecem fora da vagina. O preservativo protege eficazmente contra IST e HIV transmissão, já o preservativo feminino pode ser inserido em até 8 horas antes da relação sexual e é eficaz contra transmissão de ISTs.¹⁰

O diafragma e a capa cervical são métodos de barreira menos usados, quando comparados aos preservativos. O diafragma é um copo feito de látex ou silicone com uma borda flexível colocada contra as paredes vaginais, cobrindo totalmente o colo do

útero, devendo permanecer na vagina 6 horas após a relação sexual, mas não mais de 24 horas. Normalmente é usado em conjunto com o espermicida, compondo uma barreira física e química ao esperma. Já a capa cervical possui a forma de uma cúpula e é feita de silicone, se ajustando ao colo uterino. Este dispositivo pode ser inserido até 42 horas antes da relação sexual e deve permanecer na vagina por pelo menos 6 horas após a relação sexual.¹⁰

Independente do método de escolha, a paciente deve estar ciente que em caso de falha do método anticoncepcional ou de não adesão há a possibilidade do uso da contracepção de emergência (CE). Assim, nesse grupo estão incluídos os medicamentos ou dispositivos usados após a relação sexual para evitar uma gravidez indesejada. As opções de contraceptivos de emergência incluem: LNG-EC, método de Yuzpe, acetato de ulipristal, mifepristona e inserção de DIU dispositivo intrauterino. Os CE não possuem uma eficácia contraceptiva menor do que os demais métodos contraceptivos, por isso, a provisão clínica desses métodos deve ser uma oportunidade de aconselhamento para o início de um método contraceptivo contínuo.^{12,13}

O primeiro método de contracepção de emergência descrito foi o Regime de Yuzpe, constituído por duas doses de 100mg de etinilestradiol com 0,5 mg de levonorgestrel e deve ser tomado dentro de 72h após a relação sexual desprotegida e repetida após 12h. Esse método é pouco usado atualmente, em virtude da maior eficácia do LNG-EC e pelo elevado risco de tromboembolismo venoso e outros efeitos colaterais. O método contraceptivo de emergência mais usado é o levonogestrel (LNG) administrado em dose única de 1,5mg ou em duas doses de 0,75 mg com intervalo aproximado de 12h. Outros CE de destaque são o acetato de ulipristal (UPA) - modulador seletivo do receptor de progesterona usado como dose única de 30 mg – e o SPRM mifepristone – usado em dose única de 10-25mg em países como China, Vietnã, Rússia e Ucrânia.¹²

É importante ressaltar que o dispositivo intrauterino de cobre é altamente eficaz como CE e para essa finalidade deve ser inserido até 5 dias após a relação sexual. A grande vantagem desse método é a possibilidade de mantê-lo como contracepção de longa duração, o que permite o fornecimento de uma possibilidade de contracepção mais eficaz e duradoura para essa paciente.^{12,13}

EFEITOS COLATERAIS E ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS RELACIONADAS AO USO CONTÍNUO DE ANTICONCEPCIONAIS

Os métodos anticoncepcionais disponíveis para mulheres adultas podem ser utilizados por adolescentes, de modo que nenhum deles é contraindicado levando apenas a idade em consideração^{14,15}. Tanto aqueles de curta como os de longa duração agem por meio de pelo menos um dos seguintes mecanismos: interferência no processo de ovulação, penetração do esperma através da mucosa cervical e alterações morfológicas do

endométrio¹⁶. Nesse sentido, os contraceptivos hormonais são responsáveis por alterações fisiológicas no organismo, as quais, além de impedir a fecundação, podem gerar efeitos colaterais importantes ou mesmo apresentar consequências não contraceptivas adicionais que atendam a outras necessidades de adolescentes¹⁴.

Porém, devido à sua grande eficácia e segurança, os contraceptivos reversíveis de longa duração (CRLDs) são recomendados como primeira linha de métodos anticoncepcionais para adolescentes por instituições como The American Academy of Pediatrics, Society for Adolescent Health and Medicine e American College of Obstetrics and Gynecology¹⁷.

Os CRLDs de maior eficácia consistem nos implantes hormonais subdérmicos, que contém etonorgestrel, metabólito ativo da progestina desogestrel¹⁵. O hormônio absorvido interfere no feedback positivo do estradiol e inibe a liberação do hormônio luteinizante (LH), suprimindo a ovulação em até 99%¹⁶. Contudo, ele não afeta os níveis circulantes de estrogênio e, como consequência, não há supressão folicular¹⁷. Além disso, o mesmo é responsável pelo espessamento da mucosa cervical e pela atrofia da parede uterina¹⁴.

Ademais, são raras as complicações na introdução dos implantes, mas elas incluem irritação local, reação alérgica, infecções, formação de hematoma e lesão nervosa transitória com necessidade de remoção do contraceptivo sob anestesia geral¹⁸. Os principais efeitos colaterais decorrentes de seu uso contínuo envolvem amenorreia ou sangramentos irregulares, sendo os últimos mais frequentes e muitas vezes determinantes da interrupção do método¹⁷. Entretanto, a maioria das mulheres apresenta redução na intensidade e na duração do período menstrual¹⁹.

De acordo com a literatura, alguns pacientes também relatam alterações de humor, ganho de peso, dores de cabeça e acne, mas não são comuns. Ainda são escassos os dados sobre a influência desses métodos na densidade mineral óssea em adolescentes, mas presume-se que seus efeitos são menos intensos quando comparados aos dos contraceptivos injetáveis de progestina isolada, em razão do maior nível de estradiol em usuárias dos implantes subdérmicos (OTT e SUCATO, 2014).

Deve-se ressaltar que os dispositivos intrauterinos (DIUs) podem aumentar o risco de infecção pélvica no primeiro mês em decorrência do procedimento de inserção. Não há evidências sugerindo redução na fertilidade associada aos DIUs, mas infecções sexualmente transmissíveis podem ser responsáveis por isso. A expulsão dos dispositivos completa - para o canal vaginal - ou parcial - para o canal cervical - pode ocorrer. Os índices variam conforme os estudos, mas frequentemente são baixos e aparentemente não apresentam relação com uso de absorventes internos ou de coletores menstruais¹⁸.

Os DIUs hormonais contêm levonorgestrel, uma progestina. Desse modo, aumentam a espessura da mucosa cervical e induzem a atrofia do endométrio e, a depender da quantidade de hormônio liberada pelo dispositivo, podem suprimir ou não o processo ovulatório¹⁶. Efeitos colaterais desse método compreendem ciclos menstruais de

menor duração e intensidade, e mesmo amenorreia¹⁷. Por outro lado, alguns adolescentes têm acne, mastalgia, cefaléia e alterações de humor. Cistos ovarianos também podem surgir, mas geralmente são assintomáticos e não exigem intervenção, resolvendo-se espontaneamente em sua maioria¹⁴. Ainda se estuda a correlação entre os efeitos dos DIUs hormonais com a depressão e casos de gravidez ectópica, sendo fundamental informar os pacientes sobre possíveis riscos do método¹⁸.

O mecanismo de ação do DIU não hormonal consiste na liberação contínua de cobre na cavidade uterina. O metal inicia uma resposta inflamatória estéril no útero e o transforma em um ambiente inóspito para os espermatozoides, de modo a impedir a fecundação¹⁷. Diferentemente do DIU hormonal, esse método tem como principal efeito colateral o aumento da intensidade do sangramento e da dismenorreia durante o período menstrual, caracterizando o principal motivo da interrupção de sua utilização¹⁷.

Os contraceptivos combinados, com destaque os contraceptivos combinados orais (CCO), são os métodos hormonais mais utilizados por adolescentes¹⁷, apesar de menos eficazes que os CRLDs. Eles contêm combinações de estrogênios e progestinas, de maneira que atuam na inibição da ovulação ao diminuir a liberação de hormônios hipofisários por uma alça de feedback negativo¹⁷. Os diferentes subtipos de anticoncepcionais combinados possuem efeitos adversos semelhantes, tais quais a diminuição da duração e intensidade da menstruação e da dismenorreia, mas também podem causar sangramento irregular, náuseas e cefaleia¹⁴. Entretanto, os efeitos colaterais desses contraceptivos podem ser reduzidos com a administração de formulações com menores doses de hormônios¹⁹.

Um fator importante da utilização de anticoncepcionais combinados consiste na exposição de jovens a um maior risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares¹⁹. Vale ressaltar que o efeito adverso mais grave associado ao uso desses métodos é a formação de coágulos sanguíneos, que pode culminar em eventos tromboembólicos¹⁵.

Nem o ganho de peso, nem as alterações de humor foram confiavelmente associados ao uso de contracepção hormonal combinada¹⁵. Por outro lado, esses anticoncepcionais são frequentemente usados como tratamento para acne e hirsutismo decorrentes da síndrome do ovário policístico, visto que reduzem a concentração de testosterona circulante ao aumentarem os níveis de proteína ligadora de hormônios sexuais no sangue¹⁷.

FATORES QUE INFLUENCIAM NA NÃO ADESÃO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS DURANTE A ADOLESCÊNCIA

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde da Juventude (PeNSE) 2015, 27,5% dos adolescentes de 13 a 17 anos já fizeram sexo, e a proporção de adolescentes de escolas públicas (29,7%) que começaram a fazer sexo é quase o dobro dos Estados Unidos. Escolas particulares (15%) indicam que as diferenças socioeconômicas afetam a decisão de adiar a primeira relação sexual²⁰. Entre as adolescentes que relataram ter

relações sexuais, além do preservativo, o número de adolescentes de escolas particulares que faziam uso de outros métodos contraceptivos (pílulas e injeções) era quase 10 vezes maior que o de adolescentes de escolas públicas²².

Estudos envolvendo adolescentes sexualmente também relacionam algumas características com a continuidade da utilização de contraceptivos, tais quais a idade da primeira relação sexual, tipo e duração de relacionamento afetivo, nível de intimidade, nível de comunicação e homogamia do parceiro²¹.

Uma pesquisa efetuada em São Francisco, Califórnia, coletou dados sobre o relacionamento de 1316 mulheres entre 15 e 25 anos de modo a estabelecer uma correlação entre suas características e a utilização de anticoncepcionais hormonais. Após um ano de questionários periódicos aplicados a essas mulheres e adolescentes, 51% delas havia utilizado um método anticoncepcional eficaz na última relação sexual, e aquelas em relacionamentos casuais apresentaram menores chances de utilizarem opções mais confiáveis em relação às que se encontravam em relações consistentes. Inclusive, cabe ressaltar ainda que esse mesmo estudo concluiu que adolescentes - entre 15 e 17 anos - utilizavam métodos contraceptivos menos eficazes que mulheres adultas - entre 20 e 24 anos²¹.

Atualmente, devido à menarca precoce e às grandes oportunidades de relações sexuais, devido ao estímulo do estilo de vida atual e do ambiente de convivência, o sexo começa cada vez mais cedo. Apesar disso, a não adesão de métodos contraceptivos durante a adolescência ainda é uma realidade. Em uma pesquisa realizada em São Paulo, no ano de 2004, 87% dos jovens declararam conhecer os métodos contraceptivos, entretanto, 70% tiveram a primeira relação sexual sem nenhuma proteção. Porém, citar esses métodos não significa necessariamente entendê-los e utilizá-los²³.

Em muitos lugares, os contraceptivos não estão disponíveis para adolescentes, em especial aquelas não casadas. Tal fato acontece em razão de leis e políticas restritivas, e soma-se ao uso incorreto desses métodos devido à falta de confiança em profissionais, conhecimento limitado ou incompleto sobre os métodos, mitos e equívocos, e medo de efeitos colaterais. Ademais, em lugares com poucos recursos, serviços de baixa qualidade também dificultam o acesso à devida orientação e cuidado para essas jovens²⁴.

Em relação ao uso de LARCs (métodos contraceptivos reversíveis de longa duração), há quatro fatores que influenciam no uso e provisão deles por parte das adolescentes. O primeiro fator diz respeito sobre os custos clínicos da aplicação desses dispositivos, uma vez que não são todos os planos de saúde que os oferecem e também há mulheres que não possuem acesso a serviços de saúde. A consciência e atitudes dos adolescentes também é um fator de influência, haja vista que, de acordo com pesquisas realizadas em 2012, apenas 40% das mulheres entre 10-24 entrevistadas já haviam ouvido falar sobre implantes contraceptivos, além da incidência de concepções erradas que apontam os LARCs como causadores de infertilidade, aborto, gravidez ectópica, ganho de peso,

câncer, por exemplo²⁶.

Ademais, há os fatores de “confidencialidade, consentimento e as atitudes dos pais” e de “conhecimento, atitudes e aconselhamento dos profissionais da saúde” que atrelam-se à influência das opiniões dos pais, principalmente das mães, no encorajamento ou desencorajamento do uso de LARCs, às políticas de confidencialidade dos serviços de saúde e às mudanças que a educação acerca de tais métodos no início do treinamento médico exercem na recomendação de LARCS para adolescentes²⁶.

Dessa maneira, algumas medidas podem ser tomadas para maximizar a adesão de adolescentes aos métodos contraceptivos mais eficazes. Dentre elas destaca-se um acompanhamento frequente das pacientes para promover e ratificar escolhas pertinentes e saudáveis no que tange à contracepção e para rastrear comportamentos de risco e infecções sexualmente transmissíveis²⁵.

ADESÃO AOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS POR ADOLESCENTES

Neste tópico, será abordada a adesão de métodos contraceptivos por adolescentes, fenômeno que apresenta heterogeneidade a depender de aspectos como sexo, idade, região, zona de moradia, quantidade de parceiros sexuais e se já tiveram filhos.

Deve-se ressaltar que em relação ao sexo, verifica-se que a taxa de adolescentes (de 12 a 17 anos) do sexo masculino que já iniciaram sua vida sexual (33,5%) é maior que a do sexo feminino (22,6%). Entretanto, apesar dessa diferença, o sexo feminino apresentou maior taxa de uso de métodos contraceptivos na última relação sexual (85,2%) do que o sexo masculino (80,3%)²⁷.

Já em relação à idade, o aumento das taxas de uso de métodos contraceptivos na última relação apresenta-se diretamente proporcional à idade dos jovens, de modo que apenas 67,1% dos adolescentes de 12 anos que iniciarem sua vida sexual usaram contraceptivo em sua última relação, porcentagem que sobe para 85,3% quando referente a jovens de 17 anos²⁷.

O uso de pílulas anticoncepcionais femininas também aumenta conforme a idade dos adolescentes, sendo que 20,8% das jovens de 17 anos que já iniciaram a vida sexual a utilizaram em sua última relação, dado que contrasta com a porcentagem de 2,3% associada às jovens de 12 anos²⁷.

Apesar do aumento diretamente proporcional do uso de contraceptivos em relação à idade dos adolescentes, as taxas de uso de preservativos masculinos na última relação parecem não apresentar proporcionalidade etária. Sobre essa questão, observam-se aumentos entre os intervalos de 12-13 anos, 13-14 anos e 15-16 anos e reduções entre os intervalos de 14-15 anos e 16-17²⁷.

Aspectos regionais e zonas de moradia

É importante ressaltar que a média percentual brasileira de uso de métodos contraceptivos na última relação por adolescentes é de 82,3%²⁷. No entanto, as regiões com taxas abaixo da média supracitada são: Norte e Nordeste (respectivamente, 79,8% e 78%). As regiões com taxas acima da média supracitada são: Centro-Oeste, Sudeste e Sul (respectivamente, 83,1%, 83,5% e 85,9%)²⁷. Portanto, as taxas de uso de métodos contraceptivos na última relação são próximas entre jovens que moram em zonas urbanas e em zonas rurais (82,3% e 81,6%, respectivamente).

Entretanto, essa diferença de zonas de moradia apresenta maiores contrastes no que diz respeito às taxas de uso de pílula anticoncepcional na última relação (13,7% na zona urbana e 3,8% na zona rural) e de uso de preservativo masculino (68,7% na zona urbana e 74,7% na zona rural)²⁷.

Uso de contracepção de emergência por jovens

No estudo de, foi analisado que das jovens de 15 a 19 anos que já haviam iniciado atividade sexual heterossexual, 60% relataram o uso de contracepção de emergência ao menos uma vez na vida, o qual é diretamente proporcional à idade e ao número de parceiros sexuais na vida²⁸.

Parceiros sexuais

Dados de 2015 da literatura científica apontam que mulheres de 15 a 19 anos sexualmente ativas (relações heterossexuais) nos 12 meses anteriores e não grávidas que possuíram apenas um parceiro sexual na vida apresentaram maiores taxas no uso de métodos contraceptivos (86,4%) do que as que apresentaram mais parceiros sexuais (82,7%- 2 ou 3 parceiros- , 65,6%- 4 ou mais parceiros)^{27,28}.

Outro estudo, aponta que mulheres de 15 a 19 anos sexualmente ativas (relações heterossexuais) nos 12 meses anteriores e não grávidas que já tiveram filhos apresentaram maiores taxas no uso de métodos contraceptivos (87,6%) do que as que não tiveram (79,7%).^{27,28}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da análise bibliográfica deste estudo, foram examinadas características - de ordem fisiológica, psicológica, cultural, socioeconômica e qualitativa - do uso continuado de anticoncepcionais entre adolescentes. Nesse sentido, dentre os fatores de adesão a esses contraceptivos, as análises apontaram que a utilização dos métodos aumenta à medida que a idade dos adolescentes avança, bem como se possuem apenas um parceiro sexual, se são mulheres ou se já engravidaram.

Ademais, verificou-se que o uso de contracepção de emergência é comum e também aumenta com a idade e o número de parceiros sexuais. Por outro lado, quanto

aos fatores limitantes à adesão, notou-se que aspectos socioeconômicos - adolescentes de escola pública ou privada -, a duração e o nível de intimidade em relacionamentos, a disponibilidade de informação de qualidade e sua compreensão, o uso incorreto dos métodos, o despreparo de profissionais da saúde, o nível de confidencialidade e o consentimento dos pais impactam a não adesão aos anticoncepcionais e o seu continuado.

Além disso, na análise das alterações fisiológicas e dos efeitos colaterais, observou-se que, apesar de todos os métodos anticoncepcionais possuírem vários efeitos adversos, em sua maioria, de baixa escala, e não serem contra indicados para adolescentes, merecem destaque os LARCS, por garantirem maior eficácia e menores danos secundários, e os CCO, por aumentarem os riscos de desenvolvimento de doenças cardiovasculares e eventos tromboembólicos.

A maior adesão aos métodos contraceptivos está presente entre o sexo feminino, de modo que, incluindo entre o sexo masculino, cresce conforme a idade, a qual também acompanha a aderência ao uso da contracepção de emergência. No entanto, necessita-se, nesse campo, de maior investigação, visto que também exerce influência sobre os dados a idade atrelada ao número de parceiros sexuais na vida, de modo que crescem proporcionalmente à adesão da contracepção de emergência, tipo e duração de relacionamento afetivo, nível de intimidade, nível de comunicação e homogamia do parceiro.

Ante o exposto, reconhece-se a necessidade do desenvolvimento de pesquisas que visem à compreensão das barreiras ao uso continuado de contraceptivos, como a confidencialidade e o estágio dos relacionamentos, e ao desenvolvimento de meios que assegurem o acesso aos métodos anticoncepcionais pelos menos favorecidos.

REFERÊNCIAS

1. OTT, Mary A. **Contraception for Adolescents**. Disponível em: <<https://pediatrics.aappublications.org/content/134/4/e1257>>. Acesso em: 19 jun. 2021.
2. BASTOW Brittny, SHEEDER Jeanelle, GUIAHI Maryam, TEAL Stephanie, **Condom use in adolescents and young women following initiation of long- or short-acting contraceptive methods**, *Contraception* (2017).
3. FRANCIS, Jenny K. R. **Long-Acting Reversible Contraception for Adolescents: A Review**. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28558091/>>. Acesso em 19 jun. 2021.
4. Osís MJMD. **Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil**. *Cad Saude Publica*. 1998;14 Supl 1:S25-32. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X1998000500011https://www.scielo.br/j/csp/a/jJ6GcQvLRp9ygHFTTFbMZVS/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em 19 jun. 2021

5. FARIAS M. R.; LEITE S. N.; TAVARES N. U. L.; OLIVEIRA M. A.; ARRAIS P. S. D.; BERTOLDI A. D. **Use of and access to oral and injectable contraceptives in Brazil.** Rev Saude Publica. 2016;50 Suppl 2:14s. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006176> http://www.rsp.fsp.usp.br/wp-content/uploads/articles_xml/0034-8910-rsp-s2-S01518-87872016050006176/0034-8910-rsp-s2-S01518-87872016050006176.x42806.pdf>. Acesso em 19 jun. 2021
6. AHINKORAH B. O. (2020). **Predictors of unmet need for contraception among adolescent girls and young women in selected high fertility countries in sub-Saharan Africa: A multilevel mixed effects analysis.** PLoS ONE 15(8): e0236352.
7. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estatísticas do Registro Civil 2019.** Disponível em: <<https://sidra.ibge.gov.br/pesquisa/registro-civil/quadros/brasil/2019>>. Acesso em 19 jun. 2021.
8. FARIAS, Marení R. **Utilização e Acesso a Contraceptivos Oraís e Injetáveis no Brasil.** Disponível em: <<https://www.scielo.br/rsp/a/5cpbxtfgGbPCTSHX4dXXyXGK/?format=pdf&lang=pt#:~:text=O%20uso%20de%20contraceptivos%20no,de%20m%C3%A9todo%20contraceptivo%20considerado%20moderno.>>>. Acesso em 19 jun. 2021
9. GONÇALVES T. R. LEITE H.M.; BAIRROS F. S.; OLINTO M.T.A.; BARCELLOS N. T.; COSTA J. S. D. **Desigualdades sociais no uso contraceptivos em mulheres adultas no Sul do Brasil.** Rev Saude Publica. 2019;53:28. Disponível em: <<https://www.scielo.br/rsp/a/CYT57svKjvz9S4Hxhw9YwD/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 19 jun. 2021
10. Colquitt CW, Martin TS. Contraceptive Methods: A Review of Nonbarrier and Barrier Products. *Journal of Pharmacy Practice.* 2017;30(1):130-135. doi:10.1177/0897190015585751
11. ESHRE CapriWorkshop Group. Emergency contraception. Widely available and effective but disappointing as a public health intervention: a review. *Hum Reprod.* 2015 Apr;30(4):751-60. doi: 10.1093/humrep/dev019. Epub 2015 Feb 11. PMID: 25678571; PMCID: PMC4447791
12. OTT, Mary A. Contraception for Adolescents. Disponível em: <<https://pediatrics.aappublications.org/content/134/4/e1257>>. Acesso em: 19 jun. 2021.
13. Apter D. International Perspectives: IUDs and Adolescents. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2019 Sep;32(5S):S36-S42. doi: 10.1016/j.jpag.2019.04.009. PMID: 31585617.
14. Todd N, Black A. Contraception for adolescents. *Journal of clinical research in pediatric endocrinology.* 2020; 12 (Suppl 1), 28.
15. Ott MA, Sucato GS. Contraception for adolescents. *Pediatrics;* 2014 out, 134(4), 1257-1281.
16. Francis JK, Gold MA. Long-acting reversible contraception for adolescents: a review. *JAMA pediatrics.* 2017; 171(7), 694-701.
17. Robbins CL, Ott MA. Contraception options and provision to adolescents. *Minerva Pediatrica.* 2017; 69(5), 403-414.
18. Apter D. Contraception options: aspects unique to adolescent and young adult. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology.* 2018; 48, 115-127.

19. Colquitt CW, Martin TS. Contraceptive methods: A review of nonbarrier and barrier products. *Journal of pharmacy practice*. 2017; 30(1), 130-135.
20. Berlofi LM. Prevenção da reincidência de gravidez em adolescentes: efeitos de um Programa de Planejamento Familiar. *Acta Paul. Enferm*. 2006; 19(2): 196-200.
21. Upadhyay UD, Raifman S, Raine-Bennett T. Effects of relationship context on contraceptive use among young women. *Contraception*, 2016 out; 94(1), 68-73.
22. Arcanjo CM, Oliveira MIV, Bezerra MGA. Gravidez em adolescentes de uma Unidade Municipal de Saúde em Fortaleza Ceará. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2007 set.; 11(3): 445-51.
23. Villela WV, Doreto DT. Sobre a experiência sexual dos jovens. *Cad. Saúde Pública*. 2006; 22(11): 2467-72.
24. Shrestha DR, Bhadra R, Dangal G. Use of Contraceptives among Adolescents: What Does Global Evidence Show and How Can Nepal Learn?. *Journal of Nepal Health Research Council*, 2020 out; 18(4), 588-595.
25. Ott MA, Sucato GS. Contraception for adolescents. *Pediatrics*; 2014 out, 134(4), 1257-1281.
26. PRITT Nicolle M, Norris Alison H, Berlan Elisa D. Barriers and Facilitators to Adolescents' Use of Long-Acting Reversible Contraceptives. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 30 (2017) 18-22
27. Borges ALV, Fujimori E, Kuschnir MCC, Chofakian CBN, Moraes AJP, Azevedo GD et al. ERICA: início da vida sexual e contracepção em adolescentes brasileiros. *Rev Saude Publica*. 2016;50(supl 1):15s.
28. Olsen JM, Lago TDG, Kalckmann S, Alves MCGP, Escuder MML. Práticas contraceptivas de mulheres jovens: inquérito domiciliar no Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica* 2018; 34 (02) e00019617 DOI: 10.1590/0102-311X00019617.

RESILIÊNCIA DOS FAMILIARES CUIDADORES DE PACIENTES IDOSOS: UM ATO DE CUIDAR

Data de aceite: 01/09/2021

Data de submissão: 10/08/2021

Marli Elisabete Machado

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Porto Alegre – Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0000-0002-0675-5629>

Márcio Manozzo Boniatti

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Porto Alegre – Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0000-0001-9921-0785>

Aline dos Santos Duarte

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Porto Alegre – Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0000-0002-5357-1179>

Mari Ângela Victoria Lourenci Alves

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Porto Alegre – Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0000-0002-2297-416X>

Tábata de Cavatá Souza

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Porto Alegre – Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0000-0002-7758-218X>

RESUMO: O envelhecimento da população e o desenvolvimento de doenças crônicas em idosos colocam em alta o papel do cuidador familiar. No intuito de amenizar a sobrecarga física e emocional, os cuidadores familiares de idosos necessitam desenvolver atitudes positivas, o que ajudaria a suportar os fatores negativos e nocivos à saúde advinda do processo de

cuidar, tornando-se resilientes às situações apresentadas. Objetiva-se conhecer a resiliência do cuidador familiar de pacientes idosos. Trata-se de uma pesquisa exploratória do tipo revisão de literatura, cujos dados foram retirados do Scielo e PubMed entre o período de 2010 e 2021. Após a leitura, análise e interpretação dos dados, as publicações evidenciaram que o desenvolvimento de resiliência por cuidadores familiares de pessoas idosas é influenciado por fatores relacionados ao paciente e ao próprio cuidador. Conclui-se que receber a ajuda dos próprios familiares, apoio de rede de amigos e assistência profissional qualificada contribuem para o melhor enfrentamento de uma situação desafiadora pelo cuidador.

PALAVRAS-CHAVE: Resiliência. Cuidadores Familiares. Idosos.

RESILIENCE OF FAMILY CAREGIVERS OF ELDERLY PATIENTS: AN ACT OF CARING

ABSTRACT: The aging of the population and the development of chronic diseases in the elderly place the role of family caregivers in high regard. In order to alleviate the physical and emotional burden, family caregivers of the elderly provide positive attitudes, which would help negative and harmful factors to health arising from the care process, become resilient to situations. The objective is to know the resilience of the family caregiver of elderly patients. This is an exploratory research of the literature review type; characterized data were taken from Scielo and PubMed between the period 2010 and 2021. After

reading, analyzing and interpreting the data, the publications showed that the development of resilience by family caregivers of elderly people is influenced by factors related to the patient and the caregiver. It is concluded that receiving help from family members, support from a network of friends and qualified professional assistance contribute to better coping with a challenging situation by the caregiver.

KEYWORDS: Resilience. Family Caregivers. Elderly.

1 | INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno que pode ser observado em todo o mundo, exigindo da sociedade uma reorganização do mercado de trabalho, das políticas públicas e programas sociais, da própria dinâmica familiar e dos sistemas de saúde. Isso remete muitas vezes ao confronto com incapacidades, dependência e necessidade de cuidados prolongados (PEREIRA *et al.*, 2017).

Conforme Eifert *et al.* (2015), este fenômeno determinará o aumento da prevalência de pessoas com doença crônica ou deficiência que precisam de algum tipo de cuidado. Em grande parte, a responsabilidade do cuidar recairá sobre um dos membros da família. A partir disso, surge o papel do cuidador, que geralmente é um membro da família e assume voluntariamente o cuidado ao idoso (MIRANDA *et al.*, 2015).

O cuidador familiar de idosos torna-se vulnerável a distúrbios psicológicos e pode sofrer esgotamento devido à tensão ou sobrecarga, podendo apresentar sintomas como ansiedade, depressão, diminuição da autoestima, estresse, frustração, reduzida interação social, entre outros. Requer, então, um olhar direcionado, com o objetivo de proporcionar apoio e orientações necessárias para motivar paciente e cuidador, buscando uma melhor qualidade de vida (CABRAL *et al.*, 2014). Neste sentido, a resiliência tem sido investigada como característica importante, podendo funcionar como fator de proteção para a sobrecarga do cuidado (JAKOVLJEVIC, 2017).

Para Manzini e Vale (2016), o desenvolvimento de maiores níveis de resiliência poderia beneficiar tanto o cuidador quanto o idoso que está sob seus cuidados. Voltar a atenção aos cuidadores, entendendo as barreiras físicas, sociais e emocionais envolvidas no ato de cuidar, torna-se imprescindível para proporcionar maior qualidade de vida e um maior nível de resiliência entre os cuidadores (RIBEIRO *et al.*, 2015).

Frente a essas considerações e ao crescente interesse na temática, o presente estudo objetiva conhecer a resiliência do cuidador familiar de pacientes idosos.

2 | MÉTODO

O presente estudo se trata de uma pesquisa exploratória do tipo revisão de literatura. A pesquisa exploratória visa proporcionar ao pesquisador uma maior proximidade com a questão em estudo e tem como prioridade tornar um problema complexo mais explícito, ou mesmo construir hipóteses mais adequadas ao tema proposto (SOUZA; SILVA;

CARVALHO, 2010).

A realização das buscas ocorreu entre maio e julho de 2021, utilizando as bases de dados Scielo e PubMed, com um recorte temporal de 2010 a 2021. Houve uma seleção criteriosa no que diz respeito às obras utilizadas para o desenvolvimento desta revisão. Os descritores utilizados, de modo associado e isolado, foram: “Resiliência”, “Cuidadores Familiares” e “Idosos”, em inglês e português e indexados no DECs (Descritores em Ciências da Saúde). Os critérios de exclusão foram: trabalhos científicos com apenas resumos disponíveis, publicações duplicadas, outras metodologias frágeis, como artigos reflexivos, editoriais, comentários, artigos incompletos, e aqueles que não se enquadravam dentro da proposta oferecida para o tema e/ou estavam fora do recorte temporal.

3 | RESULTADOS

Dentro das buscas foram encontrados 142 artigos; porém, após a exclusão de achados duplicados e incompletos, restringiu-se a 28 obras, estas foram lidas individualmente por dois pesquisadores, na presença de discordâncias entre estes, um terceiro pesquisador foi consultado para opinar quanto à inclusão ou não do artigo. Ao final das análises, 12 artigos foram utilizados na revisão.

Para tolerar as atividades que a rotina do cuidado de uma pessoa idosa exige, os cuidadores precisam apresentar atitudes que os façam suportar a sobrecarga de tarefas decorrentes desta, mostrando-se resilientes em relação à situação. Pode-se, portanto, definir resiliência como sendo a capacidade humana de manter-se bem diante de situações desgastantes e conflitantes. É um processo dinâmico e modificável, gradualmente desenvolvido durante a vida útil (JAKOVLJEVIC, 2017).

A origem da palavra resiliência remonta à física e significa a propriedade de alguns materiais de acumular energia quando deformados sob tensão, e retornar ao estado normal sem ruptura (BHUI, 2014). Um dos primeiros teóricos a utilizar o termo resiliência foi o médico, filósofo e físico inglês Thomas Young em 1807. A ideia de resiliência de Young envolve sub-conceitos como tensão, deformação, plasticidade e elasticidade dos materiais (YUNES, 2010).

Outras definições abordam a resiliência como processo de readaptação diante dos estressores, incluindo recuperação e mesmo crescimento pessoal com as adversidades (MASTEN; TELLEGEN, 2012), enquanto outros autores conceituam resiliência como capacidade de regulação neurobiológica diante do estresse (RUTTEN *et al.*, 2013).

O termo “resiliência” remete à imagem de um salto para adiante, cair e levantar-se, flexibilidade, adaptação, resistência, superação, fortalecimento, recuperação. O sujeito, embora cindido por um trauma, se reconstrói e resiste-sofre, mas tem esperança apesar de tudo. A resiliência humana refere-se às estratégias utilizadas para remover as barreiras que limitam as pessoas. Cada um, em algum momento, deve aprender a suportar e dar o que

tem: caminhar para fora de si mesmo e olhar para dentro para reconhecer a resistência, a compaixão, a coragem e a humanidade consigo mesmo para suportar ou ajudar a tornar suportável as duras jornadas dos outros, como o cuidar de um familiar idoso (MALIK, 2014).

Para Fernández-Lansac *et al.* (2012), a resiliência é a capacidade do cuidador em lidar com os estressores decorrentes da situação com cuidado, sem que a sua saúde física e psicológica fique seriamente comprometida, ou o seu funcionamento normal seja alterado.

Segundo Manzini e Vale (2016), a tarefa de cuidar de um familiar idoso é reconhecida e associada a problemas físicos e emocionais no cuidador. O desgaste da rotina de cuidados pode ocorrer devido à falta de apoio aos cuidadores, falta de conhecimento e/ou falta de preparo para o cuidado (JOHANSEN *et al.*, 2018). No intuito de amenizar a sobrecarga física e emocional, os cuidadores familiares necessitam desenvolver atitudes positivas, que os ajudem a suportar a gama de fatores negativos e nocivos à saúde advinda do processo de cuidar.

Para Manzini e Vale (2016), o desenvolvimento de maiores níveis de resiliência poderia vir a beneficiar tanto o cuidador como o idoso que está sob seus cuidados. Como capacidade de todo ser humano de adaptar-se recorrendo a recursos internos e externos, a resiliência pode ser compreendida como uma manutenção de um processo de desenvolvimento, apesar das condições difíceis, sendo algo sistemático, dinâmico e complexo, resultando da interação entre o indivíduo e o meio.

Para Almeida (2015), diante do sofrimento, que muitas vezes é inevitável, o resiliente consegue manifestar uma esperança de que tudo acabará bem, que a vida precisa e deve continuar. Isto não quer dizer que o resiliente não sofra, que ele possui uma armadura que irá fazer com que ele fique imune às adversidades. O sofrimento o acomete sim, ele se desespera, entristece, mas seu diferencial é justamente o querer levantar, o querer dar a volta por cima.

Desta forma, não se admite dizer que quem possui a capacidade da resiliência seja invulnerável, totalmente protegido e isento de sentir as dores do sofrimento. Para Zauszniewski *et al.* (2015), um menor grau de sobrecarga seria um indicador da adaptação positiva à situação de adversidade vivenciada pelo familiar. A resiliência age como uma intervenção psicológica interna que reduz o sofrimento emocional e mantém a saúde mental ou ajuda a recuperar a saúde mental. A resiliência familiar é uma força duradoura que leva a família a mudar sua dinâmica de funcionamento para superar as tensões encontradas no ato de cuidar ao paciente idoso (HWANG *et al.*, 2018).

Dessa maneira, pode-se incluir também a religiosidade como importante estratégia de enfrentamento para lidar com as situações consideradas difíceis, como no caso do cuidado com idosos dependentes. As religiões aparecem como fontes de conforto e esperança para os cuidadores diante de um momento desafiador, auxiliando aos cuidadores a tornarem-se resilientes às diversas situações apresentadas (ALMEIDA, 2015).

4 | CONCLUSÃO

Neste estudo verificamos que cuidadores que são resilientes vivenciam a situação de cuidado com menor sobrecarga. Além disso, mantêm o funcionamento adaptativo. O indivíduo resiliente fornece um reservatório de força emocional que pode ser acessado para enfrentar os desafios da vida.

Com uma postura voltada não só para quem adoece, mas também para quem cuida, o sistema de saúde precisa ter a família como parceira ativa no cuidado aos idosos. Ao avaliar o processo de resiliência em cuidadores familiares, deve-se pensar não só no indivíduo deslocado de seu contexto, mas deve-se pensar na rede de suporte social, no nível de informação que ele tem, nas habilidades existentes e nas que precisam ser desenvolvidas.

Neste contexto, os profissionais de saúde necessitam compreender as dificuldades enfrentadas pelos cuidadores a fim de contribuir na minimização do impacto ao longo da trajetória para que, além de oferecer o suporte necessário na continuidade do cuidado, seja mantido o bem-estar dos cuidadores. Dessa maneira, modelos de cuidados centrados na família poderão trazer benefício tanto para o paciente quanto para o cuidador.

Em suma, este estudo contribui para o conhecimento da resiliência como fator de proteção aos familiares cuidadores. Por fim, é importante que sejam realizadas mais pesquisas sobre esta temática, visando auxiliar a compreensão dos fatores associados ao nível de resiliência, o que poderia facilitar a elaboração de intervenções para aumentar a resiliência dos familiares cuidadores.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, T.C.S. **Espiritualidade e resiliência: enfrentamento em situações de luto.** *Sacrilogens*, Juiz de Fora, v. 12, n.1, p. 72-91, jan-jun/2015. Disponível em: <http://www.ufjf.br/sacrilogens/files/2016/03/12-1-7.pdf> 73. Acesso em: 28 julho 2021.

BHUI, K. **A fine balance in the science of risk and resilience.** *The British Journal of Psychiatry*. v. 204, n.5, p. 413-4, jan-jun/2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29141459>. Acesso em: 28 julho 2021.

CABRAL, D. F. *et al.* Anxiety, stress and depression in family caregivers of the mentally ill. *Atencion Primaria*, v.46, n.3, 176-179, 2014. Disponível em: [http://www.elsevier.com/retrieve/pii/S0212-6567\(14\)70087-3](http://www.elsevier.com/retrieve/pii/S0212-6567(14)70087-3). Acesso em: 28 julho 2021.

EIFERT, E., *et al.* **Family Caregiver Identity: a Literature.** Review. *Am J Health Education*. V. 46, n. 6, p. 357-367, 2015. Disponível em <https://libres.uncg.edu/ir/uncg.pdf>. Acesso em: 28 julho 2021.

FERNÁNDEZ-LANSAC, *et al.* **Resilience in caregivers of patients with dementia: a preliminary study.** *Rev Esp Geriatr Gerontol*. v.47, n.3, p. 102-109, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22579610>. Acesso em: 28 julho 2021.

HWANG, I. C. *et al.* **Factors Associated With Caregivers&: Resilience in a Terminal Cancer Care Setting.** American Journal of Hospice & Palliative Medicine. v. 35, n. 4, p. 677-683, abril, 2018. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29141459>. Acesso em: 28 julho 2021.

JAKOVLJEVIC, M. **Resilience, Psychiatry and religion from Public and Global Mental Health Perspective. Dialogue and Cooperation in the Search for Humanistic Self, Compassionate Society and Empathic Civilization** Psychiatria Danubina, v. 29, n.3, p. 238-24, 2017. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28949304/>. Acesso em: 28 julho 2021.

JOHANSEN, S.; CVANCAROVA, M.; RULAND, C. **The Effect of Cancer Patients' and Their Family Caregivers' Physical and Emotional Symptoms on Caregiver Burden.** Cancer Nursing, v. 41, n. 2, p. 91–99, 2018. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28426539/>. Acesso em: 28 julho 2021.

MALIK, K. **Sustaining human progress: reducing vulnerabilities and building resilience.** New York: United Nations Development Program; 2014. (Human Development Report 2014). Disponível em <http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr14-report-en-1.pdf>. Acesso em: 28 julho 2021.

MANZINI, C. S. S.; VALE, F. A. C. **Causes of hospital readmission after heart surgery.** Rev. Eletr. Enf. Internet].v.18:e1190.2016. Disponível em [http://Users/User/Downloads/37035-Texto%20do%20artigo-187255-1-10-0161212%20\(2\).pdf](http://Users/User/Downloads/37035-Texto%20do%20artigo-187255-1-10-0161212%20(2).pdf). Acesso em: 28 julho 2021.

MASTEN, A. S.; TELLEGEN, A. **Resilience in developmental psychopathology: Contributions of the Project Competence Longitudinal Study.** Dev. Psychopathol. V. 24, n. 02, p. 345-61, 2012. Disponível em <https://www.cambridge.org/core/journals/development-and-psychopathology/article/abs/resilience-in-developmental-psychopathology-contributions-of-the-project-competence-longitudinal-study/A287942E5006363B80E29EED02C3470D>. Acesso em: 28 julho 2021.

MIRANDA, A. C. C. *et al.* **Avaliação da presença de cuidador familiar de idosos com déficits cognitivo e funcional residentes em Belo Horizonte/MG.** Rev Bras Geriatr Gerontol. v. 18, n. 1, p.141-50, 2015. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/VzVnpHtfM9PRYdRNNTfhx9c/?lang=pt>. Acesso em: 28 julho 2021.

PEREIRA, R. M. *et al.* **Quality of life of elderly people with chronic kidney disease in conservative treatment.** Rev Bras Enferm. v. 70, n.4, p.851-859, 2017. [ThematicEdition “Good Practices: Fundamentals of care in Gerontological Nursing”]. Disponível em https://file:///C:/Users/User/Downloads/Quality_of_life_of_elderly_people_with_chronic_kid.pdf. Acesso em: 28 julho 2021.

RIBEIRO, S. *et al.* **Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica.** Cadernos Saúde Coletiva. v.23, n. 01, p. 140-149, 2015. Disponível em <https://www.scielo.br/j/cadasc/a/44RVyk93hQnQy6GY4MmhHNP/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 julho 2021.

RUTTEN, B. P. F. *et al.* **Resilience in mental health: linking psychological and neurobiological perspectives.** Acta Psychiatrica Scandinavica. v. 128. n.1, p.3–20, 2013. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23488807/>. Acesso em: 28 julho 2021.

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, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf. Acesso em: 27 julho 2021.

YUNES, M. A. M. **Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família.** *Psicol. estud.*, Maringá, v.8, n.05, p. 75-84, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722003000300010&lng=en&nrm=iso; Acesso em 29 de julho de 2021.

ZAUSZNIEWSKI, J. *et al.* **Indicators of resilience in family members of adults with serious mental illness.** *Psychiatr Clin North Am.* v. 38, n. 1, p. 131-146, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf. Acesso em: 27 julho 2021.

SAÚDE DIGITAL E OS DESAFIOS DE SUA INSERÇÃO NA PRÁTICA FARMACÊUTICA

Data de aceite: 01/09/2021

Data de submissão: 06/08/2021

Josué Ferreira Coutinho

Mestrado Profissional em Ciência e Tecnologia
Farmacêutica, Faculdade de Farmácia,
Universidade Federal do Rio de Janeiro,
Hospital de Força Aérea do Galeão (HFAG),
Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF-
HFAG)

Rio de Janeiro - RJ

<http://lattes.cnpq.br/6517988953060623>

<https://orcid.org/0000-0003-0575-2474>

Hílton Antônio Mata dos Santos

Faculdade de Farmácia, Departamento de
Análises Clínicas e Toxicológicas,
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro - RJ

<http://lattes.cnpq.br/5709014279058289>

<https://orcid.org/0000-0003-1881-0231>

RESUMO: A pandemia de síndrome respiratória aguda grave causada pelo novo coronavírus 2, causador da doença Covid-19, é um dos marcos de maior relevância na história mundial. No Brasil, o vírus provocou milhares de casos e mortes, que impactaram diversos segmentos da sociedade. Nesse novo cenário, a utilização de ferramentas digitais da Quarta Revolução Tecnológica foi uma estratégia necessária para a humanidade manter suas atividades nos aspectos sociais, políticos e econômicos. A era digital provoca os gestores da saúde a desenvolverem novas atribuições e habilidades

que contribuam no ingresso das instituições neste novo e complexo cenário. Esse fato acelerou o processo de transformação tecnológica na saúde em todo o mundo, impulsionando a Saúde Digital, área que utiliza soluções inovadoras de Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) e tecnologias digitais, como: internet das coisas (IoT), grandes bases de dados (*big data*), realidade aumentada, robótica, impressão em 3 dimensões, sistemas ciberfísicos, computação em nuvem, digitalização e conectividade entre coisas e pessoas, inteligência artificial (IA), edição gênica, biotecnologia, nanotecnologia e neurociência para atender às necessidades em saúde. Esse momento de avanços tecnológicos nos segmentos da saúde tem acarretado que as instituições reavaliem seus métodos e processos de trabalho, a fim de torná-los mais eficientes. Na área farmacêutica, o processo de avaliação e incorporação de tecnologias digitais em saúde é considerado de grande relevância, já que ferramentas utilizadas em Saúde Digital podem contribuir com a otimização da prática farmacêutica, além de reduzir os custos relacionados a erros de medicação e falhas na farmacoterapia. Sendo assim, o farmacêutico é desafiado a inserir estratégias inovadoras em Saúde Digital, a fim de garantir o futuro de suas práticas clínicas e comerciais, além de contribuir com soluções inovadoras que permitam maior acessibilidade e garantam a qualidade dos serviços farmacêuticos prestados.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde digital; Transformação digital; Tecnologia; Prática farmacêutica; Farmácia.

DIGITAL HEALTH AND THE CHALLENGES OF ITS INSERTION IN PHARMACEUTICAL PRACTICE

ABSTRACT: The severe acute respiratory syndrome pandemic caused by the new coronavirus 2, which causes Covid-19 disease, is one of the most relevant milestones in world history. In Brazil, the virus caused thousands of cases and deaths, which impacted different segments of society. In this new scenario, the use of digital tools from the Fourth Technological Revolution was a necessary strategy for humanity to maintain its activities in social, political and economic aspects. The digital age causes health managers to develop new attributions and skills that contribute to the entry of institutions into this new and complex scenario. This fact accelerated the process of technological transformation in health around the world, boosting Digital Health, an area that uses innovative solutions in Information and Communication Technologies (ICTs) and digital technologies, such as: internet of things (IoT), large bases of data (big data), augmented reality, robotics, 3 dimensions printing, cyberphysical systems, cloud computing, digitization and connectivity between things and people, artificial intelligence (AI), gene editing, biotechnology, nanotechnology and neuroscience to meet the needs in health. This moment of technological advances in the health segments has caused institutions to reassess their work methods and processes, in order to make them more efficient. In the pharmaceutical area, the process of evaluating and incorporating Digital Health technologies is considered of great relevance, as tools used in Digital Health can contribute to the optimization of pharmaceutical practice, in addition to reducing costs related to medication errors and failures in pharmacotherapy. Thus, the pharmacist is challenged to insert innovative strategies in Digital Health, in order to guarantee the future of their clinical and commercial practices, in addition to contributing with innovative solutions that allow greater accessibility and guarantee the quality of the pharmaceutical services provided.

KEYWORDS: Digital health; Digital transformation; Technology; Pharmacy practice; Pharmacy.

1 | INTRODUÇÃO

A pandemia de síndrome respiratória aguda grave causada pelo novo coronavírus 2 (SARS-CoV-2), causador da doença Covid-19, é um dos marcos de maior relevância na história mundial. No Brasil, o vírus provocou milhares de casos e mortes, que impactaram diversos segmentos da sociedade (CASTRO et al., 2021; GADELHA, 2021).

Nesse cenário pandêmico, o mundo desacelerou e quase estagnou em sua base física, mas não na virtual. As tecnologias digitais protagonizaram uma fundamental mobilização econômica e política da sociedade, tornando-se cada vez mais essencial na área financeira, educacional, social, de entretenimento, de produção e de comercialização, e da saúde (LASTRES et al., 2021).

Com a pandemia de Covid-19, vários países tiveram que ampliar significativamente suas formas de apoio às ações de ciência, tecnologia e inovação na área da saúde (VARGAS et al., 2021). Destaca-se o consórcio COVAX da Organização Mundial da Saúde (OMS) que conta com uma colaboração global inovadora para acelerar o desenvolvimento, produção

e acesso equitativo de testes, tratamentos e vacinas utilizadas para o enfrentamento da Covid-19 a todos os países (WHO, 2021). No Brasil, enfatizou-se a importância da informação adequada e fundamental para auxiliar na tomada de decisão frente às necessidades a curto, médio e longo prazos em saúde (BRASIL, 2020b). Esta ampliação contribuiu para propagação do uso das tecnologias da Quarta Revolução Tecnológica e aumentou a utilização de tecnologias digitais remotas na área da saúde (GADELHA, 2021).

21 A QUARTA REVOLUÇÃO TECNOLÓGICA E A TRANSFORMAÇÃO DIGITAL NA SAÚDE

As quatro Revoluções Industriais foram marcos na história que permitiram o avanço da sociedade. A Primeira teve como marco as fábricas movidas a vapor. A aplicação da ciência na produção e manufatura em massa caracterizou a Segunda; e a digitalização e automação definiram a Terceira. Já a Quarta e mais recente Revolução é caracterizada pelo uso de tecnologias que alteraram rapidamente e drasticamente a maneira como as pessoas criam, trocam e distribuem valor (SCHWAB, 2021).

O conceito de Quarta Revolução Industrial, Quarta Revolução Tecnológica, ou Indústria 4.0 é baseado na utilização de tecnologias inovadoras, como: internet das coisas (IoT), grandes bases de dados (*big data*), realidade aumentada, robótica, impressão em 3 dimensões, sistemas ciberfísicos, computação em nuvem, digitalização e conectividade entre coisas e pessoas, inteligência artificial (IA), edição gênica, biotecnologia, nanotecnologia e neurociência, com o objetivo de transformar digitalmente o processo produtivo e gerar novas oportunidades pelas organizações (SCHWAB, 2021; LAPOLLI et al., 2021).

De acordo com SCHWAB (2021) a Quarta Revolução Industrial envolve uma mudança sistêmica em vários aspectos da vida humana, caracterizando um prenúncio de várias convulsões sociais, políticas, culturais e econômicas que ocorrerão ao longo do século XXI.

O dinamismo propiciado pela Indústria 4.0 rompe as barreiras entre as áreas do conhecimento, o mundo biológico e material, além das relacionadas à produção de bens e serviços para a saúde, exigindo profundas mudanças nas bases de fundamentação da saúde que não podem mais ser desconsideradas (GADELHA, 2021). Com base na ampla disponibilidade dessas tecnologias digitais, a Quarta Revolução Tecnológica é impulsionada em grande parte pela convergência de inovações digitais, biológicas e físicas (SCHWAB, 2021).

Como tecnologias inovadoras, destacam-se os aplicativos e softwares desenvolvidos com objetivo de assessorar os profissionais de saúde em suas atividades. Empresas de tecnologia de consumo como Apple®, Google® e Fitbit® já estão inseridas neste mercado de assistência médica e estão sendo aperfeiçoados para atender outras classes de profissionais de saúde, como: enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos, biomédicos e

outros (BINDHIM; TREVENA, 2015).

A era digital provoca os gestores da saúde a desenvolverem novas atribuições e habilidades que contribuam no ingresso das instituições neste novo e complexo cenário. Este momento de avanços tecnológicos nos segmentos da saúde tem acarretado que as organizações reavaliem seus métodos e processos de trabalho, a fim de torná-los mais eficientes (MATT et al., 2015).

3 | SAÚDE DIGITAL: CONCEITO E CONTEXTUALIZAÇÃO

Em 2018, os representantes e delegados de 191 Estados Membros da OMS aprovaram por unanimidade, durante a Septuagésima Primeira Assembleia Mundial da Saúde, uma resolução das implicações para o desenvolvimento de uma estratégia global de saúde digital para subsidiar os esforços para alavancar a cobertura universal de saúde (WHO, 2018).

De acordo com a formação, sensibilidade e conhecimento, para alguns, a Saúde Digital possui relação apenas com tecnologia, enquanto que para outros, refere-se a novas formas de comunicação ou automação no atendimento. Embora todas essas definições não estejam necessariamente erradas, é importante buscar o alinhamento sobre uma visão comum do valor agregado da aplicação da digitalização à saúde. Em que, “digital” refere-se a dados ou sinais registrados, armazenados, expressos e transmitidos em série pelo dígito 1 (sinal presente) ou pelo dígito 0 (sinal ausente) (ODONE et al., 2019).

Sendo assim, a OMS (WHO, 2019) define Saúde Digital como a área que utiliza soluções inovadoras de Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) e tecnologias digitais para atender às necessidades em saúde, abrangendo todos os conceitos de aplicação das TICs, incluindo e-Saúde (*e-Health*), telemedicina, telessaúde e saúde móvel (*m-Health*). Como subconjunto da saúde digital, o termo saúde móvel refere-se a práticas médicas e de saúde pública suportadas por dispositivos móveis, como: telefones celulares inteligentes (*smartphones*), tablets, dispositivos de monitoramento de pacientes e assistentes digitais pessoais, com o intuito de facilitar a prestação de serviços de saúde (WHO, 2019).

Segundo o Departamento de Saúde do Governo Australiano o sucesso das tecnologias móveis de saúde implementadas durante a pandemia da Covid-19 refletem a baixa mortalidade do país (AUSTRALIAN GOVERNMENT, 2021).

Na China, durante o enfrentamento da Pandemia de Covid-19, as TICs em saúde auxiliaram no controle da propagação interna da doença, com a promoção de uma estratégia em saúde móvel, utilizando aplicativos, sensores, mídia social e tecnologias de rastreamento de localização, a fim de obter dados médicos e prestar serviços de saúde (SIM, 2019). Um exemplo de uma aplicação de tecnologia de saúde móvel utilizada na China durante a pandemia de Covid-19 está apresentado na figura 1. Os autores apresentam a

aplicação da China no fluxo de trabalho da saúde móvel com a IoT quanto a conectividade dos dados passivos armazenados no *smartphone* do cidadão (registro familiar, aquisição de medicamentos, histórico de viagens e outros) via *Bluetooth* ou *Wi-Fi*, relacionando-os com os dados ativos informados pelos indivíduos. O produto da integração do estado de saúde auto-relatado com o histórico passivo geram resultados emitidos em código QR (*QR code*) classificados em três níveis de cores: vermelha (alto risco), amarela (médio risco) e verde (baixo risco), os quais restringiam a livre circulação em espaços públicos apenas aos cidadãos classificados na cor verde, para evitar a disseminação causada pela Covid-19 (WU et al., 2020).



Figura 1. Exemplo de aplicação de tecnologia em saúde móvel durante a pandemia de Covid-19 e além (Adaptado de: WU et al., 2020).

No Brasil, a Portaria nº 589/2015 institui uma Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) que preconiza a promoção da melhoria da administração no uso da informação, das soluções de tecnologia da informação e da saúde digital, tendo em vista à inovação em saúde, à evolução digital do governo e os processos de trabalho aplicados à saúde (BRASIL, 2015). Em 2020, institui-se a Estratégia de Saúde Digital com a finalidade de direcionar as atividades relacionadas à saúde digital no Brasil, compreendido no período dos anos de 2020 a 2028, de acordo com a PNIIS (BRASIL, 2020b). Nesse mesmo ano, durante a pandemia de Covid-19, o Ministério da Saúde instituiu a Portaria 1.434 com a criação do programa “Conecte SUS”, como principal iniciativa da Estratégia de Saúde Digital, a fim de impulsionar a priorização de ações que integrassem serviços sobre a Covid-19, como: a telemedicina, novos aplicativos direcionados para autoavaliação de usuários, disponibilização de informação para cidadãos, profissionais de saúde e gestores sobre a doença e situação da pandemia (BRASIL, 2020a).

A utilização de tecnologia móvel promove o conhecimento direto e objetivo, proporcionando um maior envolvimento dos profissionais de saúde no local de trabalho (BULLOCK et al., 2015), como também oferece oportunidades para aprimorar o cuidado prestado ao paciente de forma individualizada, e auxilia na melhora de qualidade de vida da população (TOROUS; ROBERTS, 2017; LIMA et al., 2019).

O processo de avaliação e incorporação de tecnologias de inovação em saúde apresentou um crescimento relevante na área farmacêutica (LEITE et al., 2020). O desenvolvimento destas tecnologias é considerado uma área da pesquisa de grande interesse, devido ao aumento dos custos dos sistemas de saúde; aumento da expectativa de vida; maior entendimento sobre o processo de saúde-doença, e aceleração do desenvolvimento tecnológico (LIMA et al., 2019).

4 | FERRAMENTAS UTILIZADAS EM SAÚDE DIGITAL NA PRÁTICA FARMACÊUTICA

O aumento das atividades clínicas exercidas pelo farmacêutico contemporâneo ocorreu devido ao crescimento populacional e alterações no perfil epidemiológico da sociedade (DALTON et al., 2017). Fatores como morbidade e mortalidade associados a patologias e agravos não transmissíveis, e a falhas na farmacoterapia, contribuíram para este aumento, que acarretou impactos aos sistemas de saúde e exigiu um novo perfil de profissional farmacêutico, que teve sua atuação reorientada a buscar inovações tecnológicas em saúde aplicadas às necessidades terapêuticas da população (BRASIL, 2013; BAINES et al., 2020).

Dentre as diversas ferramentas utilizadas em saúde digital na prática farmacêutica, pode-se destacar:

- os Registros Eletrônicos de Saúde, que podem auxiliar no acompanhamento do paciente, operacionalizando as práticas clínicas e evitando erros de medicação, como os causados por alergias a medicamentos e interações medicamentosas (ATASOY et al., 2019);
- os *softwares* ou aplicativos de apoio à decisão clínica, que são desenvolvidos para ajudar os prescritores a prescreverem medicamentos com segurança, além de alertar o risco de interações medicamentosas que podem ocorrer no momento da prescrição (BELL et al., 2019);
- os sistemas de prescrição eletrônica, que são um dos principais disseminadores da saúde digital que aumentam a confiança e segurança dos pacientes, tornando-se cada vez mais populares nos sistemas de saúde do mundo (ALDUGHAYFIQ; SAMPALLI, 2021);
- a IoT, que está sendo utilizada em uma série de atividades relacionadas a adesão do paciente à farmacoterapia e o monitoramento da armazenagem de medicamentos (MAMBOU et al., 2016).

É cada vez mais expressivo o aumento dos gastos globais relacionados à saúde. Como fatores associados a este crescimento, destacam-se: os custos com medicamentos, problemas relacionados à farmacoterapia e erros de medicação (DALTON et al., 2017). Um erro de medicação é qualquer evento evitável que pode levar ao uso inadequado de medicamentos ou danos ao paciente enquanto o medicamento está sob os cuidados do profissional de saúde, paciente ou do consumidor (NATIONAL COORDINATING COUNCIL FOR MEDICATION ERROR REPORTING AND PREVENTION, 2021).

O aumento da prevalência de erros de medicação é um entrave aos sistemas de saúde, contribuindo para o surgimento de eventos adversos relacionados a medicamentos (DALTON et al., 2017). Em 2017, a OMS estimou que as despesas globais relacionadas a erros de medicação são de U\$ 42 bilhões por ano e incentivou uma iniciativa global para segurança do paciente intitulada “Medicação sem danos”, no intuito de diminuir em 50% os prejuízos relacionados aos erros de medicação em todo o mundo nos próximos cinco anos. (WHO, 2017a). Nos Estados Unidos, avalia-se que os erros de medicação causam pelo menos uma morte todos os dias e danos em aproximadamente 1,3 milhão de pessoas por ano (WHO, 2017b). No Brasil, segundo o 8º Boletim de Farmacovigilância (BRASIL, 2019), 1.500 erros de medicação relacionados à administração de medicamentos foram identificados em um estudo realizado em hospitais públicos brasileiros nas regiões norte, nordeste, centro-oeste e sudeste, demonstrando que 30% das doses administradas continham algum tipo de erro.

Sendo assim, uso adequado de tecnologias em saúde nos serviços farmacêuticos pode contribuir para a redução das taxas de erros de medicação, acarretando em uma diminuição dos custos de saúde (DANTON et al., 2017; LEITE et al., 2020).

5 | SAÚDE 4.0: DESAFIOS DA INSERÇÃO DE SAÚDE DIGITAL NA PRÁTICA FARMACÊUTICA

As mudanças acarretadas pela Quarta Revolução Tecnológica são tão sólidas que, no ponto de vista humano, nunca houve um momento de maior oportunidade ou potencial perigo associados à Indústria 4.0. O possível risco deve-se ao fato de que sistematicamente os tomadores de decisão estão presos a um pensamento linear que dificulta a transformação do meio (SCHWAB, 2021).

Essa preocupação existe em diversas áreas, inclusive na área farmacêutica, a qual se continuar com um pensamento tradicional, irá assumir um futuro que será uma extensão do passado, caracterizando a Indústria 4.0 como uma potencial ameaça à profissão farmacêutica. Em contrapartida, para que isso não ocorra, deve haver uma necessidade urgente do setor farmacêutico considerar a Quarta Revolução Tecnológica como o futuro de suas práticas clínicas e comerciais (BAINES et al., 2020).

O termo Saúde 4.0 é empregado quando o setor impactado pelas transformações

tecnológicas oriundas da Indústria 4.0 é da área da saúde (GADELHA et al., 2021). Neste contexto, o farmacêutico precisa incorporar à sua formação conhecimentos sobre saúde digital, destacando-se: IA, robótica, IoT, impressão 3-D, nanotecnologia, biotecnologia, ciência dos materiais e armazenamento de energia. Caso contrário, essas tecnologias poderão ser capazes de perturbar as formas de como os medicamentos estão sendo dispensados e como os pacientes recebem o suporte no momento da administração de seus medicamentos (BAINES et al., 2020).

A transformação digital na saúde é a engrenagem para que os dados obtidos das diferentes inovações tecnológicas possam oferecer diversas alternativas, como: aprimoramento na segurança de ensaios clínicos, vigilância de patologias, adesão dos pacientes aos tratamentos prescritos, e conseqüentemente, aperfeiçoamento dos resultados que forneçam maior qualidade de vida aos pacientes, através de benefícios potencialmente significativos, com impactos sociais e econômicos (RABELLO, 2019). Por isso, a prática farmacêutica precisa o quanto antes de um novo roteiro, com estratégias inovadoras que contribuam na ruptura de paradigmas e na transformação do papel do farmacêutico. Para manter sua posição no mercado, o farmacêutico precisa aprender a utilizar as ferramentas da Saúde Digital ao seu favor (BAINES et al., 2020).

6 | CONCLUSÃO

A Saúde Digital já é uma realidade que não pode ser mais ignorada e que tampouco deve ser temida pelos profissionais da saúde, incluindo o farmacêutico. Suas potencialidades e aplicações para melhoria dos serviços prestados ao paciente devem ser exploradas e aprimoradas ao máximo por seus usuários. Desta forma, espera-se que área farmacêutica esteja inserida e acompanhe essa transformação tecnológica, apresentando conhecimentos ligados à Saúde Digital desde o início da formação acadêmica dos futuros farmacêuticos até os cursos de pós-graduação, em virtude da necessidade de aperfeiçoar a prática farmacêutica e os processos em saúde, a fim de garantir qualidade e bem-estar a toda sociedade.

REFERÊNCIAS

ALDUGHAYFIQ, B.; SAMPALLI, S. Digital Health in Physicians' and Pharmacists' Office: A Comparative Study of e-Prescription Systems' Architecture and Digital Security in Eight Countries. **OMICS**, v. 25, n. 2, p. 102-122, 2021.

ATASOY, H., et al. The Digitization of Patient Care: A Review of the Effects of Electronic Health Records on Health Care Quality and Utilization. **Annu Rev Public Health**, v. 40, p. 487-500, 2019.

AUSTRALIAN GOVERNMENT. Department of Health, 2021. **Coronavirus (COVID-19) case numbers and statistics**. Disponível em: <<https://www.health.gov.au/news/health-alerts/novel-coronavirus-2019-nCoV-health-alert/coronavirus-covid-19-case-numbers-and-statistics>>. Acesso em: 03 ago 2021.

LAPOLLI, P. C.; et al. A Transformação Digital em tempos de crise: barreiras e desafios. *In: MAXIMO, E. Z.; et al. (org.). Perspectivas em Engenharia, Mídias e Gestão do Conhecimento Volume I.* Mato Grosso: Pantanal Editora, 2021, p. 25-36.

LASTRES, H., et al. Transformações e aprendizados da Covid-19 e a dimensão territorial da saúde: por uma nova geração de políticas públicas para o desenvolvimento. **Cadernos do Desenvolvimento**, v. 16, n. 28, p. 87-114, 2021.

LEITE, K. R.; et al. Ferramentas tecnológicas para prevenção dos erros de medicação no ambiente hospitalar. *In: SEMINÁRIO DE TECNOLOGIAS APLICADAS EM EDUCAÇÃO E SAÚDE, 1., 2020. Anais eletrônicos...*, 2020. Disponível em: <https://www.revistas.uneb.br/index.php/staes/article/view/8225>. Acesso em: 1 ago. 2021.

LIMA, S. G. G.; et al. O processo de incorporação de tecnologias em saúde no Brasil em uma perspectiva internacional. **Ciênc Saúde Colet**, v. 24, n. 5, p. 1709-1722, 2019.

MAMBOU, E. N.; et al. Monitoring of the medication distribution and the refrigeration temperature in a pharmacy based on Internet of Things (IoT) technology. *In: MEDITERRANEAN ELECTROTECHNICAL CONFERENCE (MELECON), 18., p. 1-5, 2016, Cyprus. Anais eletrônicos...* Cyprus: IEEE, 2016. Disponível em: <<https://ieeexplore.ieee.org/document/7495412>>. Acesso em: 1 ago. 2021.

MATT, C.; et al. Digital transformation strategies. **Bus Inf Syst Eng**, v. 57, p. 339-343, 2015.

NATIONAL COORDINATING COUNCIL FOR MEDICATION ERROR REPORTING AND PREVENTION. **Taxonomy of Medication Errors Now Available.** New York, NY, 2021. Disponível em: <<https://www.nccmerp.org/sites/default/files/taxonomy2001-07-31.pdf>>. Acesso em: 1 ago. 2021.

ODONE, A., et al. Public health digitalization in Europe: EUPHA vision, action and role in digital public health. **European Journal of Public Health**, v. 29, Supplement_3, p. 28-35, 2019.

RABELLO, G. M. O foco no paciente é o principal pilar da transformação digital na Saúde!. **Rev bras geriatr gerontol**, v. 22, n. 1, p. e190074, 2019.

SCHWAB, K. The Fourth Industrial Revolution. **Encyclopedia Britannica**, 2021, Disponível em: <<https://www.britannica.com/topic/The-Fourth-Industrial-Revolution-2119734>>. Acesso em: 1 ago. 2021.

SIM, I. Mobile Devices and Health. **N Engl J Med**, v. 381, p. 956-968, 2019.

TOROUS, J.; ROBERTS, L. W. The Ethical Use of Mobile Health Technology in Clinical Psychiatry. **J Nerv Ment Dis**, v. 205, n. 1, p. 4-8, 2017.

VARGAS, M. A.; et al. Ciência, tecnologia e inovação em tempos de pandemia: implicações da Covid-19. **Cadernos do Desenvolvimento**, v. 16, n. 28, p. 145-172, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Medication Without Harm - Global Patient Safety Challenge on Medication Safety.** Geneva: World Health Organization, 2017a. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2017.6>>. Acesso em: 1 ago. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO Launches Global Effort to Halve Medication-Related Errors in 5 Years**. Geneva: World Health Organization, 2017b. Disponível em: <<https://www.who.int/news/item/29-03-2017-who-launches-global-effort-to-halve-medication-related-errors-in-5-years>>. Acesso em: 1 ago. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Seventy-first World Health Assembly**. Geneva: World Health Organization, 2018. Disponível em: <<https://www.who.int/about/governance/world-health-assembly/seventy-first>>. Acesso em: 1 ago. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening**. Geneva: World Health Organization, 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <<https://www.who.int/about/governance/world-health-assembly/seventy-first>>. Acesso em: 1 ago. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **COVAX: Working for global equitable access to COVID-19 vaccines**. Geneva: World Health Organization, 2021. Disponível em: <<https://www.who.int/initiatives/act-accelerator/covax>>. Acesso em: 1 ago. 2021.

WU, J.; et al. Mobile health technology combats Covid-19 in China. **J Infect**, v. 82, n. 1, p. 159-198, 2021.

CAPÍTULO 16

SAÚDE DO TRABALHADOR DA SAÚDE E AS ABORDAGENS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM TEMPOS DE PANDEMIA

Data de aceite: 01/09/2021

Data de submissão: 18/07/2021

Lívia Santana Barbosa

Universidade Federal de Uberlândia
Uberlândia - MG
<https://lattes.cnpq.br/7918252506805132>

Mariana Machado dos Santos Pereira

Proadi/ SUS
Uberlândia - MG
<http://lattes.cnpq.br/2555822000588949>

Carine Ferreira Lopes

Universidade Federal de Uberlândia
Uberlândia - MG
<http://lattes.cnpq.br/7559649922521325>

Renata de Oliveira

Universidade Federal de Uberlândia
Uberlândia - MG
<https://lattes.cnpq.br/051177280837084>

Magda Helena Peixoto

Prefeitura Municipal de Uberlândia
Uberlândia - MG
<https://Lattes.cnpq.br/3099547852752480>

Heliamar Vieira Bino

Universidade Federal de Uberlândia
Uberlândia - MG
<http://lattes.cnpq.br/2093761335770221>

Juliana Sobreira da Cruz

Universidade Federal de Uberlândia
Uberlândia - MG
<http://lattes.cnpq.br/7727046250554466>

Emerson Gomes de Oliveira

Universidade Federal de Uberlândia
Uberlândia - MG
<https://lattes.cnpq.br/7936908631599298>

Júnia Eustáquio Marins

Universidade Federal de Uberlândia
Uberlândia - MG
<http://lattes.cnpq.br/1066196918695360>

Rogério de Moraes Franco Júnior

Hospital Santa Marta
Uberlândia - MG
<http://lattes.cnpq.br/1950904670856567>

Lídia Fernandes Felix

Universidade Federal de Uberlândia
Uberlândia - MG
<http://lattes.cnpq.br/2746733841557325>

Thays Peres Brandão

Universidade Federal de Uberlândia
Uberlândia - MG
<http://lattes.cnpq.br/0857704143417847>

RESUMO: A Saúde do Trabalhador no Brasil é oriunda de um intenso movimento social em busca de melhores condições de vida e trabalho. Por ser um campo de constante estudo, em 2011 publicou-se a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho e em 2012 a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora. Na implantação dessas políticas, não se imaginava que, poucos anos depois, vivenciariamos a pandemia de COVID-19 e, que esta afetaria sobremaneira a saúde dos profissionais da saúde. Por isso este estudo se prestou relacionar

as públicas nacionais de saúde e trabalho à Pandemia de COVID-19. Utilizou-se a metodologia de pesquisa teórico-bibliográfica, por meio de materialismo histórico. Os resultados foram apresentados pela similaridade dos materiais publicados por meio das seguintes categorias: Brasil e a história da Saúde do Trabalhador; Trabalhador da Saúde e as Políticas Públicas de Saúde e de Trabalho na COVID 19. Portanto, as políticas públicas nacionais de saúde e trabalho com o olhar voltado para os profissionais da saúde, na Covid-19, asseguram os direitos trabalhistas. Porém esses profissionais vivem um engodo, no qual a prática e teoria se encontram muito distantes.

PALAVRAS-CHAVE: COVID-19. Políticas públicas de saúde. Políticas públicas de trabalho. Saúde do Trabalhador.

HEALTH WORKERS' HEALTH AND PUBLIC POLICY APPROACHES IN TIMES OF PANDEMIC

ABSTRACT: Workers' Health in Brazil comes from an intense social movement in search of better living and working conditions. As it is a field of constant study, in 2011 the National Occupational Safety and Health Policy was published and in 2012 the National Occupational Health Policy. In the implementation of these policies, it was not imagined that, a few years later, we would experience the COVID-19 pandemic and that this would greatly affect the health of professionals' health. Therefore, this study was able to relate the national health and work publics to the COVID-19 pandemic. The theoretical-bibliographic research methodology was used, through historical materialism. The results were presented by the similarity of the materials published the history of Occupational Health; Health Worker and Public Health and Work Policies at COVID 19. Therefore, national public health and work policies with a view to health professionals, at COVID-19, ensure labor rights. However, these professionals live a decoy, in which practice and theory are very far apart.

KEYWORDS: COVID-19. Public health policies. Public labor policies. Worker's health.

1 | INTRODUÇÃO

O trabalho já era relacionado à saúde no século XVI, desde as descobertas marítimas, com o surgimento do mercantilismo, do incremento comercial e do desenvolvimento econômico. Isso é evidenciado através do livro “As Doenças dos Trabalhadores” de Bernardino Ramazzini (1700) publicado com a finalidade de adotar medidas adequadas à saúde dos trabalhadores, descreve a importância do conhecimento sobre os principais problemas de saúde enfrentados pelos trabalhadores.

A Revolução Industrial, incitada na Inglaterra no século XVII, ocasionou transformações nos modos produtivos e condições de vida das pessoas, proporcionando o surgimento da Saúde do Trabalhador (ST), e na primeira metade do século XIX apresentou como base a medicina do trabalho. A qual teve seu primeiro relato de serviço descrito em 1830, quando Robert Dernham, dono de uma fábrica têxtil, contratou um médico para cuidar de seus trabalhadores. O empresário solicitou ao Dr. Robert Backer, seu médico particular, uma medida que evitasse o adoecimento dos trabalhadores, o que causava a

queda da produtividade, e obteve a seguinte resposta:

Coloque no interior da sua fábrica o seu próprio médico, que servirá de intermediário entre você, os seus trabalhadores e o público. Deixe-o visitar a fábrica, sala por sala, sempre que existam pessoas trabalhando, de maneira que ele possa verificar o efeito do trabalho sobre as pessoas. E se ele verificar que qualquer dos trabalhadores está sofrendo a influência de causas que possam ser prevenidas a ele competirá fazer tal prevenção. Dessa forma você poderá dizer: meu médico é a minha defesa, pois a ele dei toda a minha autoridade no que diz respeito à proteção da saúde e das condições físicas dos meus operários; se algum deles vier a sofrer qualquer alteração da saúde, o médico unicamente é que deve ser responsabilizado (MENDES E DIAS, 1991, p. 341).

O modelo de medicina do trabalho se mostrou limitado, devido ao número de adoecimentos e acidentes que continuavam ocorrendo. Assim, para além da figura do médico, foram acrescentados outros profissionais à medicina do trabalho, que originou um novo modelo, denominado Saúde Ocupacional (SO). Esse novo desenho, abarca novas formas de atuação, focando no ambiente e nas condições ambientais de trabalho (BRANDÃO et al., 2020).

No Brasil, a preocupação com a saúde dos trabalhadores foi um pouco tardia. Apenas em 1943 criou-se a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), a qual marcou a implantação de leis e órgãos destinados a fiscalização dos riscos e acidentes, os quais os trabalhadores estão expostos, voltando-se para a segurança no Trabalho (ANAMT, 2017).

Posteriormente, nas décadas de 1970 e 1980 o Brasil experimentou um intenso movimento social, com vistas à reforma sanitária no país, na qual as reivindicações ocorreram nos diversos âmbitos, mas especialmente por melhores condições de vida e trabalho. Assim, através da VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986 que abarcou a Constituição Federativa do Brasil de 1988, a criação do SUS pela Lei Orgânica em Saúde de 1990 (8.080 e 8.142) e I Conferência de Saúde do Trabalhador, instituindo-se legalmente o campo de estudos e práticas em Saúde do Trabalhador (8ª CONFERÊNCIA..., 2019; BRASIL, 1988, 1990a, 1990b).

A saúde do trabalhador continuou sendo uma preocupação e os âmbitos legais continuavam buscando melhorias. Com isso, em 1997 foi criado o Grupo Executivo Interministerial de Saúde do Trabalhador (Geisat) cujo objetivo era elaborar a Política Nacional de Saúde do Trabalhador, mas não teve produtividade. Assim, em 2004, dez anos após a convenção, recriou-se o Geisat, mas apenas em 2011 publicou-se a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST) e em 2012 a PNSTT - Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (BRANDÃO et al., 2020).

Na implantação dessas Políticas, poucos anos depois, não se imaginava que um vírus se instalaria em vários países do mundo e causaria a pandemia de COVID-19 e, que esta afetaria intensamente a saúde dos trabalhadores em geral, mas sobremaneira a saúde dos profissionais da saúde.

Isso ocorre, pois essa pandemia atinge os serviços de saúde, gerando uma demanda extra de insumos, estruturas e recursos humanos, mas também de mão de obra especializada, isso tem desafiado os sistemas nacionais de saúde do mundo todo e também os profissionais e gestores que atuam no campo da saúde (RIBEIRO et al., 2020).

Dado sua importância histórica, político-econômica e social, faz-se relevante destacar os direitos dos trabalhadores da saúde frente à pandemia de COVID-19 por meio de estudos das políticas públicas de saúde e trabalho existentes no Brasil.

Diante o exposto, o estudo se prestou a analisar as políticas públicas nacionais de saúde e trabalho e do campo Saúde do Trabalhador, abarcando o profissional de saúde e relacionando tais políticas à Pandemia de COVID-19.

2 | METODOLOGIA

Utilizou-se a metodologia de pesquisa teórico-bibliográfica, por meio de materialismo histórico. Sendo incluídos no estudo leis, portarias, resoluções e decretos compreendidos no período de 1940 a 2021, além de periódicos publicados no período de 2011 a 2021.

As bases de dados utilizadas foram: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e Portal de Periódicos da Capes. A busca bibliográfica foi composta pelos seguintes descritores: “Saúde do Trabalhador”, “Políticas públicas de saúde”, “Políticas públicas de trabalho”, “COVID-19”.

Para análise e seleção foi realizado um levantamento e leitura na íntegra do material que relacionava o contexto histórico e a legislação brasileira acerca da saúde do trabalhador, as políticas de saúde e trabalho e a pandemia COVID-19.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com a similaridade dos materiais publicados criou-se as seguintes categorias: Brasil e a história da Saúde do Trabalhador; Trabalhador da Saúde e as Políticas Públicas de Saúde e de Trabalho na COVID 19.

Brasil e a história da Saúde do Trabalhador

A saúde dos trabalhadores no Brasil, na passagem do século XIX para o XX, não estava ligada à dignidade humana e ao direito social, mas sim, a uma visão produtivista nos moldes do capitalismo, a qual visava interesses econômicos, em que era importante manter o trabalhador saudável para manutenção da produção (BARROS, 1996).

O processo crescente de industrialização no Brasil, na década de 1930, culminou como um desafio para o Estado, no qual o mesmo precisou intervir na área social e isso resultou em direitos relacionados à seguridade social, através da implantação da consolidação dos direitos trabalhistas (BARROS, 1996).

Ainda em um contexto capitalista, vale ressaltar que a preocupação com a saúde do trabalhador não era exclusivamente nacional. Existia uma tendência mundial, na qual a Organização Mundial da Saúde (OMS) por meio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) propôs a organização de ações direcionadas aos trabalhadores como objeto de política pública de saúde (LEÃO; CASTRO, 2013).

Em 1950, o Brasil passou a ser membro da Organização Internacional do Trabalho (OIT). Em 1981, a 67ª reunião da Conferência Internacional do Trabalho aprovou a convenção 155, que trata da Segurança e Saúde dos Trabalhadores e prevê o desenvolvimento de ações a serem efetivadas pelos governos e empresas para promover a segurança e saúde no trabalho, assim como melhorar as condições de trabalho e adoção de políticas nacionais concernentes à saúde e trabalho, a qual foi aderida pelo Brasil, através do decreto 1.254 de 29 de setembro de 1994 (OIT, 2019).

Em 1997, com a finalidade de elaborar a Política Nacional de Saúde do Trabalhador criou-se o Geisat - Grupo Executivo Interministerial de Saúde do Trabalhador, não obstante, sem produtividade. Apenas em 2011 publicou-se a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho e em 2012 a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (BRANDÃO et al., 2019).

Percebe-se que as duas Políticas Nacionais se referem à Segurança e Saúde do Trabalhador. E, com o objetivo de serem unânimes em suas conclusões, criaram terminologias e ações que favorecessem a saúde e segurança do Trabalhador (BRANDÃO et al., 2019).

Paradoxalmente, percebe-se que cada órgão participe dessa política manteve seus objetivos específicos, epistemologias conceituais e seu *modus operandi*. Com isso, não conversam entre si fazendo com que a interpretação das Políticas seja subjetiva, fato que prejudica a conduta nos cuidados com o trabalhador (CHIAVEGATTO; ALGRANTI, 2013; COSTA et al. 2013).

Em 2015, sem cotejar que uma pandemia afetaria de maneira singular a saúde dos trabalhadores, principalmente os da saúde, a OMS reformulou o Plano de Ação em Saúde 2015-2025. Nele, contém objetivos específicos, linhas estratégicas e indicadores voltados para proteger a vida e promover a saúde e bem estar dos trabalhadores. Seu objetivo é fortalecer a resposta do setor da saúde, com os demais setores envolvidos, além de oferecer atenção integral à saúde dos trabalhadores, melhorar os ambientes de trabalho, diminuir as desigualdades em saúde, aumentar os esforços de promoção da saúde dos trabalhadores mediante a execução de normas, políticas e planos atualizados (SILVA, 2019).

Mediante à implantação inesperada da Pandemia COVID-19 as organizações responsáveis pela saúde do trabalhador se viram obrigadas a pesquisar e voltar o olhar de maneira cuidadosa e singular para o trabalhador da saúde, que se encontra na linha de frente, com todas as inseguranças e que precisa de cuidados especiais. A fim de evitar que o mesmo, não entre em um ciclo de adoecimento, tendo em vista que é peça chave para o

cuidado da população infectada. Assim, vale apresentar algumas políticas voltadas para a Saúde deste Trabalhador.

Trabalhador da Saúde e as Políticas Públicas de Saúde e de Trabalho na COVID 19

Já no início da pandemia as diversas entidades mostraram preocupações com as trabalhadoras e trabalhadores dos serviços de saúde acerca dos seus direitos enquanto grupo vulnerável prioritário na pandemia da COVID-19. Em abril de 2020, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), juntamente com 22 entidades elaboraram a Nota Técnica Conjunta realizada pelo grupo de trabalho “Direitos trabalhistas e previdenciários de trabalhadores e trabalhadoras portadores da COVID-19 relacionada ao trabalho”, criado no âmbito da “Frente Ampla em Defesa da Saúde dos Trabalhadores” a qual objetiva orientar e informar trabalhadoras e trabalhadores, sobre direitos e responsabilidades no atual contexto de pandemia pelo novo coronavírus (ABRASCO, 2020).

Dentre os vários direitos que a norma abarca está o:

Exercício do direito à recusa ao trabalho, se e quando as condições de trabalho forem claramente inadequadas, inseguras ou houver evidente negligência por parte dos empregadores públicos ou privados, com risco sério à saúde e à vida de quem trabalha (ABRASCO, 2020, p.3).

Não obstante, no início da Pandemia observou-se nas diversas instituições de saúde a falta de recursos humanos e materiais vinculados à insegurança dos profissionais da saúde em exercer o direito de recusa preconizado pela legislação, mas os mesmos realizaram denúncias na expectativa de melhorar as condições insalubres.

Fato confirmado no estudo de Filho et al. (2020), no qual apresenta que no Brasil, mesmo com todas as medidas de proteção vinculadas aos protocolos de biossegurança, há relatos de profissionais que denunciaram as condições de trabalhos impostas, sendo elas equipamentos de proteção individuais (EPI) inadequados ou insuficientes, higiene inadequada, jornadas de trabalhos exaustivas, falta de treinamento (AMB, 2020). A PNSTT e PNSST e as normas regulamentadoras como a NR32, específica para os trabalhadores da área da saúde, estão implantadas para reger essas medidas (TAVARES, 2020).

Além disso, embasada legalmente pela Lei 8.080/90 e Portaria 1.339/99 e incorporada à Portaria de Consolidação 5/2017 a Nota Técnica também caracterizou a infecção destes trabalhadores como “doença relacionada ao trabalho”, já que se trata de condições em que o trabalho é realizado com exposição ou contato direto com potencial infectante, e de acordo com os artigos 19 e 20 da Lei 8.213/91 deve-se emitir a Comunicação de Acidente do Trabalho (ABRASCO, 2020).

Sabendo que, a legislação assegura a Saúde do Trabalhador em tempos de pandemia, o Sistema Único de Saúde brasileiro, o SUS, considerado o maior sistema público de saúde do mundo, mesmo subfinanciado, dispõe de uma rede de serviços, equipamentos

e recursos humanos que tem fornecido base para as ações de enfrentamento da COVID-19 (ROMERO; DELDUQUE, 2017).

Não obstante, a corrupção política, evidenciada com a CPI da pandemia, atrelada à falta de investimentos ficam mais evidentes em momentos de crise e denotam a desestruturação do SUS. Situação que ressalta o número insuficiente de recursos humanos e materiais na saúde; falta de treinamento das equipes, o que gera sobrecarga de trabalho e consequentemente afeta a Saúde do Trabalhador da Saúde (BRASIL, 2021; LACAZ et al., 2019).

Ainda com todas essas dificuldades, esses profissionais são desmotivados pela questão salarial, a qual sofreu forte impacto quando a Emenda Constitucional 95/2016 foi aprovada. Essa, por sua vez, congela o piso do gasto federal com recursos direcionados ao SUS e consequentemente provoca um sucateamento da saúde. Condição que, associada ao contexto pandêmico fragiliza as relações trabalhistas, pois os profissionais atuam de maneira insatisfatória, o que gera estresse e ocasiona graves problemas de Saúde do Trabalhador (VIEIRA; BENEVIDES, 2016).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este trabalho foi possível perceber que embora haja no Brasil políticas voltadas para a saúde e para o trabalho, nestes tempos de pandemia a Saúde do Trabalhador da saúde se encontra muito fragilizada.

As políticas públicas nacionais de saúde e trabalho e do campo Saúde do Trabalhador com o olhar voltado para os profissionais da saúde, na COVID-19, asseguram os direitos trabalhistas, assim como as condições mínimas para o trabalho. Porém esses profissionais vivem um engodo, no qual a prática e teoria se encontram muito distantes. Tendo em vista que, são resguardados por lei, mas com as dificuldades intensificadas com a pandemia, se sentem inseguros em lutar por seus direitos.

Outrossim relaciona-se ao sucateamento da saúde, vivenciado desde a EC 95/2016 e intensificado com a corrupção política, que frustra cada vez mais os trabalhadores da saúde sobrecarregando-os física e mentalmente, afetando sobremaneira a Saúde do Trabalhador.

REFERÊNCIAS

8ª CONFERÊNCIA Nacional de Saúde: **Quando o SUS ganhou forma**. Brasília, DF, 2019. Portal: Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/592-8-conferencia-nacional-de-saude-quando-o-sus-ganhou-forma>. Acesso em: 13 jul. 2021.

ABRASCO. **Nota Técnica Conjunta: orientação sobre direitos de trabalhadoras e trabalhadores dos serviços de saúde, enquanto grupo vulnerável prioritário na pandemia da COVID-19**. Rio de Janeiro: Grupo Técnico sobre “Direitos trabalhistas e previdenciários de trabalhadoras e trabalhadores portadores de COVID-19 relacionada ao trabalho, 2020. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/gtsausedotrabalhador/2020/04/08/nota-tecnica-orienta-sobre-direitos-de-trabalhadores-dos-servicos-de-saude-na-pandemia-de-covid-19/>. Acesso em: 10 jun. 2021.

AMB. Associação Médica Brasileira. **Faltam EPIS em todo o país.** São Paulo: AMB, 2020. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/contato/>. Acesso em: 20 jun. 2021.

ANAMT. **História da medicina do Trabalho.** In: Associação Nacional de Medicina do Trabalho [ANAMT-Associação Nacional de Medicina do Trabalho – online]. São Paulo, 2017. Disponível em: <https://www.anamt.org.br/porta1/sede-espaco-ramazzini/>. Acesso em: 03 mar. 2021.

BARROS, E. **Política de saúde no Brasil: a universalização tardia como possibilidade de construção do novo.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.1, n.1, 1996. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812319961100692014>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v1n1/1413-8123-csc-01-01-0005.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2021.

BRANDÃO, T. P *et al.* **Trabalho e Seguridade Social: A saúde do trabalhador e as políticas de saúde e trabalho no brasil de ontem e de hoje: é possível traçar perspectivas futuras?** In: ASENSI, F. D *et al.* Políticas Públicas e suas especificidades. Rio de Janeiro: FGB / Pembroke Collins, 2020. Disponível em: <https://cutt.ly/DmVyeN5>. Acesso em: 10 jun. 2021.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF: Presidência da República, 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 20 jan. 2021.

BRASIL. **Comissão Parlamentar de Inquérito da pandemia.** Brasília, DF: Senado Federal, 2021. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/comissoes/comissao?codcol=2441>. Acesso em: 15 jul. 2021.

BRASIL. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 20 mar. 2019.

BRASIL. **Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 20 mar. 2019.

CHIAVEGATTO, C. V.; ALGRANTI, E. **Políticas públicas de saúde do trabalhador no Brasil: oportunidades e desafios.** Revista brasileira de saúde ocupacional, São Paulo, v. 38, n. 127, p. 25-27, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0303-76572013000100005>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572013000100005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 jun. 2021.

FILHO, J *et al.* **A saúde do trabalhador e o enfrentamento da COVID-19.** Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, v. 45. n 14, 2020. Disponível em: http://www.cesteh.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/editorial_rbso_-_a_saude_do_trabalhador_e_o_enfrentamento_da_covid_19.pdf. Acesso em: 22 abr. 2021.

LACAZ, F. A. C *et al.* **Movimento da Reforma Sanitária e Movimento Sindical da Saúde do Trabalhador: um desencontro indesejado.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, 43 (spe8), 120-132, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042019s809>. Disponível em: <https://www.scielo.br/fj/sdeb/a/B6NZv3Vs8FWw4hJxYsQ8XGx/?lang=pt>. Acesso em: 13 maio 2021.

LEÃO, L. H.C.; CASTRO, A. C. **Políticas públicas de saúde do trabalhador: análise da implantação de dispositivos de institucionalização em uma cidade brasileira.** Ciências & Saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 769-778, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000300023>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000300023&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 maio 2021.

MENDES, R.; DIAS, E.C. **Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador.** Revista de Saúde Pública, São Paulo, v.25, n.5, p.341-349, 1991. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101991000500003>. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2977.pdf>. Acesso em: 04 maio 2021.

OIT. **Organização Internacional do Trabalho.** OIT no Brasil. In: OIT. Organização Internacional do Trabalho. Brasília, DF: Organização Internacional do Trabalho, 2019. Disponível em: <https://www.ilo.org/brasil/centro-de-informacoes/lang--pt/index.htm>. Acesso em: 25 jun. 2021.

RAMAZZINI, B. **As doenças dos trabalhadores.** [De Morbis artificum diatriba,1700]. Tradução de Raimundo Estrêla. 4. ed. São Paulo: Fundacentro, 2016. p.321. Disponível em: <https://www.unicesumar.edu.br/biblioteca/wp-content/uploads/sites/50/2019/06/Doencas-Trabalhadores-portal.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2021.

RIBEIRO, A *et al.* **Saúde e Segurança de profissionais de saúde no atendimento a pacientes no contexto da pandemia de COVID-19: revisão de literatura.** Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, v. 45, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000013920>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0303-76572020000101600&script=sci_arttext&lng=pt. Acesso em: 15 jun. 2021.

ROMERO, L. C. P.; DELDUQUE, M. C. **O Congresso Nacional e as emergências de saúde pública.** Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 240-255, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017156433>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bPpPF7TWbNh6YQxXqTbSfVP/?lang=pt>. Acesso em: 04 mar. 2021.

SILVA, M.A da. **Análise crítica da proposta de reforma da previdência social no Brasil entre os anos 2016 e 2018.** Serviço Social & Sociedade, São Paulo, n. 135, p. 213-230, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.175>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n135/0101-6628-sssoc-135-0213.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2021.

TAVARES, V. **COVID-19: A saúde dos que estão na linha de frente.** Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/covid-19-saude-dos-que-estao-na-linha-de-frente>. Acesso em: 15 jun. 2021.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S de. **Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do sistema único de saúde e para a efetivação do direito à saúde no brasil.** Ipea, Brasília, nota técnica nº 28, 2016. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160920_nt_28_disoc.pdf. Acesso em: 25 jun. 2021.

SAÚDE DO TRABALHADOR: PERDA AUDITIVA OCUPACIONAL

Data de aceite: 01/09/2021

Data de submissão: 28/07/2021

Marluce Luciana de Souza

Fonoaudióloga do Núcleo de Otorrino BH
Belo Horizonte - MG, Brasil

Carla Aparecida de Vasconcelos

Fonoaudióloga Perita da Superintendência
Central de Perícia Médica e Saúde
Ocupacional do Estado de Minas Gerais
Belo Horizonte - MG, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/5675726656616978>

RESUMO: O objetivo do estudo aqui descrito foi coletar achados científicos sobre o tema Perda Auditiva Induzida por Níveis de Pressão Sonora Elevados (PAINPSE) em periódicos da área fonoaudiológica e médica. A pesquisa relata a distribuição dos artigos publicados nas revistas de acordo com o ano de publicação, principal discussão dos artigos, publico alvo e abordagem mais utilizada pelos autores.

PALAVRAS-CHAVE: Perda auditiva provocada por ruído; Fonoaudiologia; Audição.

WORKER'S HEALTH: OCCUPATIONAL HEARING LOSS

ABSTRACT: The purpose of the study described here was to collect scientific findings about Noise Induced Hearing Loss on speech-language and medical journals. The research reports the distribution of articles published in journals

according to the year of publication, main discussion, target audience and approach used by authors.

KEYWORDS: Noise induced hearing loss; Speech, Language and Hearing Sciences; Hearing.

INTRODUÇÃO

Um dos mais importantes sentidos para o desenvolvimento psicossocial do ser humano é a audição, sendo ela de grande relevância no processo de integração do homem na sociedade (GUIDA, 2007). Por desempenhar um importante papel na comunicação humana, qualquer deficiência nesta área pode acarretar alterações emocionais capazes de interferir na saúde e qualidade de vida (GUIDA, 2007; FARIAS e RUSSO, 2010).

A prevenção da perda auditiva é, então, uma forma de se proteger quaisquer pessoas contra suas consequências nocivas secundárias. Em se tratando dos trabalhadores, especificamente, é sabido que o ruído é um agente nocivo que possui alta prevalência nos ambientes ocupacionais, fato que acarreta Perda Auditiva Induzida por Níveis de Pressão Sonora Elevados (PAINPSE) em cerca de 25% dos trabalhadores expostos.

Assim sendo, a redução da exposição a ruídos intensos é a principal forma de precaução que os profissionais da saúde podem lançar mão para proteger os trabalhadores contra a

PAINPSE.

O ruído é definido, geralmente, como um som indesejado, que provoca sensações auditivas desconfortáveis, podendo gerar outros sintomas auditivos (GONÇALVES, MOTA e MARQUES, 2009).

É importante ressaltar que existem outros agentes causais da perda auditiva ocupacional, além da exposição ao ruído, dentre os quais podemos citar a exposição a produtos químicos ototóxicos e vibrações.

Na literatura científica, o ruído é apontado não somente como causador de perda auditiva, mas também como causador de zumbido e intolerância a sons intensos. O trabalhador também poderá apresentar queixas, como cefaleia, tontura, irritabilidade e problemas digestivos, entre outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Considerando ainda as alterações extra-auditivas, que não afetam diretamente o sistema auditivo, tem-se: distúrbios cerebrais, alterações no sistema nervoso, na comunicação, no desempenho de tarefas físicas e mentais, no sono, no sistema digestório, endócrino, muscular, circulatório, imunológico, vestibular, nas funções sexuais, reprodutivas e no psiquismo (LEÃO e DIAS, 2009).

Salienta-se, ainda, que o ruído é capaz de provocar trauma acústico (a depender da intensidade) lesando estruturas da orelha (temporária ou definitivamente) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

DESENVOLVIMENTO E DISCUSSÃO

Considerando o limite de ruído para exposição diária, a FUNDACENTRO recomenda um nível de 85 dB para 8 horas diárias, sendo, então, os sons de intensidade superior a essa considerados de risco (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Quando o ruído é intenso e a exposição a ele é continuada, acima de 85 dB por 8 horas por dia e sem proteção, ocorrem alterações estruturais na orelha interna, que determinam a ocorrência da PAINPSE (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Estas alterações podem gerar lesões irreversíveis atingindo a cóclea (orelha interna), que possui células sensoriais ciliadas que transmitem a informação sonora, através de impulsos elétricos, ao nervo auditivo quando a estimulação será, finalmente, conduzida até o córtex cerebral, local onde será decodificada. Com a exposição a sons intensos, as células ciliadas poderão ser lesadas, ao longo dos anos, provocando perda progressiva da capacidade auditiva (NUDELMANN et al, 2001).

A PAINPSE pode ser definida como perda auditiva gerada por níveis de pressão sonora elevados, com alterações dos limiares auditivos, do tipo neurosensorial, geralmente bilateral, decorrente da exposição a ruído de forma prolonga (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Para a confirmação da existência de alterações auditivas como, por exemplo, a

PAINPSE é fundamental a realização de avaliação audiológica (NUDELMANN et al, 2001). A audiometria tonal limiar tradicional permite a investigação dos limiares auditivos em tons puros nas frequências de 250 a 8000 Hz (PFEIFFER et al, 2007; ROCHA et al, 2010).

De acordo com a Norma Regulamentadora do Trabalho nº 7 (NR-7), são sugestivos de Desencadeamento de PAINPSE os casos em que os audiogramas apresentam os seguintes resultados: a) Exame Referencial normal (no exame admissional, ou seja, no exame de referência, não são observadas quaisquer alterações); b) Exame Sequencial alterado (nesse caso, a Norma aponta 2 possibilidades sendo uma com todos limiares até 25 dBNA, mas com piora significativa em relação ao exame referencial e dentro dos padrões de classificação de desencadeamento de PAINPSE e outra com limiares piores que 25 dBNA e também dentro dos critérios de PAINPSE) (VASCONCELOS et al, 2021).

Os seguintes cálculos entre os audiogramas de referência e o sequencial precisam ser feitos para constatação do desencadeamento da PAINPSE, de acordo com a NR7: a) Quando a diferença entre as médias de 3, 4 e 6 kHz é $>$ ou $=$ 10 dBNA; b) e/ou Quando há queda isolada $>$ ou $=$ a 15 dBNA em 3 e/ou 4 e/ou 6 kHz.

Nesses casos, as frequências de 3, 4 e/ou 6 precisam estar piores que as demais frequências e, há recuperação em 8 kHz em comparação com o pior vale (AMERICAN COLLEGE, 2003). Além disso, quando houver alteração no exame sequencial, esse passará a ser o exame de referência do trabalhador para a orelha em que ocorreu a piora (os cálculos são feitos separadamente por orelhas) (VASCONCELOS et al, 2021).

O Agravamento de PAINPSE ocorreria, de acordo com a NR-7, nos casos que apresentam os seguintes audiogramas: a) Exame referencial com PAINPSE (tal exame referencial poderá ser um admissional em que o trabalhador já chegou à empresa com perda progressiva ou um exame sequencial que apresentou alteração e, por isso, passou a ser a nova referência). b) Exame sequencial alterado e compatível com PAINPSE. Aqui, os critérios para cálculo do agravamento se modificam. O Fonoaudiólogo deverá observar as seguintes condições do audiograma sequencial em relação ao de referência para o gerenciamento audiométrico: Diferença entre as médias de: a) 0,5; 1 e 2 kHz é $>$ ou $=$ 10 dBNA; b) e/ou 3, 4 e 6 kHz é $>$ ou $=$ 10 dBNA; c) e/ou queda em uma frequência isolada $>$ ou $=$ a 15 dBNA (VASCONCELOS et al, 2021).

Nesse caso de agravamento não é mais obrigatório que a piora ocorra somente nas frequências de 3, 4 e/ou 6 kHz. Como houve uma evolução, piora do quadro, as demais frequências podem acabar sendo acometidas e os cálculos também devem ser feitos separadamente por orelha (VASCONCELOS et al, 2021). Entretanto, conforme já mencionado, de acordo com a American College (2003), sempre haverá recuperação em 8 KHz quando comparado com o pior vale, mesmo que a frequência de 8000 também já esteja afetada.

Considerando a inexistência de tratamento clínico para a PAINPSE, é fundamental que as empresas adotem medidas de prevenção, por meio de medidas ambientais,

associadas ao uso de equipamentos de proteção individual (EPI) visando à proteção dos trabalhadores. O EPI tem por objetivo atenuar a potência da energia sonora transmitida ao aparelho auditivo durante toda a jornada de trabalho (FERNANDES, 2002; OGILDO et al, 2009).

É importante a inclusão dos trabalhadores em programas de controle para aconselhamento e acompanhamento do zumbido a fim de orientá-los sobre o aparecimento de uma possível perda auditiva. (ROCHA, 2010; OGILDO et al, 2009).

Atualmente, o tema Audiologia Ocupacional vem ocupando um importante espaço na realidade das empresas brasileiras, a exemplo de diversos países de primeiro mundo. Com isso, torna-se cada vez mais comum a atuação de fonoaudiólogos e profissionais da área de medicina do trabalho em empresas onde existem riscos ocupacionais (STEINMETZ, 2009).

Por meio do presente estudo, as pesquisadoras fizeram um levantamento de artigos científicos relacionados à perda auditiva ocupacional dos últimos 23 anos. A escolha dos últimos 23 anos se justifica por serem mais recentes e próximos a nossa realidade. Além disso, também é contemplado registro da NR-7 (portaria 19 de 1998) e de artigo de diretrizes de orientação sobre a PAINPSE da American College (2003).

A pesquisa foi feita através dos sites Scielo, Lilacs, Bireme e Google, os periódicos pesquisados foram da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, Revista CEFAC, Pró-Fono, Revista de Saúde Pública, Editora Atena e Revista Brasileira de Otorrinolaringologia.

A busca foi realizada com a utilização das palavras: Audiologia, Perda auditiva, audição, Ruído, Ruído Ocupacional, Riscos Ocupacionais e Saúde do Trabalhador.

Foram selecionados 34 estudos referentes ao tema abordado, entretanto, a análise foi realizada em apenas 22 desses devido aos critérios de inclusão, os quais priorizaram que um fonoaudiólogo estivesse entre os autores.

A análise dos dados ocorreu por meio de análise descritiva simples, elaborada em planilha de Excel 2010, apresentada de forma descritiva ao longo do texto.

Os dados encontrados na pesquisa mostram que REVISTA CEFAC obteve o maior índice de publicação, totalizando 7 (31,8%). Em segundo lugar, foi apontada a revista de Otorrinolaringologia com 6 (27,2%), a revista de Saúde Pública teve 4 (18,2%), a revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia 2 (9%) e a Pró Fano 1 (4,6%), a Atena Editora 1 (4,6%) e o Journal of the American College of Occupational and Environmental Medicine 1 (4,6%).

Por meio da revisão de literatura, verificou-se que os trabalhadores industriais constituem a população de maior risco à exposição. A principal discussão, nos artigos, está relacionada às alterações audiológicas com 14 (63,6%) das publicações. Observou-se neste estudo que somente a Revista de Saúde Pública fez 2 (9%) publicações sobre o uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI). Apenas 4 (18,2%) dos achados comentaram sobre diagnóstico.

Em 2 (9%) das publicações, a discussão principal se enquadra em outros, significando que outros priorizam outros assuntos como: avaliação da qualidade de serviços de saúde auditiva do SUS ou perícia.

Os sintomas auditivos mais frequentes citados foram: ansiedade, zumbido, perda da atenção, dor de cabeça e insônia. De acordo com a literatura, a exposição a ruídos intensos por tempo prolongado pode resultar em sintomas de ordem extra-auditivas como: stress, hipertensão arterial, aumento do tônus muscular, alterações cardiovasculares, dificuldade mental, irritabilidade, fadiga, além de diversas outras alterações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; LOPES, 2009; FARIA e SUZUKI, 2008; CALDART et al, 2006).

Isso mostra a necessidade de se ressaltar a indicação, adequação e acompanhamento do uso do EPI, mesmo quando as medidas de prevenção forem insatisfatórias. Os estudos demonstram que, com o passar dos anos, a exposição a níveis de pressão sonora elevados, sem o uso adequado de EPIs, pode resultar numa queda dos limiares auditivos de um indivíduo (DIAS, et al, 2006).

De acordo com os autores, os indivíduos estudados não apresentavam diferenciações significativas em relação à idade, embora seja relatado que os limiares auditivos de pessoas mais velhas expostas a ruído ao longo da vida sejam piores em relação aos limiares de pessoas mais jovens expostas (GONÇALVES, 2009; OGILDO, 2009).

A abordagem mais utilizada no estudo foi de intervenção contando com 18 (81,8%) das publicações. Duas revistas (9%) comentaram sobre orientação.

Considerando os avanços nas áreas de atuação fonoaudiológica a Fonoaudiologia tem a particularidade de instituir práticas inovadoras, buscando a integralidade da atenção da Saúde humana. Ela almeja a transformação de situações estabelecidas, conseguindo, muitas vezes, desfazer a dicotomia existente entre ações preventivas e corretivas (LEME, 2010). Assim, o fonoaudiólogo poderia contribuir, no ambiente ocupacional, por meio de orientações quanto às possibilidades de melhorias nas condições ambientais de trabalho e na eliminação de fatores que interferem na saúde do trabalhador.

COMENTÁRIOS FINAIS

Diante dos conhecimentos levantados neste estudo, constatou-se que o ruído excessivo acarreta não somente a perda de audição, mas também pode provocar ansiedade, insônia, dores de cabeça, diminuição do rendimento no trabalho dentre várias outras alterações.

Verificou-se, por meio dos artigos apresentados, a necessidade não apenas de realização de audiometrias ocupacionais periódicas, mas também do monitoramento da audição dos trabalhadores com programas de orientação sobre a importância do uso adequado de EPIs buscando a redução dos danos auditivos.

Constata-se também a necessidade de seguimento efetivo, por parte das indústrias, do programa de conservação auditiva, priorizando a conscientização dos trabalhadores

e colaboradores em relação à importância do uso regular de protetores auditivos e do controle ambiental.

Percebe-se que a inserção de Fonoaudiólogos nas empresas, onde o ruído é um agente nocivo presente, é de fundamental importância para que consigam não somente realizar as avaliações audiológicas dos trabalhadores, mas também para que conduzam programas que visem à prevenção e a estabilização da PAINPSE em trabalhadores. Somente por meio de programas de conservação auditiva efetivos é que será possível a redução do alto índice de prevalência da PAINPSE nos trabalhadores expostos a ruído (cerca de 25% de prevalência atualmente).

Nas referências encontram-se os artigos consultados e os analisados para a construção desse estudo.

REFERÊNCIAS

1. AMERICAN COLLEGE. **Noise-induced Hearing Loss**. JOEM Volume 45, Number 6, June 2003.
2. ARAKAWA, AM; SITTA, EI; CALDANA, ML; SALES-PERES, SHC. **Análise de diferentes estudos epidemiológicos em Audiologia realizados no Brasil**. Rev. CEFAC.13(1):152-58, 2011.
3. ARAÚJO, SA. **Perda Auditiva Induzida pelo Ruído em Trabalhadores de Metalúrgica**. Rev Sras Otorrin. 68(1):47-52; 2002.
4. BRASIL. PORTARIA Nº 19, DE 09 DE ABRIL DE 1998. Estabelece a necessidade de diretrizes e parâmetros mínimos para a avaliação e o acompanhamento da audição dos trabalhadores, expostos a níveis de pressão sonora elevados e o texto técnico. Brasília, 1998.
5. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Perda auditiva induzida por ruído (PAIR) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. p.: il. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Saúde do Trabalhador; 5. Protocolos de Complexidade Diferenciada).
6. CALDART, AU; ADRIANO, CF; TERRUEL, L; MARTINS, RF, CALDART AU, MOCELLIN M. **Prevalência da Perda Auditiva Induzida por Ruído em Trabalhadores de Indústria Têxtil**. Rev Arq Otorrin.10(3):192-96; 2006.
7. DIAS, A; CORDEIRO, R; GONÇALVES, CGO. **Exposição ocupacional ao ruído e acidentes do trabalho**. Rev Cad Saúde Pública. 22(10):2125-30; 2006.
8. DIAS, A; CORDEIRO, R; CORRENTE, JE; GONÇALVES, CGO. **Associação entre perda auditiva induzida pelo ruído e zumbidos**. Cad. Saúde Pública. 22(1):63- 68, 2006.
9. FARIA, CAR; SUZUKI, FA. **Avaliação dos limiares auditivos com e sem equipamento de proteção individual**. Rev. Brasileira de Otorrinolaringologia.74(3):417-22; 2008.
10. FARIAS, RB; RUSSO, ICP. **Saúde auditiva: estudo do grau de satisfação de usuários de aparelho de amplificação sonora individual**. Rev. soc. bras. fonoaudiol.15(1):26-31; 2010.

11. FERNANDES M. **Estudos dos efeitos auditivos e extra-auditivos da exposição ocupacional a ruído e vibração.** Rev Sras Otorrinolaringol.;68(5):705-13.; 2002.
12. GUERRA, MR; LOURENÇO, PMC; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, MT; ALVES, MJM. **Prevalência da perda auditiva induzida por ruído em empresa metalúrgica.** Rev Saúde Pública. 39(2):238-44; 2005.
13. GUIDA, HL. **Efeitos psicossociais da perda auditiva induzida pelo ruído em ex-funcionários da indústria.** Acta ORL; 25(1):78-83; 2007.
14. GONÇALVES, CGO; LGUTI, AM. **Análise de Programas de Prevenção da Audição em quatro Indústrias metalúrgicas de Piracicaba.** Cad Saúde Pública. 22(3):609-18; 2006.
15. GONÇALVES, CGO; MOTA, PHM; MARQUES, JM. **Ruído e idade:** análise da influência na audição em indivíduos com 50 - 70 anos. Pró-Fono R. Atual. Cient. Barueri. 21(1); 2009.
16. HENRIQUES, MO; COSTA, MJ. **Reconhecimento de sentenças no ruído, em campo livre, em indivíduos com e sem perda auditiva.** Rev. CEFAC. 2011.
17. HENRIQUES, MO; MIRANDA, EC; COSTA, MJ. **Limiares de reconhecimento de sentenças no ruído, em campo livre:** valores de referência para adultos norma-ouvintes. Rev. Bras. Otorrinolaringol. 74(2):188-92, 2008.
18. KOMNISKI, TM; WATZLAWICK, LF. **Problemas causados pelo ruído no ambiente de trabalho.** Revista Lato Sensu. 2(1), 2007.
19. LEÃO RN, DIAS, FAM. **Perfil audiométrico de indivíduos expostos ao ruído atendidos no núcleo de Saúde Ocupacional de um hospital do município de Montes Claros, Minas Gerais.** Rev CEFAC.12(2):242-49, 2010.
20. LEME, OLS. **Estudo Audiométrico comparativo entre trabalhadores de área hospitalar expostos e não expostos a ruído.** Rev Brasileira de Otorrinolaringologia. 67(6):837-43; 2001.
21. LOPES, AC; NELLI, MP; LAURIS, JRP; AMORIM, RB; MELO, ADP. **Condições de Saúde Auditiva no Trabalho: Investigação dos Efeitos Auditivos em Trabalhadores Expostos ao Ruído Ocupacional.** Arq.Int.Otorrin.13(1):49-54; 2009.
22. MARTINS A. **Mudança temporária de Limiar - um estudo em cabeleireiros.** 2(0); 2001.
23. MELARÉ, FA. **Alterações Auditivas Ocupacionais em uma lavanderia:** uma proposta de ação. Rev de Saúde.;7:15; 2005.
24. NUDELMANN, AA; COSTA, EA; FELIGMAN, J; IBÁÑEZ RN. **Perda auditiva induzida pelo ruído.** Revinter; 2001.
25. OGILDO, R; COSTA, EA; MACHADO, HC. **Prevalência de sintomas auditivos e vestibulares em trabalhadores expostos ao ruído ocupacional.** Rev. Saúde Pública. 43:377-80; 2009.

26. OLIVEIRA, BRG; MUROFUSE, NT. **Acidentes de Trabalho e Doença Ocupacional: Estudo sobre o Conhecimento do Trabalhador Hospitalar dos riscos à Saúde se seu Trabalho.** Rev Latino-Am. Enfermagem. 9(1):109-15; 2001.
27. OLIVEIRA, TCM. **A fonoaudiologia pode fazer muito pela Saúde do Trabalhador.** J Conselho Federal de Fonoaudiologia. 5(7):8-11; 2000.
28. PFEIFFER, M; ROCHA, RLO; OLIVEIRA, FR; FROTA, S. **intercorrência audiológica em músicas após um show de rock.** Rev. CEFAC; 9(3):423-29; 2007.
29. ROCHA, RLO; ATHERINO, CCT; FROTA, SMMC. **Audiometria de altas frequências em bombeiros militares com audiometria normal expostos ao ruído.** J. Otorrino.76(6):687-94; 2010.
30. RODRIGUES, MAG; DEZAN, AA. **Eficácia da escolha do protetor auditivo pequeno, médio e grande em Programa de Conservação Auditiva.** Rev CEFAC. 8(4):543-47; 2006.
31. SANTANA, M CCP; BRANDÃO, KKCP; GOULART, BNG; CHIARI BM. **Fonoaudiologia e saúde do trabalhador: vigilância é informação para a ação.** Rev. CEFAC. 11(3):522-28; 2009.
32. STEINMETZ, LG; ZEIGELBOIM, BS; LACERDA, AB; MORATA, TC; MARQUES, JM. **Características do zumbido em trabalhadores expostos a ruído.** Rev. Bras de Otorrino. 75(1):7-14; 2009.
33. TELES, RM; MEDEIROS, MPH. **Perfil audiométrico de trabalhadores do distrito industrial de Maracanaú - CE.** Rev. Soe. Bras. Fonoaudiol. 12(3):2; 2007.
34. VASCONCELOS, CA et al. **Perícia Fonoaudiológica aplicada à saúde do trabalhador: conceitos e roteiro de laudo.** In: PIMENTEL, BN (org). Fundamentos Científicos e Prática Clínica em Fonoaudiologia 2. Ponta Grossa: Atena Editora, 2021.

UMA AVALIAÇÃO SOBRE A CAPACIDADE RESOLUTIVA DA OTORRINOLARINGOLOGIA ANTES E PÓS COVID-19

Data de aceite: 01/09/2021

Data de submissão: 14/07/2021

Francisco Alves Mestre Neto

Membro da Associação Médica Brasileira
(AMB)

Manaus-Amazonas

<https://orcid.org/0000-0001-6106-1251>

Rodolfo Fagionato de Freitas

Membro da Associação Médica Brasileira
(AMB)

Manaus-Amazonas

<https://orcid.org/0000-0002-8918-0540>

Marcos Antônio Fernandes

Membro da Associação Brasileira de
Otorrinolaringologia (ABORL)

Manaus-Amazonas

<https://orcid.org/0000-0001-9972-9341>

João Bosco Botelho

Membro da Associação Brasileira de
Otorrinolaringologia (ABORL)

Manaus-Amazonas

<https://orcid.org/0000-0002-8348-7365>

RESUMO: Existe uma crescente demanda mundial referente aos atendimentos de urgência e emergência, no qual são ocorrências comuns na prática otorrinolaringológica e cirurgia Cérvico facial, a maioria apresenta baixa morbimortalidade. O atendimento clínico cirúrgico pela otorrinolaringologia (ORL), é necessário pois engloba uma quantidade de tratamentos incluindo

otites, amigdalites, faringites, obstruções nasais, sinusopatias, doenças das glândulas salivares, abscessos além daqueles que necessitam de intervenção cirúrgica como epistaxe nasal, retirada de corpo estranho e os diversos tipos de traumas, tanto faciais quanto os cervicais. Revisar a literatura publicada sobre antes e pós covid-19 proporcionou uma comparação entre distintos períodos e trouxe a importância do uso da telemedicina em ORL, no qual se tem destaque em seu sucesso na implementação e documentação de futuras pesquisas.

PALAVRAS-CHAVE: Epistaxe nasal; corpo estranho; traumatismo; otorrinolaringologia; COVID-19.

AN ASSESSMENT OF THE RESOLVTIVE CAPACITY OF OTORHINOLARYNGOLOGY BEFORE AND POST COVID-19

ABSTRACT: There is a growing worldwide demand for urgent and emergency care, which are common occurrences in otorhinolaryngological practice and Cervical Facial surgery, most of which have low morbidity and mortality. Clinical surgical care by otorhinolaryngology (ORL) is necessary as it encompasses a number of treatments including otitis, tonsillitis, pharyngitis, nasal obstruction, sinusopathies, salivary gland diseases, abscesses in addition to those that require surgical intervention such as nasal epistaxis, removal of the body strange and the various types of trauma, both facial and cervical. Reviewing the published literature on before and after covid-19 provided a comparison between different periods and brought out the importance

of the use of telemedicine in ORL, which stands out in its success in the implementation and documentation of future research.

KEYWORDS: Nasal epistaxis; strange body; trauma; otolaryngology; COVID-19.

1 | INTRODUÇÃO

Nos dias atuais, o atendimento de Urgência e Emergência (UE) em ORL é oferecido em países como o Brasil, Grécia, Espanha, França, Itália, Índia e Israel, e é prestado ou em serviços públicos ou privados, em clínicas de atendimento, unidades integradas de atendimento hospitalar, departamentos de urgência em hospitais-escola e hospitais com atendimento 24 horas, geralmente em hospitais de ensino. Na grande maioria dos serviços o acesso a esse atendimento se dá por referência ou demanda espontânea ^[1].

A ocorrência de corpos estranhos (CE) envolvendo as cavidades nasais, orelhas e orofaringe é motivo de frequentes consultas em serviços de emergência de otorrinolaringologia. Nas cavidades nasais os sintomas iniciam-se com espirros, coriza serosa e obstrução nasal, evoluindo em alguns dias para rinorréia unilateral fétida e purulenta. Nas orelhas o quadro pode se iniciar com hipoacusia, otorragia, otorrêia ou zumbido, sendo o diagnóstico confirmado pela otoscopia. No CE de orofaringe o principal sintoma é a odinofagia ^[2].

Os CE respondem, em média, por 11% dos casos de Emergências em Otorrinolaringologia, podendo evoluir com complicações em 22% dos casos, chegando a quadros mais severos, como perfurações timpânicas e broncoaspiração^[3]. Sabendo que os CE podem se apresentar com grande diversidade de forma, tamanho e composição, a forma de inoculação pode ser voluntária ou acidental ^[4].

O atraso da definição do diagnóstico e tratamento de doenças comuns da otorrinolaringologia como as otites, rinossinusites e respiradores orais, entre outras, podem predispor quadros crônicos, complicações e sequelas que eventualmente necessitarão de tratamentos mais complexos e onerosos ^[5].

A telemedicina permitiu que os provedores cuidassem dos pacientes de maneiras cada vez mais eficientes, eficazes e econômicas ^[6]. Embora a utilização da telemedicina tenha aumentado gradualmente nas últimas décadas, a nova pandemia de coronavírus (COVID-19) de 2019 impulsionou sua necessidade e implementação na vanguarda da prática médica. Semelhante a outras áreas médicas, a otorrinolaringologia (ORL) está enfrentando desafios na tentativa de maximizar o atendimento contínuo de qualidade ao paciente, ao mesmo tempo que minimiza o risco para pacientes e profissionais ^[7].

2 | A IMPORTÂNCIA DA OTORRINOLARINGOLOGIA NAS UNIDADES HOSPITALARES

A diminuição do tempo de espera para consulta do otorrinolaringologista ambulatorial

no sistema nacional de saúde e a melhoria da medicina territorial seriam duas formas práticas de prevenir acessos inadequados ao Pronto Atendimento. Saindo do surto de COVID-19, o sistema de saúde hospitalocêntrico deve ser gradativamente superado por uma nova organização voltada para a comunidade territorial de saúde, capaz de cuidar do paciente e garantir, por meio de instalações dedicadas, a continuidade do cuidado e integração com o social bem-estar [8].

A conduta de acesso ao serviço público pelo usuário levaria a um dos princípios do SUS, equidade, que segundo Sen (2002), a equidade em saúde tem múltiplas facetas, e o melhor é vê-la como um conceito multidimensional que inclui aspectos relacionados ao nível de saúde que se tem e à possibilidade de se obtê-la, e não apenas com a distribuição do cuidado sanitário.

3 I ATENDIMENTO NA EMERGÊNCIA NAS LESÕES DE VIAS AEREAS SUPERIORES EM ALTA COMPLEXIDADE

3.1 Traumatismo cérvico facial

O trauma é um problema sério e crescente em todo o mundo, sendo reconhecido como uma doença pandêmica. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde, os traumas estão entre as principais causas de morbidade e mortalidade. O trauma facial é notável, por levar a graves consequências emocionais e funcionais, com a possibilidade de deformidades permanentes. Trata-se de um trauma de abrangência multidisciplinar, envolvendo principalmente as especialidades de Trauma, Oftalmologia, Cirurgia Plástica, Maxilofacial e Neurocirurgia, surgindo a necessidade do conhecimento da causa, da gravidade e da distribuição temporal, para o estabelecimento de prioridades para um efetivo tratamento e prevenção dessas lesões [9].

Os traumas relacionados a acidentes de trânsito foram prevalentes, com destaque para os acidentes com motociclistas, que representam 44,8% de todos os casos. Em segundo lugar ficou a violência interpessoal, com 18,6% [10]. O surgimento da lei 11.705, de 19 de junho de 2008, conhecida popularmente como Lei Seca e a introdução de “air bags” e barras de proteção lateral ocasionaram a incidência de fraturas faciais.

Com relação à etiologia do trauma facial o osso mais fraturado foi a mandíbula (30,49%), seguida pelo osso nasal (22,2%) e pelo zigoma (17,5%). A lesão mais associada a esse tipo de trauma foi o TCE (21,1%). O trauma ocular e o músculo esquelético estavam presentes em 4,1% e 8,2%, respectivamente, de todos os casos atendidos [10]. Na literatura, no entanto há uma variação nas fraturas de face nos locais fraturados sendo o mais comum no as fraturas do nariz, no qual são as mais encontradas no trauma Buco-Maxilo-Facial, sendo consequência de sua topografia proeminente e vulnerável da face [11].

No ano de 2017 o maior índice de casos (38,8%) esteve relacionado a agressão física, o que está diretamente relacionado ao percentual de 44,5% referente a fratura no

complexo zigomático, seguido de acidente automobilístico (13,4%)^[12], no qual os acidentes de transporte, a região da face é comumente acometida destacando-se as seguintes lesões: fratura nasal e de dente, fratura de mandíbula, laceração de córnea, laceração de nervo óptico e fratura Lefort II ^[13].

3.2 Corpo estranho

Os corpos estranhos (CE) em otorrinolaringologia podem se localizar em orelhas, fossas nasais, seios paranasais. Faringe, laringe, esôfago, traquéia e brônquios ^[14]. A aspiração de corpo estranho (ACE) é um acidente grave e potencialmente fatal, com gravidade dependente principalmente do grau de obstrução da via aérea ^[15].

Antes do século 20, a ACE apresentava uma taxa de mortalidade entre 24% e 50%, onde o único tratamento era traqueostomia paliativa ^[15], ou seja, ganho de via aérea sem a resolução da causa da insuficiência respiratória.

Com o desenvolvimento da broncoscopia, a mortalidade diminuiu dramaticamente para menos de 1%. A ACE pode ocorrer em qualquer fase da vida, mas é um evento muito mais frequente em crianças e idosos. Nesses últimos, é muitas vezes decorrente de mastigação ineficiente pelo uso de próteses dentárias inadequadas ^[16].

O corpo estranho na orelha externa possui maior incidência até os 5 anos de idade, muitas vezes introduzindo voluntariamente pelo próprio paciente. No adulto, observam-se com maior frequência os corpos estranhos introduzidos com fins medicinais. Podem ser classificados em inertes, como pedaço de papel, isopor, plástico, feijão, milho, ou animados como baratas e mosquitos. A sintomatologia é muito variável, desde assintomático ou apenas uma plenitude aural, até fortes dores, otorreia e tontura, a depender do tipo de corpo estranho, da localização e do grau da inflamação associada ^[14].

Os pacientes pediátricos com corpos estranhos aurais apresentam-se em muitos cenários diferentes. Os departamentos de emergência são os mais comuns. Outros locais incluem o consultório do pediatra, consultórios de cuidados primários e a otorrinolaringologia. Quando as tentativas repetidas não têm sucesso na remoção do objeto, complicações como perfuração da membrana timpânica, laceração do canal auditivo, hematoma ou dano ossicular podem ocorrer. Essas complicações podem exigir intervenção cirúrgica ^[17].

O Sistema de Vigilância Eletrônica de Lesões Nationwide (NEISS) foi consultado para visitas ao departamento de emergência envolvendo o diagnóstico de corpos estranhos no ouvido, incluindo pavilhão auricular e canal em crianças nos últimos 10 anos disponíveis. Corpos estranhos de orelha em crianças representaram um total estimado de 446.819 atendimentos de emergência em todo o país nos últimos 10 anos. A média de idade foi de $7,2 \pm 4,3$ anos. A classe mais comum de objetos encontrados foi joias, principalmente brincos e contas embutidos, seguido por produtos de papel, canetas e lápis e apenas um percentual de 3,5% referente a tampões e fones de ouvido ^[18].

Ao decidir se o objeto será difícil de agarrar, deve-se considerar o tamanho, forma

e consistência do objeto e descarta a possibilidade de uma bateria de botão, o que exigiria remoção imediata. Os objetos difíceis de agarrar são redondos, têm arestas vivas ou são firmes. Esses casos devem ser encaminhados diretamente à otorrinolaringologia, pois uma primeira tentativa mal sucedida pode causar dor e dificultar as tentativas futuras. Objetos moles e irregulares podem frequentemente ser entregues por médicos de atendimento primário ou de emergência ^[17].

Globalmente, corpos estranhos são muito comuns em crianças pequenas, que tendem a colocar objetos na boca, nariz ou orelhas, e esses casos devem ser tratados em caráter emergencial. Em média, 11% dos casos de emergência estão associados a corpo estranho na boca, ouvido ou nariz, principalmente em crianças, sendo corpos estranhos na orelha e nariz as manifestações mais comuns ^[19].

A epistaxe é dividida em anterior e posterior, dependendo do local de origem. A maioria dos casos de epistaxe é anterior e se origina na área de *Little*. As margens de uma perfuração septal e esporões septais também podem contribuir para a epistaxe anterior. Após o tratamento de suporte, as medidas iniciais para controlar a epistaxe incluem pressão direta sobre a narina, agentes vasoconstritores tópicos e /ou cautério. Existem várias técnicas descritas na literatura para a remoção de corpos estranhos do nariz. É vital lembrar que a remoção do corpo estranho de uma criança é melhor realizada na primeira tentativa, pois os esforços subsequentes diminuem a chance de sucesso ^[20].

Entre 105 crianças encaminhadas aos hospitais, 34 casos (32%) apresentavam corpo estranho no ouvido, 70 (67%) apresentavam corpo estranho no nariz e apenas um caso (1%) apresentava corpo estranho em ambos os orelha e nariz ^[19].

Corpos estranhos nasais são geralmente encaminhados aos otorrinolaringologistas. Otorréia com odor fétido e epistaxe podem ser encontrados em corpos estranhos nasais. Os corpos estranhos nasais presos podem causar morbidades como por exemplo a sinusite crônica, perfuração septal ou até mesmo necrose dos ossos na obstrução de longo prazo.

Uma bateria tipo botão, por exemplo, no nariz pode causar danos aos tecidos devido ao seu conteúdo eletroquímico. Mas às vezes não causa nenhum efeito prejudicial, dependendo de vários fatores, como a tensão restante na bateria e a composição química da bateria. Relatamos o caso de uma jovem de 18 anos que foi encaminhada ao nosso serviço com corpo estranho nasal desconhecido ^[21].

Vários tipos de corpos estranhos têm sido relatados no trato aero-digestivo na literatura. Isso sempre representou um desafio para o cirurgião otorrinolaringologista quando impactado na passagem de ar, especialmente em crianças, pois o lúmen das vias aéreas é muito estreito, dificultando a instrumentação. Mesmo que não seja incomum encontrar um corpo estranho impactado na laringe em um paciente adulto, é quase impossível ver um paciente que apresenta 3 dias após a aspiração de uma moeda com o sintoma de 'mudança na voz' e feridas ^[22].

A ingestão de corpo estranho é mais comum na faixa etária pediátrica devido

ao aumento da atividade de mão à boca e à curiosidade pelo ambiente. Adultos com diminuição dos mecanismos de proteção das vias aéreas, como pessoas com retardo mental, alcoolismo, psicoses ou distúrbios neurológicos, também correm o risco de aspiração. A penetração de corpo estranho no pescoço era comum na era da Primeira e Segunda Guerra Mundial, secundária a fragmentos de mísseis, balas e pelotas, mas hoje em dia são muito raros. O corpo estranho pontiagudo raramente ingerido na hipofaringe pode penetrar através de sua parede devido ao movimento peristáltico e pode migrar para o tecido circundante, onde pode permanecer silencioso ou causar várias complicações [23].

A laringe não é um local comum de impactação de corpo estranho, pois um corpo estranho alojado nesse local é expelido ou desce para a árvore traqueobrônquica. Corpos estranhos no ouvido, nariz, garganta ou laringe podem ser enganosos, pois parecem tão facilmente acessíveis que, na pressa de removê-los, pode-se empurrá-los ainda mais para dentro, o que piora a situação. Especificamente, os corpos estranhos subglóticos apresentam desafios clínicos únicos; seu diagnóstico costuma ser difícil, pois são comumente confundidos com outras causas de obstrução das vias aéreas superiores. Em ocasiões muito raras, a perda da voz pode ser o único sintoma de aspiração subglótica de corpo estranho, como também é visto em nosso paciente. É importante seguir o ditado de nunca tentar remover o corpo estranho sem primeiro confirmar e documentar sua presença e, em seguida, certificar-se de que se tem iluminação, instrumentação e experiência adequadas para removê-lo com sucesso [24,30].

O CE de laringe é mais frequente em crianças, podendo ser orgânicos ou inorgânicos. Geralmente ocorre disфонia, dispnéia, sibilos, roncos, esforço respiratório e tiragens em crianças previamente saudáveis. A história clínica do fragmento de espinha de peixe iniciou-se com engasgo seguido de disфонia persistente e sibilos, tratados com broncodilatador, com melhora parcial dos sintomas [7].

A migração de um corpo estranho é rara mas deve-mos estar alertados para a sua presença, constituíndoum desafio diagnóstico e terapêutico.

3.3 Epistaxe nasal

A epistaxe conceituada como um sangramento proveniente da mucosa nasal, relacionada a alterações vasculares sistêmicas e/ou trauma da mesma, sendo o conhecimento da anatomia da vascularização do nariz ser de extrema importância para definição de diagnóstico e conduta quanto ao tratamento.

A epistaxe é um problema clínico comum que se estima que ocorra em 60% das pessoas em todo o mundo durante a vida. É responsável por aproximadamente 1 em 200 visitas ao departamento de emergência nos Estados Unidos. Embora a epistaxe possa ocorrer em qualquer idade, as idades de pico de incidência incluem pacientes com menos de 18 e aqueles com mais de 50. Os episódios que ocorrem na população mais velha tendem a ser mais graves, enquanto aqueles em crianças são mais frequentemente

menores e autolimitados ^[25].

O nariz é uma das características mais proeminentes do rosto de uma pessoa. Assim, o reparo do trauma nasal à sua forma e função originais é fundamental. Reparar a estética do nariz na forma de pré-trauma tornou-se tão importante quanto a função reparadora. O nariz está centrado no rosto de uma pessoa e é uma das primeiras características que as pessoas notam. É composto por diversas subunidades anatômicas e estéticas que podem tornar seu reparo e reconstrução um desafio. Sua localização no centro da face fornece suprimento vascular e inervação bilateral, bem como cefálico e caudal e mostram osso e cartilagem ^[24].

O tratamento da epistaxe segue uma escala ascendente: rinoscopia anterior com cauterização química ou elétrica, tamponamento nasal anterior, eletrocoagulação guiada por endoscópio nasal, tamponamento nasal posterior ou tratamento cirúrgico (embolização ou ligadura arterial) à medida em que os métodos mais simples falham no controle da hemorragia. Os antibióticos continuam a ser amplamente usados no contexto de tamponamento nasal para epistaxe devido a casos relatados de Síndrome do Choque Tóxico, endocardite infecciosa e outras complicações infecciosas associadas ao tamponamento nasal no contexto de epistaxe ^[14,30].

O tamponamento nasal prévio é um método eficaz de controle do sangramento persistente, levando à cessação em até 85% dos casos ^[22,29]. O processo de tamponamento é desconfortável para o paciente, mas varia, dependendo do tipo de sangramento. Os tamponamentos nasais geralmente permanecem in situ por pelo menos 24 horas, o que causa dor contínua e uma sensação desconfortável de obstrução nasal. Depois que a bolsa é inserida, a internação hospitalar é em média 3 dias. Isso reflete a idade média dos pacientes com epistaxe, o número de comorbidades associadas, e a elevada proporção de uso associado de anticoagulantes orais, o que requer períodos mais longos de observação ^[25].

4 | ATUALIZAÇÃO DO COVID-19 PARA A OTORRINOARINGOLOGIA

O otorrinolaringologista tem papel central no manejo dessa situação, onde deve avaliar o paciente, evitar a contaminação para e pelos profissionais de saúde e demais pacientes. Assim, as recomendações da Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial (ABORL-CCF) têm como objetivo principal reduzir a disseminação do novo coronavírus durante o atendimento otorrinolaringológico e auxiliar no manejo desses pacientes ^[26].

A febre é um sintoma comum no ambulatório de otorrinolaringologia de cabeça e pescoço, assim como as doenças de infecção do trato respiratório superior, como gripe, amigdalite aguda, sinusite aguda e otite média aguda, no qual geralmente começa com um sintoma de febre ^[27]. Além disso, os pacientes com linfoma de não Hodgkin ou linfoma

de tonsila também se manifestam com febre repetida ou persistente, com presença de obstrução nasal, epistaxe no início dos sintomas. A transmissão do vírus é de pessoa a pessoa, por gotículas respiratórias ou contato. Qualquer pessoa com contato próximo (cerca de 1m) com alguém infectado pode ser exposta à infecção. Dada a particularidade dos atendimentos em consultórios otorrinolaringológicos, com a feitura de exames físico e endoscópico específicos que podem gerar gotículas respiratórias, os médicos otorrinolaringologistas apresentam risco para a infecção [26].

Várias sociedades, grupos e associações especializadas em cirurgia de câncer de cabeça e pescoço apresentam diversas recomendações, sabendo que passam por uma ameaça de falta de equipamento de proteção, os médicos otorrinolaringologista e de cirurgia de cabeça e pescoço apresentavam alto risco de contaminação devido à traqueostomia e ressecção de mucosa de vias aéreas infectadas [7].

Tosse, dispneia, dor de garganta, rinorreia, congestão nasal, congestão da garganta, edema de tonsila, aumento dos linfonodos cervicais ou tontura são sintomas que o otorrinolaringologista pode encontrar ao examinar pacientes com COVID-19 [8].

Desta forma, a telemedicina permitiu que os provedores cuidassem dos pacientes de maneiras cada vez mais eficientes, eficazes e econômicas, no qual a nova pandemia de coronavírus (COVID-19) de 2019 impulsionou sua necessidade e implementação da prática médica. Semelhante a outras áreas médicas, a otorrinolaringologia (ORL) está enfrentando desafios na tentativa de maximizar o atendimento contínuo de qualidade ao paciente, ao mesmo tempo em que minimiza o risco para pacientes e provedores. ORL apresenta barreiras únicas para a implementação da telemedicina devido à necessidade generalizada de técnicas e procedimentos de exame pessoal [28].

Procedimentos ORL como celulite facial, análise de raio x de face para verificação de obstrução de vias aéreas e velamento dos seios maxilares, amigdalites, hipertrofias das amígdalas e seus respectivos graus, alterações da voz são fatores que corroboram para análise em telemedicina, podendo ser melhor utilizada durante pandemias para proteção profissional e início de tratamento.

Os sintomas otorrinolaringológicos mais comuns de COVID-19 foram tosse, dor de garganta e dispneia. Rinorreia, congestão nasal e tonturas também observadas em alguns pacientes. COVID-19 também pode se manifestar como uma hiposmia / anosmia súbita isolada. Os sintomas do trato respiratório superior (URT) foram comumente observados em pacientes mais jovens e geralmente apareceram inicialmente. Eles podem estar presentes antes mesmo da confirmação molecular do SARS-CoV-2. Cirurgiões de cabeça e pescoço, otorrinolaringologistas, cirurgiões maxilofaciais e anestesistas apresentam alto risco de contaminação e infecção por SARS-CoV-2 ao auxiliar pacientes com traqueostomia ou realizar rinoscopia ou laringoscopia por causa da geração de aerossóis [8].

Ao comparar os resultados do tratamento entre pacientes atendidos pessoalmente ou por videoconferência, Mashima et al não relataram diferenças nos resultados entre os

grupos referente a reabilitação vocal, sustentando o uso da telemedicina na reabilitação vocal. Conforme os desafios significativos do risco de transmissão e do controle e uso limitado de EPI na pandemia COVID-19, a alteração dos métodos de triagem, avaliação e tratamento da voz deve ser considerada.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no que foi abordado podemos observar que grande parte dos casos com manipulação prévia de profissional não especializado ou desabilitado ao atendimento dos procedimentos em otorrinolaringologia pode levar a consequências desastrosas ao paciente, gerando sequelas e transtornos psicológicos com implicações sociais e trabalhistas. Por outro lado, a telemedicina vem com o intuito de evitar o agravamento de doenças evitando até mesmo deslocamento desnecessários para um atendimento em unidade de referência, no qual a pandemia de COVID-19 impulsionou tal necessidade e utilização como pilar da prática otorrinolaringológica atual. Tendo a necessidade de estabelecer padrões de prática que sejam seguros, eficazes e acessíveis para profissionais e pacientes.

REFERÊNCIAS

- [1] Silva J J de L, Artemisa A, Lima A S et al. **Trauma facial : análise de 194 casos**. Rev. Bras. Cir. Plást 2011. 26(1): 37–41.
- [2] Lerner M, Kohli N, Narwani V. **Application of a modified endoscopy face mask for flexible laryngoscopy during the covid-19 pandemic**. Otolaryngology - Head and Neck Surgery 2020. 163(1): 107–109.
- [3] Ahmed M, Lam J W. **Migraine and nosebleed in children case series and literature review**. European Journal of Paediatric Neurology 2015, 19(01): 98–101.
- [4] Louzeiro R S, Salgado T D C, Corrêa J P et al. **Corpo estranho de orelha, nariz e orofaringe: experiência de um hospital terciário**. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia 2006. 72(2): 177–181.
- [5] Lebowitz R, Lieberman S. **Original Contributions utilization of prophylactic antibiotics after nasal packing**. Journal of Emergency Medicine 2021. 60 (2): 144–149.
- [6] Gonçalves M E P, Cardoso S R, Rodrigues A J. **Corpo estranho em via aérea**. Pulmão RJ 2011, 20 (2): 54-58.
- [7] Botelho J B. **Otorrinolaringologia e cirurgia de cabeça e pescoço para estudantes**. Editora da Universidade do Amazonas 2014, 567-570.
- [8] Onal M, Ovet G, Alatas N. **Case Report an Asymptomatic Foreign Body in the Nose in an Eighteen-Year-Old Patient: Button Battery**. Case Rep Surg 2015. 112(5):562–563.
- [9] Fang C H, Barinsky G L, Gray S T et al. **Diversifying Researchers and Funding in Otolaryngology** 2021. 54(3): 653–663.

- [10] Andrade J S C, Albuquerque A M S, Matos R C, Godofredo V R, Penido N O. **Profile of otorhinolaryngology emergency unit care in a high complexity public hospital.** Brazilian Journal of Otorhinolaryngology 2013, 79 (3): 312–316.
- [11] Lavinsky J L, Kosugi E M, Baptistella E et al. **An update on COVID-19 for the otorhinolaryngologist - a Brazilian Association of Otolaryngology and Cervicofacial Surgery (ABORL-CCF) Position Statement.** Brazilian Journal of Otorhinolaryngology 2020. 86(3): 273–280.
- [12] Chouhan M, Yadav J S, Bakshi J. **Unusual presentation of foreign body in larynx.** Egyptian Journal of Ear, Nose, Throat and Allied Sciences 2012, 13 (1): 61-63.
- [13] Nathan J M, Ettinger K S. **Management of Nasal Trauma.** Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of NA 2021. 33(3):329-341.
- [14] Caffery L J, Farjian M, Smith, A C. I **Telehealth interventions for reducing waiting lists and waiting times for specialist outpatient services: A scoping review.** Journal of Telemedicine and Telecare 2016, 22 (8): 504-512.
- [15] Silva M G P, Silva V I, Lima M L L T. **Craniofacial injuries resulting from motorcycle accidents, Rev. CEFAC.** 2015, 17(5):1689-1697.
- [16] Laccourreya O, Mirghani H, Evrard D et al. **Impact of the first month of Covid-19 lockdown on oncologic surgical activity in the Ile de France region university hospital otorhinolaryngology departments.** European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck diseases 2020. 137(4): p. 4–7.
- [17] Xiao C C, Kshirsagar R S, Rivero A. **International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology Pediatric foreign bodies of the ear : A 10-year national analysis.** International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology 2020. 138(8): 110354.
- [18] Bakhshae M, Hebrani P, Shams M, Salehi M, Ghaffari A, Rajati M. **Psychological status in children with ear and nose foreign body insertion.** International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology 2017, 92: 103–107.
- [19] Akin R, Wentland C, Arya W N. **Otolaryngology case reports dermacentor variabilis: an unusual foreign body of the external ear canal.** Otolaryngology Case Reports 2020, 17 (100233): 1-4.
- [20] T-ping C, Weckx L L M. **ENT care of children and adolescents in the Brazilian public healthy system in three different municipalities.** Brazilian Journal of Otorhinolaryngology 2008, 74(4): 571–578.
- [21] Luchi G E R, Jarjura J J J, Crespo C C et al. **Laryngeal Foreign Body Causing Bronchial Spasm.** Brazilian Journal of Otorhinolaryngology 2007. 73 (3): 429.
- [22] Pope L E R, Hobbs C G L. **Epistaxis: an update on current management.** Postgrad Med J 2005. 81(955): 309–314.
- [23] Mehigan B, Malik T H. **Anterior nasal packing with merocel: a modification 2008.** 33(5): 510–511.

- [24] Grag K, Shubhanshu K. **Effect of Covid-19 in Otorhinolaryngology Practice: A Review.** Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery 2020. 74(1): 1–4.
- [25] Figueiredo R R, Azevedo A A, Kós A O A et al. **Complicações de corpos estranhos em otorrinolaringologia: Um estudo retrospectivo.** Brazilian Journal of Otorhinolaryngology 2008. 74(1): 7–15, 2008.
- [26] Hathiram B T, Khattar V. **An Unusual Presentation of Impacted Foreign-Body in the Adult Larynx.** Indian J Otolaryngol Head Neck Surg 2011. 63(1): 96–98.
- [27] Bittencort P F S, Camargos P A M, Schinmann P et al. **Foreign body aspiration : Clinical, radiological findings and factors associated with its late removal.** Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2006. 70 (5): 879-84.
- [28] Lima M M, Moreira C A, Silva V C et al. **34 Self-inflicted Foreign Bodies in the Maxillary Sinus.** Brazilian Journal of Otorhinolaryngology 2008. 74(6): 948.
- [29] Xu K, Lai X, Liu Z. **ScienceDirect Suggestions on the prevention of COVID-19 for health care workers in department of otorhinolaryngology head and neck surgery.** World Journal of Otorhinolaryngology-Head and Neck Surgery 2020. 6(1): 0–3.
- [30] Zamboni R A, Birnfeld J C, Volkweis W M R. et al. **Levantamento epidemiológico das fraturas de face do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre – RS.** Rev. Col. Bras. Cir. 2017.44(5): 491–497.

USO DE ANTIBIÓTICOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Data de aceite: 01/09/2021

Data de submissão: 04/06/2021

Thais Barjud Dourado Marques

FAHESP/IESVAP- Faculdade de Ciências Humanas, Exatas e da Saúde do Piauí / Instituto de Educação Superior do Vale do Parnaíba
Parnaíba - Piauí
<http://lattes.cnpq.br/6052939865430538>

Aline Viana Araujo

FAHESP/IESVAP- Faculdade de Ciências Humanas, Exatas e da Saúde do Piauí / Instituto de Educação Superior do Vale do Parnaíba
Parnaíba – Piauí
<http://lattes.cnpq.br/0824431829504578>

Ítalo Ranieri Jacinto e Silva

FAHESP/IESVAP- Faculdade de Ciências Humanas, Exatas e da Saúde do Piauí / Instituto de Educação Superior do Vale do Parnaíba
Parnaíba - Piauí
<http://lattes.cnpq.br/4775353973907919>

Valéria Sousa Ribeiro

FAHESP/IESVAP- Faculdade de Ciências Humanas, Exatas e da Saúde do Piauí / Instituto de Educação Superior do Vale do Parnaíba
Parnaíba – Piauí
<http://lattes.cnpq.br/0221067319321043>

José Lopes Pereira Júnior

Doutorando em Ciências Farmacêuticas- UFPI
Campus Ministro Petrônio Portela
Parnaíba - Piauí
<http://lattes.cnpq.br/0843867099204910>

RESUMO: INTRODUÇÃO: Os antimicrobianos são substâncias naturais, semissintéticas ou sintéticas que eliminam ou inibem o crescimento dos microrganismos, sendo amplamente utilizados no tratamento ou na prevenção de doenças infecciosas. Estes fármacos, para serem eficazes, necessitam manifestar toxicidade seletiva, isto é, devem ser tóxicos para os microrganismos, porém inócuos para o hospedeiro humano. Adicionalmente, cada antimicrobiano está associado a um espectro particular de atividade que descreve o número de diferentes espécies de microrganismos sensíveis a determinado fármaco. Os de amplo espectro atuam em diferentes espécies de bactérias, enquanto que os de baixo espectro são efetivos contra um pequeno número de espécies bacterianas. No entanto, os microrganismos podem adquirir resistência aos vários fármacos antimicrobianos e, conseqüentemente, serão menos afetados por eles, por isso há um esforço contínuo para descobrir e desenvolver fármacos que evitem ou superem os mecanismos evolutivos de resistência. OBJETIVO: Evidenciar por meio de uma revisão bibliográfica, o uso de antibióticos na Unidade de Terapia intensiva. MÉTODOS: A coleta de dados foi realizada entre maio de 2011 a maio de 2021 utilizando as plataformas PubMed, BVS e SciELO. RESULTADOS: Dos

pacientes que se encontram internados em UTI's, 70% estão recebendo antimicrobianos e, por vezes, com benefícios incertos. Quando há infecção por bactérias gram-negativas, a antibioticoterapia empírica pode aumentar o risco de desenvolvimento de resistência. Se necessário utilizar métodos invasivos, estes têm uma maior predisposição na ocorrência de uma infecção. **CONCLUSÃO:** Um planejamento estratégico direcionado ao uso racional de antimicrobianos baseado em práticas educacionais intervencionistas pode auxiliar o médico no controle de infecção a adequar as rotinas com melhoria da qualidade da assistência aos pacientes internados.

PALAVRAS-CHAVE: Agentes antibacterianos, Unidade de Terapia Intensiva e Resistência bacteriana a drogas.

USE OF ANTIBIOTICS IN THE INTENSIVE CARE UNIT

ABSTRACT: **INTRODUCTION:** Antimicrobials are natural, semi-synthetic or synthetic substances that eliminate or inhibit the growth of microorganisms, being widely used in the treatment or prevention of infectious diseases. These drugs, to be effective, need to manifest selective toxicity, that is, they must be toxic to microorganisms, but harmless to the human host. In addition, each antimicrobial is associated with a particular spectrum of activity that describes the number of different species of microorganisms sensitive to a particular drug. Broad spectrum species act on different species of bacteria, while low spectrum species are effective against a small number of bacterial species. However, microorganisms can acquire resistance to various antimicrobial drugs and, consequently, will be less affected by them, so there is an ongoing effort to discover and develop drugs that prevent or overcome the evolutionary mechanisms of resistance. **OBJECTIVE:** To highlight, through a bibliographic review, the use of antibiotics in the Intensive Care Unit. **METHODS:** Data collection was carried out between May 2011 and May 2021 using the PubMed, VHL and SciELO platforms. **RESULTS:** Of the patients who are hospitalized in ICUs, 70% are receiving antimicrobials and, sometimes, with uncertain benefits. When there is infection by gram-negative bacteria, empirical antibiotic therapy may increase the risk of developing resistance. If it is necessary to use invasive methods, they have a greater predisposition to the occurrence of an infection. **CONCLUSION:** A strategic plan directed to the rational use of antimicrobials based on interventional educational practices can help the physician in the control of infection to adapt the routines with improving the quality of care for inpatients.

KEYWORDS: Anti-Bacterial Agents, Intensive Care Units and Drug Resistance, Bacterial.

INTRODUÇÃO

Os fármacos antimicrobianos são substâncias químicas de origem natural ou sintética que suprimem o crescimento ou promovem a destruição de microrganismos, incluindo bactérias, fungos, helmintos, protozoários e vírus (FURTADO *et. al.* 2019). Os antimicrobianos eficazes possuem certos atributos fundamentais. Para minimizar os efeitos adversos em seres humanos, a maioria é projetada para atuar seletivamente em processos que são distintos ou únicos para o patógeno-alvo. Tal característica é conhecida como toxicidade seletiva, isto é, devem ser tóxicos para a bactéria, porém inócuos para o

hospedeiro humano (SILVA *et al.*, 2018).

Dentre suas ferramentas, há propriedades bacteriostáticas e bactericidas, a primeira tem sua ação em evitar a multiplicação de bactérias, quanto ao aumento de sua população, no entanto não matam, permitindo que o sistema imunológico exerça seu papel em eliminar a infecção; a segunda, agindo de forma contrária, são capazes de erradicar totalmente, por meio de reações químicas, os microrganismos que estavam causando a infecção (GUIMARÃES, MOMESSO, PUPO, 2010). Mesmo com esses mecanismos, algumas bactérias possuem a habilidade de contornar a eficácia do antibiótico através dos mecanismos de resistência que ocorre quando cepas de microrganismos são capazes de se multiplicar mesmo na presença de concentrações relativamente altas de antimicrobianos (BASSO *et. al.* 2016).

Existem alguns processos gerais aos quais promovem alterações nas estruturas bacterianas de forma que não produza eficácia na atuação do fármaco desejado, sendo mecanismos evolutivos de propagação das cepas desses microrganismos, tais como, mutação espontânea, conjugação, tradução e transformação (LIMA, BENJAMIM, SANTOS, 2017). Com essas manobras inerente a esses seres, é permitido a algumas linhagens produtoras de enzimas inativar os antibióticos, como por exemplo, as betalactamases. Outras estirpes, mudam a conformação da sua membrana celular, para dificultar a penetração do fármaco; um exemplo é a ausência da proteína de membrana porina D2, nas *pseudomonas aeruginosa* resistentes (DRESCH, 2018).

É importante salientar que os métodos invasivos têm uma maior predisposição na ocorrência de uma infecção, tais como a introdução de cateteres, intubação e ventilação mecânica (ASHLEY *et. al.* 2021). Esses materiais são sítios de potencial infecção por biofilmes, que são comunidades biológicas com um elevado grau de organização, onde as bactérias formam comunidades estruturadas e funcionais (DAMASCENA *et al.* 2017). Procedimentos como a intubação orotraqueal propicia a formação de colônias bacterianas, como os *Streptococcus* e *Lactobacillus sp.* Outros agentes bacterianos também podem estar presentes nesses meios infectantes, como a *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumonia* e *Escherichia coli*, responsáveis pelo desenvolvimento de infecções sistêmicas em UTI. (ERGONUL *et. al.* 2017).

Nas UTI's, o consumo de antimicrobianos é elevado, sendo uma das principais drogas utilizadas nesse âmbito, porém seu uso indiscriminado é um dos principais fatores envolvidos no surgimento de bactérias multirresistentes (CURCIO *et. al.* 2011). Sabe-se que a terapia empírica inicial de amplo espectro diminui a mortalidade, entretanto o uso prolongado e irracional dos antimicrobianos, além da multirresistência, pode elevar o risco de toxicidade, de interações medicamentosas e de diarreia por *Clostridium difficile* (SILVA *et al.*, 2015).

Existem meios que são verdadeiros reservatórios de microrganismos, podendo ser qualquer objeto inanimado ou substância capaz de reter e transportar organismos

contagiantes ou infecciosos, de um indivíduo a outro ou de um material para outro, potencializando, assim, um maior risco de infecção (SKINGS *et al.* 2014). Os fômites podem ser reduzidos ou extinguidos através dos meios de assepsia e antissepsia, que são técnicas que visam esterilizar o ambiente a ser feito um procedimento (DRESCH *et al.* 2017).

Dessa forma, a introdução da antibioticoterapia no tratamento dos pacientes infecciosos encontrados em UTI é fundamental, visto que sua sobrevivência depende disso (CLOCK *et al.* 2016). Concomitantemente, visando a diminuição do surgimento de bactérias multirresistentes, deve ser realizado a cultura dessa bactéria e antibiograma para que, posteriormente, seja implantada a antibioticoterapia específica (SILVA *et al.*, 2015).

OBJETIVOS

Evidenciar por meio de uma revisão bibliográfica o uso de antibióticos na Unidade de Terapia Intensiva. Compreender os fatores que levam a resistência bacteriana quando não há o uso adequado do antibiótico no tratamento dos pacientes internados. Conhecer quais são as formas de infecção, bem como elencar os agentes infecciosos principais.

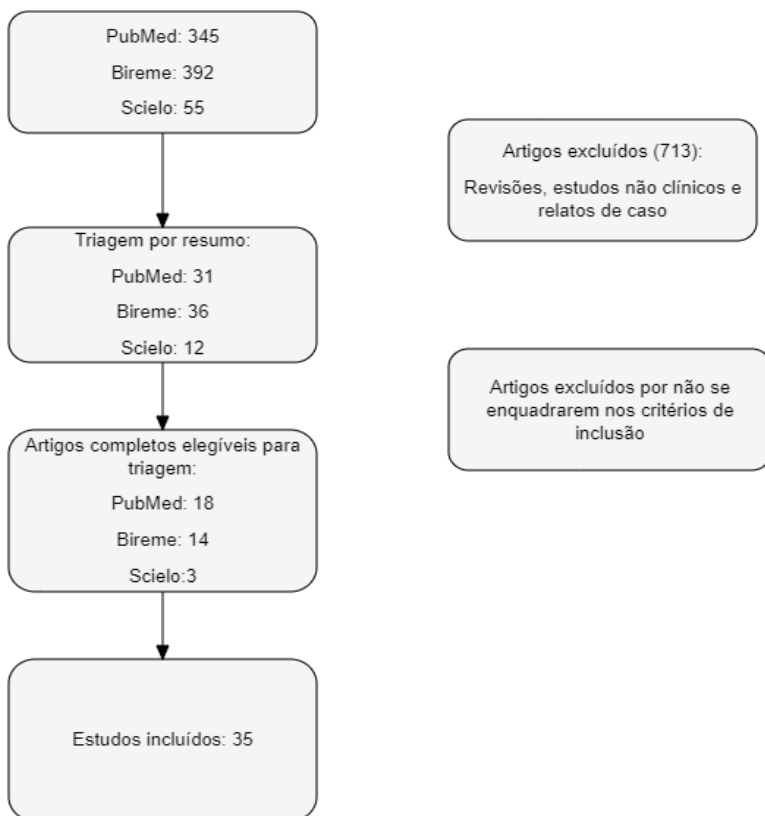
METODOLOGIA

O estudo trata-se de uma revisão sistemática da literatura referente ao uso de antibióticos em Unidades de Terapia Intensiva.

A seleção dos artigos foi realizada através de busca bibliográfica nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca virtual em saúde (BVS) e PubMed utilizando como limitações os textos completos nos idiomas inglês, português e espanhol, que apresentassem assuntos mais relacionados com a pesquisa. Os descritores, segundo os Descritores em Ciência da Saúde (Decs), foram: “*Anti-Bacterial Agents*”, “*Intensive Care Units*” e “*Drug Resistance, Bacterial*”. Tais termos utilizados abrangiam todas as formas de busca. Um filtro de artigos nos últimos 10 anos foi aplicado afim de verificar os dados mais recentes. Foram selecionados, de forma sistemática e criteriosa, um total inicial de 792 (setecentos e noventa e dois) artigos pertinentes ao tema abordado cujos critérios de inclusão foram a presença das palavras-chave selecionadas, relevância do assunto para o estudo e artigos publicados a partir de 2010 no idioma inglês, português e espanhol.

RESULTADOS

A figura 1 mostra o fluxograma PRISMA Statement para seleção de estudos. E demonstra, de forma detalhada, cada etapa até os artigos incluídos para a amostra do estudo. De 792 artigos encontrados, apenas 35 foram selecionados para a sistematização dos resultados.



Fonte: Autoria própria, 2021.

O quadro 1 mostra o detalhamento dos 35 artigos selecionados. Os itens autores, amostra, objetivo, tipo de estudo e resultados / outcomes foram mencionados.

| Autores | Amostra | Objetivo | Tipo de estudo | Resultados |
|------------------------------|--|---|--|---|
| Daalen <i>et al.</i> , 2015. | 810 pacientes incluídos no grupo controle e no grupo de intervenção. | Fornecer aos hospitais uma lista de verificação de antibióticos com base em indicadores de qualidade e avaliar a introdução desta lista de verificação em termos de custo eficácia. | Ensaio clínico randomizado de cluster. | Se custo eficaz, a lista de verificação AB fornecerá aos médicos uma ferramenta para apoiar o uso apropriado de antibióticos em pacientes adultos hospitalizados que começam antimicrobianos por via intravenosa. |

| | | | | |
|-------------------------------|--|---|---|---|
| Jensen <i>et al.</i> , 2015. | 1.200 pacientes graves submetidos a uma alta exposição de terapia antibiótica (braço de intervenção, n = 604) ou uma exposição padrão orientada pelas diretrizes atuais (n = 596). | Determinar se o aumento da exposição a antibióticos está associado ao aumento da prevalência de infecção invasiva por <i>Candida</i> . | Ensaio clínico randomizado, controlado. | 1.200 pacientes foram incluídos no estudo (alto braço de exposição, n = 604; braço de exposição padrão, n = 596). As características da linha de base eram comparáveis entre os braços e as taxas de mortalidade permaneceram inalteradas (31,8%). |
| Duijn <i>et al.</i> , 2010. | UTI'S na Bélgica, França (n = 2), Alemanha (n = 2), Portugal e Eslovênia (n = 2). | Comparar os efeitos de uma estratégia de mistura de antibióticos para uma estratégia de ciclagem de antibióticos na prevalência de bactérias Gram-negativas resistentes a antibióticos. | Ensaio clínico randomizado por cluster, controlado e cruzado. | Este teste irá fornecer mais informações sobre o uso de mistura e ciclagem de antibióticos e guiará o futuro das diretrizes práticas e estudos de modelagem clínica e matemática sobre os efeitos das políticas de antibióticos. |
| Angue <i>et al.</i> , 2015. | 2.065 pacientes admitidos na UTI. 129 pacientes permanentes em um país estrangeiro. 8 pacientes em 2 ou mais países estrangeiros. | Comparar em uma UTI a prevalência de admissão e aquisição de transporte de bactérias multirresistentes (BMR) em pacientes com estadia recente no exterior ou sem essa estadia, e identificar os fatores de risco em pacientes vindos do exterior. | Estudo retrospectivo observacional. | 2.065 pacientes admitidos na UTI. Por falta de higiene na admissão, 223 pacientes foram excluídos. Um total de 129 pacientes (7%) permaneceram em um país estrangeiro dentro dos 6 meses anteriores à admissão, formando o Grupo "estrangeiro". No geral, 8 pacientes ficaram em dois ou mais países com um total de 138 estadias diferentes no exterior: |
| Daneman <i>et al.</i> , 2015. | Pacientes ≥ 18 anos com hemocultura positiva para uma bactéria patogênica. | Avaliar o tratamento de duração mais curta versus o mais longo para bacteremia em pacientes gravemente enfermos fornece uma base de evidências para as decisões de duração do tratamento para essas infecções. | Ensaio clínico piloto multicêntrico, randomizado e controlado | O tempo de terapia mais curto foi demonstrado eficaz para combater bactérias, os resultados podem ser mais facilmente generalizados para pacientes não bacteriêmicos. |

| | | | | |
|--|--|---|-----------------------------------|--|
| Rajlakshmi-Viswanathan <i>et al.</i> , 2011. | 158 bebês | Estudar os organismos que causam sepse neonatal precoce e tardia, com referência especial aos bacilos Gram-negativos multirresistentes, em duas unidades neonatais (uma urbana e uma rural) na Índia | Estudo prospectivo de vigilância. | Este estudo mostra que os bacilos Gram-negativos multirresistentes são uma das principais causas de sepse neonatal precoce e tardia na Índia e quase certamente estão disseminados na comunidade. |
| Bouadma <i>et al.</i> , 2010. | Os dados foram obtidos para 247 pacientes no grupo da procalcitonina e 255 no grupo controle; faltavam dados para os pacientes restantes | Estabelecer a eficácia de um algoritmo baseado no biomarcador procalcitonina para reduzir a exposição a antibióticos neste cenário. | Ensaio clínico randomizado. | 1.315 pacientes com suspeita de infecções foram selecionados para elegibilidade, dos quais 630 foram inscritos e aleatoriamente designados para o grupo de procalcitonina (n = 311 pacientes) ou o grupo de controle (n = 319; Quatro pacientes no grupo da procalcitonina e cinco no grupo controle foram posteriormente excluídos da análise |
| Sidiqei <i>et al.</i> , 2010. | Planejamos incluir ensaios clínicos randomizados de antibióticos de amplo espectro precoces versus tardios em pacientes adultos com sepse grave no pronto-socorro, antes da admissão na unidade de terapia intensiva | Avaliar a diferença nos resultados com a administração precoce em comparação com a tardia de antibióticos em pacientes com sepse grave na unidade de terapia pré-intensiva (UTI) no período de admissão. Definimos no início como dentro de uma hora da apresentação ao ED. | Ensaio clínico randomizado | Com base nesta revisão, não podemos fazer uma recomendação sobre o uso precoce ou tardio de antibióticos de amplo espectro em pacientes adultos com sepse grave no pronto-socorro antes da admissão na UTI. |
| Huskins <i>et al.</i> , 2011. | 5434 admissões em 10 UTIs de intervenção e 3705 admissões em 8 UTIs de controle | avaliamos o efeito da vigilância para colonização por MRSA e VRE e do uso expandido de precauções de barreira (intervenção) em comparação com a prática existente (controle) sobre a incidência de colonização ou infecção por MRSA ou VRE em UTIs adultas | Ensaio clínico randomizado | A intervenção não foi eficaz na redução da transmissão de MRSA ou VRE, embora o uso de precauções de barreira pelos provedores tenha sido menor do que o necessário. (Financiado pelo Instituto Nacional de Alergia e Doenças Infecciosas e outros |

Quadro 1. Sistematização dos resultados dos estudos analisados.

DISCUSSÃO

A antibioticoterapia consiste no tratamento de pacientes com sinais e sintomas clínicos de infecção pela administração de antimicrobianos. Ela tem a finalidade de curar uma doença infecciosa (cura clínica) ou de combater um agente infeccioso situado em um determinado foco de infecção. O princípio básico da terapia anti-infecciosa é a

determinação do agente causal da infecção e de sua susceptibilidade aos antimicrobianos, e, dessa forma é possível ser feita a escolha do antibiótico adequado (SILVA et al., 2015).

No que se refere a escolha do tratamento, segundo Pleun (2014), este pode ser estabelecido de acordo com a progressão da doença podendo ser profilático, antecipatório, empírico, definitivo ou supressor. A profilaxia consiste em tratar pacientes que ainda não foram infectados por algum patógeno ou ainda não desenvolveram a doença tendo como objetivo evitar a infecção ou impedir o desenvolvimento de uma doença.

O tratamento antecipatório é usado como substituto à profilaxia e como tratamento precoce aos pacientes de alto risco que já têm resultados laboratoriais indicando que um paciente assintomático se tornou infectado. O tratamento empírico consiste na iniciação do tratamento baseado na sintomatologia e no conhecimento dos microrganismos causadores mais prováveis antes da confirmação laboratorial da infecção e do patógeno. Em algumas doenças, a espera pelos resultados laboratoriais não causa grandes prejuízos aos indivíduos, no entanto, em outros grupos de pessoas, os riscos pela espera são altos, neste caso, existem técnicas rápidas que auxiliam na redução da lista de possíveis patógenos e na escolha do tratamento inicial, como o exame de secreção e líquidos corporais infectados com o corante de Gram. O tratamento definitivo é individualizado com antibiótico específico para quando um patógeno é isolado e os resultados dos testes de sensibilidade estão disponíveis. Este é preferível com um único fármaco, pois reduz os riscos de toxicidade e seleção de patógenos resistentes. O tratamento supressor é mantido com doses mais baixas após o controle da doença inicial.

Segundo Burnham (2019), as UTIs são uma das maiores consumidoras de antimicrobianos, com cerca de 70% dos pacientes recebendo antimicrobianos em um só dia, e por vezes com benefícios incertos. Portanto, cada vez mais pacientes estão sob risco de infecção por agentes multirresistentes, principalmente os indivíduos hospitalizados submetidos a inúmeros procedimentos invasivos, ou os que permanecem por longos períodos em UTIs e/ou que receberam prolongada antibioticoterapia prévia, como é analisado no ensaio clínico randomizado de Bouadmaet em 2010, no qual ela chega à conclusão de que a duração reduzida do tratamento com antibióticos pode conter o surgimento de bactérias multirresistentes em unidades de terapia intensiva.

Contudo, os resultados deste estudo evidenciaram que os antimicrobianos são utilizados de forma indiscriminada na prática médica, contribuindo para o desenvolvimento da resistência aos mesmos. Assim como demonstrado no ensaio clínico controlado de Vollenweider em 2018, no ambiente hospitalar, os antimicrobianos, além de afetar o paciente que o utiliza, atingem também a microbiota ambiental do hospital.

Dessa forma, a melhor maneira de reduzir o surgimento de cepas resistentes, sobretudo nas UTIs, ocorre através de estratégias de uso racional dos antimicrobianos, como através da prática de descalonamento (consiste na adequação do esquema antimicrobiano de acordo com os resultados da cultura); evitando o tratamento de colonização; avaliando

o nível sérico do antimicrobiano e o tempo adequado de antibioticoterapia; e usando marcadores biológicos que possibilitem diferenciar os casos de etiologia infecciosa ou não, como demonstrado no relato de caso da Kaminski (2011), no qual ela relata sobre o excesso de mortalidade associado à multirresistência em pacientes com *P. aeruginosa* VAP (PA-VAP), levando em consideração fatores de confusão como adequação do tratamento e duração prévia de permanência na UTI.

CONCLUSÃO

Concluiu-se que, um planejamento estratégico direcionado ao uso racional de antimicrobianos baseado em práticas educacionais intervencionistas pode auxiliar o médico no controle de infecção a adequar as rotinas com melhoria da qualidade da assistência aos pacientes internados. Associado a isso, tem a constante prática do uso indiscriminado de antimicrobianos nas UTI's, contribuindo para o aumento da morbidade, mortalidade, prolongamento do tempo de internação e elevação dos custos do tratamento, consequentemente influenciando ao aumento da resistência de novas cepas.

Com isso, visando a recuperação do quadro patológico do enfermo, são necessários mais estudos relacionados ao tema devido sua importância na prática médica.

REFERÊNCIAS

ANGUE, M. et al. **Risk factors for colonization with multidrug-resistant bacteria among patients admitted to the intensive care unit after returning from abroad.** *Journal of travel medicine*, v. 22, n. 5, p. 300-305, 2015.

BASSO, M. **Prevalência de infecções bacterianas em pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva (UTI).** 2016. Disponível em: <http://www.rbac.org.br/artigos/prevalencia-de-infeccoes-bacterianas-em-pacientes-internados-em-uma-unidade-de-terapia-intensiva-uti/>. Acesso em: 30 nov. 2020.

BOUADMA, Lila *et al.* **Uso de procalcitonina para reduzir a exposição de pacientes a antibióticos em unidades de terapia intensiva (ensaio PRORATA): um ensaio clínico randomizado e multicêntrico controlado.** *Bireme*, [s. l.], 6 fev. 2010. Disponível em: Bireme. Acesso em: 27 maio 2021.

CARNEIRO, M. et al. **O uso de antimicrobianos em um hospital de ensino: uma breve avaliação.** *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 57, n. 4, p. 421-424, 2011.

CHIEREGATO, A. **Aggressive versus conservative antibiotic use to prevent and treat ventilator-associated pneumonia in patients with severe traumatic brain injury: comparison of two case series.** *83(6): 553-562, 2017 Jun.* Disponível em: Bireme. Acesso em: 28 mai. 2021.

CLOCK, S, A. **Healthcare-associated Gram-negative bloodstream infections: antibiotic resistance and predictors of mortality.** *94(4): 381-385, 2016 Dec.* Disponível em: Bireme. Acesso em: 28 mai. 2021.

CURCIO, D. Bireme. **Off-label use of antibiotics in intensive care unit: the multidrug-resistant pathogens challenge.**, [s. l.], 8 fev. 2011. Disponível em: Bireme. Acesso em: 29 abr. 2021.

DAMASCENA, L. et al. **Fatores associados à presença de biofilme oral em pacientes internados na UTI.** Revista de Odontologia da UNESP, v. 46, n. 6, p. 343-350, 2017.

DANEMAN, N. et al. **Bacteremia Antibiotic Length Actually Needed for Clinical Effectiveness (BALANCE): study protocol for a pilot randomized controlled trial.** Trials, v. 16, n. 1, p. 1-10, 2015. Acesso em: 30 nov. 2020.

DRESCH, F. **Contaminação de superfícies localizadas em unidades de terapia intensiva e salas de cirurgia: uma revisão sistemática da literatura.** 2018. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/9897>. Acesso em: 30 nov. 2020.

ERGONUL, Ö. **Colonization With Antimicrobial-Resistant Gram-Negative Bacilli at Neonatal Intensive Care Unit Discharge.** 6(3): 219-226, 2017 Sep 01. Disponível em: Bireme. Acesso em: 28 mai. 2021.

FURTADO, D. et al. **Consumo de antimicrobianos e o impacto na resistência bacteriana em um hospital público do estado do Pará, Brasil, de 2012 a 2016.** Revista Pan-Amazônica de Saúde, v. 10, 2019.

GUIMARÃES, D. et al. **Antibióticos: importância terapêutica e perspectivas para a descoberta e desenvolvimento de novos agentes.** Química Nova. 2010, v. 33, n. 3. Acessado 28 Maio 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0100-40422010000300035>>. Epub 19 Abr 2010. ISSN 1678-7064. <https://doi.org/10.1590/S0100-40422010000300035>.

GURIEVA, T. et al. **The Transmissibility of Antibiotic-Resistant Enterobacteriaceae in Intensive Care Units.** Clin Infect Dis ; 66(4): 489-493, 2018. Disponível em: Bireme. Acesso em: 28 mai. 2021.

HUSKINS, W. et al. **Intervention to reduce transmission of resistant bacteria in intensive care.** New England Journal of Medicine, v. 364, n. 15, p. 1407-1418, 2011.

INT, J S. et al. **Antibiotic resistance evaluation and clinical analysis of acute appendicitis; report of 1431 consecutive worldwide patients: A cohort study.** 26: 6-11, 2016 Feb. Disponível em: Bireme. Acesso em: 28 mai. 2021.

JENSEN, S. et al. **Invasive Candida infections and the harm from antibacterial drugs in critically ill patients: data from a randomized, controlled trial to determine the role of ciprofloxacin, piperacillin-tazobactam, meropenem, and cefuroxime.** Critical care medicine, v. 43, n. 3, p. 594-602, 2015.

KAMINSKI, C. et al. Bireme. **Impact of ureido/carboxypenicillin resistance on the prognosis of ventilator-associated pneumonia due to Pseudomonas aeruginosa.**, [s. l.], 5 jul. 2011. Disponível em: Bireme. Acesso em: 29 abr. 2021.

LAPICHINO, G et al. Bireme. **Daily monitoring of biomarkers of sepsis in complicated long-term ICU-patients: can it support treatment decisions?**, [s. l.], 12 out. 2010. Disponível em: Bireme. Acesso em: 29 abr. 2021.

MAGDIĆ T. et al. **Microbial profile and antibiotic susceptibility patterns of pathogens causing ventilator-associated pneumonia at intensive care unit, sestre milosrdnice university hospital center, Zagreb, Croatia.** *Acta clinica Croatica*, v. 54, n. 2., p. 127-135, 2015.

NACHTIGALL, I. et al. **Long-term effect of computer-assisted decision support for antibiotic treatment in critically ill patients:** a prospective 'before/after' cohort study. *BMJ open*, v. 4, n. 12, 2014.

NOGUEIRA, H. et al. **Antibacterianos: principais classes, mecanismos de ação e resistência.** *Unimontes Científica*, v. 18, n. 2, p. 96-108, 2017.

PLEUN J van Duijn et al. Bireme. **Antibiotic rotation strategies to reduce antimicrobial resistance in Gram-negative bacteria in European intensive care units: study protocol for a cluster-randomized crossover controlled trial.** 2014. Disponível em: Bireme. Acesso em: 29 abr. 2021.

SALOMÃO, Reinaldo *et al.* Scielo. **Diretrizes para tratamento da sepse grave/choque séptico: abordagem do agente infeccioso - controle do foco infeccioso e tratamento antimicrobiano**, [s. l.], 23 dez. 2010. Disponível em: Scielo. Acesso em: 29 abr. 2021.

SANTOS, C. *et al.* **Fatores de risco que favorecem a pneumonia associada à ventilação mecânica.** *Revista de enfermagem UFPE*, [s. l.], 15 dez. 2018. Disponível em: *Revista de enfermagem UFPE*. Acesso em: 21 maio 2021.

SIDDIQUI, Shahla. Bireme. **Early versus late pre-intensive care unit admission broad spectrum antibiotics for severe sepsis in adults**, [s. l.], 6 out. 2010. Disponível em: Bireme. Acesso em: 29 abr. 2021.

SILVA, Camila Delfino Ribeiro da *et al.* **Estratégias para uso adequado de antibioticoterapia em unidade de terapia intensiva.** *Scielo*, [s. l.], 30 jun. 2015. Disponível em: *scielo*. Acesso em: 21 maio 2021.

SKINGS, W Charles *et al.* Bireme. **Intervention to reduce transmission of resistant bacteria in intensive care.**, [s. l.], 15 abr. 2014. Disponível em: Bireme. Acesso em: 29 abr. 2021.

SPERANÇA, P. *et al.* **Sensibilidade dos S. aureus aos betalactâmicos e glicopeptídeos (" Estudo in vitro").** *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial*, v. 10, n. 4, p. 39-44, 2010.

VAN DAALLEN, F. et al. **A cluster randomized trial for the implementation of an antibiotic checklist based on validated quality indicators: the AB-checklist.** *BMC infectious diseases*, v. 15, n. 1, p. 1-7, 2015.

VAN DUIJN, P. et al. **Antibiotic rotation strategies to reduce antimicrobial resistance in Gram-negative bacteria in European intensive care units:** study protocol for a cluster-randomized crossover controlled trial. *Trials*, v. 15, n. 1, p. 1-8, 2014.

VANEGAS-MÚNERA, Johanna Marcela; JIMÉNEZ-QUICENO, Judy Natalia. **Resistencia antimicrobiana en el siglo XXI: ¿ hacia una era postantibiótica?.** *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, v. 38, n. 1, 2020.

VISWANATHAN, R. *et al.* Bireme. **Multi-drug resistant gram negative bacilli causing early neonatal sepsis in India.**, [s. l.], 7 maio 2012. Disponível em: Bireme. Acesso em: 29 abr. 2021.

WILDE, A. *et al.* Bireme. **Inappropriate antibiotic use due to decreased compliance with a ventilator-associated pneumonia computerized clinical pathway: implications for continuing education and prospective feedback.**, [s. l.], 14 ago. 2012. Disponível em: Bireme. Acesso em: 29 abr. 2021.

WILLEMSSEN, I. *et al.* Bireme. **Highly resistant gram-negative microorganisms: incidence density and occurrence of nosocomial transmission (TRIANGLE Study).**, [s. l.], 7 abr. 2011. Disponível em: Bireme. Acesso em: 29 abr. 2021.

CAPÍTULO 20

USO DE PLANTAS MEDICINAIS – DIFUSÃO DE INFORMAÇÕES ATRAVÉS DA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA

Data de aceite: 01/09/2021

Data de submissão: 03/08/2021

Ana Cláudia de Macêdo Vieira

LabFBot - Faculdade de Farmácia -
Universidade Federal do Rio de Janeiro –
Docente (Professor associado)
Rio de Janeiro - RJ
Orcid: 0000-0002-8919-1215

Thacid Kaderah Costa Medeiros

LabFBot - Faculdade de Farmácia -
Universidade Federal do Rio de Janeiro –
Discente do PPGCTECFAR - UFRJ
Rio de Janeiro - RJ
Orcid: 0000-0002-9872-073X

Silviane dos Reis Andrade Barros

LabFBot - Faculdade de Farmácia -
Universidade Federal do Rio de Janeiro –
Graduada em Farmácia
Rio de Janeiro - RJ
Orcid: 0000-0002-4942-0669

Jessica Borsoi Maia do Carmo

LabFBot - Faculdade de Farmácia -
Universidade Federal do Rio de Janeiro –
Graduada em Farmácia
Rio de Janeiro - RJ
Orcid: 0000-0002-9079-913X

Ana Paula Ribeiro de Carvalho Ferreira

LabFBot - Faculdade de Farmácia -
Universidade Federal do Rio de Janeiro –
Graduada em Farmácia
Rio de Janeiro - RJ
Orcid: 0000-0002-0729-4852

Mariana Aparecida de Almeida Souza

LabFBot - Faculdade de Farmácia -
Universidade Federal do Rio de Janeiro –
Discente do PPGCiAC - UFRJ
Rio de Janeiro - RJ
Orcid: 0000-0002-1636-5667

Luciene de Andrade Quaresma Ferreira

LabFBot - Faculdade de Farmácia -
Universidade Federal do Rio de Janeiro –
Mestre pelo PPGBot – UFRJ.
Rio de Janeiro - RJ
Orcid: 0000-0003-4841-3034

João Paulo Guedes Novais

LabFBot - Faculdade de Farmácia -
Universidade Federal do Rio de Janeiro –
Graduando em Farmácia
Rio de Janeiro - RJ
Orcid: 0000-0002-3994-9657

Paulo Fernando Ribeiro de Castro

LabFBot - Faculdade de Farmácia -
Universidade Federal do Rio de Janeiro –
Graduado em Farmácia
Rio de Janeiro - RJ
Orcid: 0000-0002-9045-0173

Filipe dos Santos Soares

LabFBot - Faculdade de Farmácia -
Universidade Federal do Rio de Janeiro –
Graduado em Farmácia
Rio de Janeiro - RJ
Orcid: 0000-0003-0883-562X

Priscila Barbosa Vargas

LabFBot - Faculdade de Farmácia -
Universidade Federal do Rio de Janeiro –
Graduada em Farmácia
Rio de Janeiro - RJ
Orcid: 0000-0002-2509-2437

RESUMO: O uso de plantas medicinais atravessa toda a história e acompanha a trajetória dos seres humanos. Porém, do mesmo modo que medicamentos industrializados, o uso destas requer cuidados e cautela. O presente trabalho demonstra as ações desenvolvidas pelo LabFBot através do projeto de extensão “Uso e cultivo racionais de plantas medicinais e plantas alimentícias não convencionais (PANC) pelos agricultores de Magé e Guapimirim – RJ”, visando o estímulo ao correto emprego de espécies de plantas com fins terapêuticos. Através da realização de oficinas, visitas aos sítios da região e elaboração de manuais com linguagem simples e acessível foi estabelecido o intercâmbio entre a academia e agricultores e seus familiares nos municípios de Magé e Guapimirim. O projeto de longa duração já gerou diversos produtos inovadores de acesso livre ao público em geral e tem perspectivas de novas produções associadas.

PALAVRAS-CHAVE: Plantas medicinais, uso racional, recurso terapêutico.

ABSTRACT: The use of medicinal plants crosses the entire history and follows the trajectory of human beings. However, just like industrialized drugs, their use requires care and caution. This work demonstrates the actions developed by LabFBot through the extension project “Rational use and cultivation of medicinal plants and unconventional food plants (PANC) by farmers in Magé and Guapimirim - RJ”. The project aims to encourage the correct use of plant species for therapeutic purposes. Through workshops, visits to rural properties in the region and preparation of manuals, using simple language, exchanges of experiences were established between academia and farmers and their families in the municipalities of Magé and Guapimirim. The long-term project has already generated several innovative products that are freely accessible to the public and has prospects for new associated productions.

KEYWORDS: Medicinal plants; rational use; therapeutic resource.

1 | INTRODUÇÃO

O uso de plantas medicinais para o tratamento de enfermidades acompanha a trajetória da humanidade e, no Brasil, ela é o reflexo da profunda miscigenação que formou o povo brasileiro. Povos indígenas e de origem africana contribuíram sobremaneira para a cristalização do emprego desse tipo de recurso terapêutico e muitos grupos até hoje fazem uso exclusivo de plantas medicinais para o tratamento de suas enfermidades (DI STASI, 2007). A expansão da fitoterapia pode ser atribuída a diversos fatores tais como: aos efeitos adversos de fármacos sintéticos, a preferência dos consumidores por tratamentos “naturais”, a validação científica das propriedades farmacológicas de espécies vegetais, o desenvolvimento de novos métodos analíticos colocados à disposição do controle de

qualidade, o desenvolvimento de novas formas de preparações e administrações de produtos fitoterápicos, um melhor conhecimento químico, farmacológico e clínico das drogas vegetais e seus derivados, além também do menor custo se comparado com os fármacos sintéticos (CAÑIGUERAL et al., 2003).

O Brasil possui uma farmacopeia popular muito diversa baseada em plantas medicinais, resultado de fusão cultural envolvendo africanos, europeus e indígenas, com introdução de espécies exóticas pelos europeus e africanos inicialmente e demais grupos que sucessivamente tiveram acesso ao território. Além disso, o país possui a maior diversidade vegetal do planeta, aproximadamente 55 mil espécies de plantas superiores (ENGELKE, 2003). Como consequência da grande difusão e utilização das plantas medicinais, as indústrias vêm gerando produtos à base de espécies vegetais, sob diversas formas farmacêuticas, que têm sido comercializados em farmácias, drogarias, supermercados e casas de produtos naturais. Contudo, não há garantia para a grande maioria desses produtos, quanto a sua eficácia, segurança e qualidade. (MELO et al., 2007).

Como um reflexo da necessidade de regularização das ações envolvendo o emprego de plantas medicinais, a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos instituída pelo Decreto nº 5813, de 22 de junho de 2006, apresenta como objetivos geral e específicos: "...garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional "; e "...ampliar as opções terapêuticas aos usuários, com garantia de acesso a plantas medicinais, fitoterápicos e serviços relacionados à fitoterapia, com segurança, eficácia e qualidade, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde, considerando o conhecimento tradicional sobre plantas medicinais..."; "...construir o marco regulatório para produção, distribuição e uso de plantas medicinais e fitoterápicos a partir dos modelos e experiências existentes no Brasil e em outros países..."; "...promover pesquisa, desenvolvimento de tecnologias e inovações em plantas medicinais e fitoterápicos, nas diversas fases da cadeia produtiva..."; "...promover o desenvolvimento sustentável das cadeias produtivas de plantas medicinais e fitoterápicos e o fortalecimento da indústria farmacêutica nacional neste campo..."; e "...promover o uso sustentável da biodiversidade e a repartição dos benefícios decorrentes do acesso aos recursos genéticos de plantas medicinais e ao conhecimento tradicional associado" (BRASIL, 2006). Tais objetivos vêm norteando a maior parte das ações ligadas aos estudos e desenvolvimento de produtos derivados de plantas medicinais e foram revistos e ampliados com a publicação da Política e Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (BRASIL, 2016).

Dentro desses princípios, o Laboratório de Farmacobotânica (LabFBot) da Faculdade de Farmácia da UFRJ vem desenvolvendo uma série de atividades buscando garantir junto à população brasileira o acesso seguro às informações sobre o uso racional

das plantas medicinais e dos fitoterápicos; promoção o uso sustentável da biodiversidade no desenvolvimento da cadeia produtiva dos medicamentos fitoterápicos e de plantas medicinais. Algumas iniciativas tomaram forma como banco de dados e instrumentos que auxiliam o ensino de conteúdos relacionados ao tema central (VIEIRA E CRUZ, 2009; CRUZ et al. 2010; CRUZ et al. 2011) ou manuais em formato de e-book (CARMO E VIEIRA, 2016; VIEIRA et al. 2016; VIEIRA et al. 2020).

Buscando ampliar e democratizar o acesso a informações a equipe do LabFBot vem desenvolvendo trabalho junto aos agricultores do Comitê Gestor da Microbacia do Rio Cachoeira (COGEM), em Magé/RJ em conjunto com a EMATER – Rio. Este trabalho vem sendo constituído como decorrência de progressivo contato e interação de componentes da UFRJ com agricultores da microbacia hidrográfica Rio Cachoeira, Município de Magé – RJ. Em meados do segundo semestre de 2011 foi encaminhado documento do Comitê Gestor da Microbacia do Rio Cachoeira – COGEM MBH Cachoeira – solicitando apoio à Microbacia por unidades da UFRJ. Alguns pontos a serem apoiados foram identificados pela coordenação do COGEM em conjunto com a EMATER-Rio Escritório Local de Magé e da Associação dos Pequenos Produtores do Rio Cachoeira Grande (APPCG). A microbacia do Rio Cachoeira, com 3444 ha, faz parte da Região Hidrográfica da Baía da Guanabara e mais da metade da sua área está dentro das unidades de conservação da APA Petrópolis e do Parque Nacional das Serras dos Órgãos. Com 63% da superfície das propriedades rurais correspondentes a 174 propriedades com menos de 10 ha, a Microbacia Hidrográfica (MBH) da Cachoeira Grande tem como atividade econômica primária a agropecuária. “As principais atividades agrícolas são a Olericultura nas baixadas com uso intensivo de tecnologias, a Fruticultura explorando a atividade de Bananicultura nas grotas e na parte alta, com baixo uso de tecnologias, e outras atividades como, por exemplo, a produção de plantas ornamentais, palmito e a criação de grandes e pequenos animais” (Governo do Estado do Rio de Janeiro, 2011). Esta atividade agropecuária, no entanto, está associada a alguns dos principais problemas priorizados no diagnóstico da MBH, apresentado no Plano Executivo da Microbacia – PEM (Governo do Estado do Rio de Janeiro, 2011). Em julho de 2009, a Microbacia do Rio Cachoeira foi selecionada como prioritária entre as microbacias hidrográficas do município de Magé a serem trabalhadas pelo Projeto Desenvolvimento Rural Sustentável em Microbacias Hidrográficas do Estado do Rio de Janeiro - RIO RURAL BIRD, conforme critérios que consideram biodiversidade, água para abastecimento, organização comunitária e concentração de agricultores familiares.

Ao LabFBot foram solicitadas atividades que pudessem orientar os agricultores no uso racional e cultivo de plantas medicinais. Foi realizada em abril de 2012 uma oficina sobre plantas medicinais com os agricultores e seus familiares, para sondagem e levantamento de demandas da comunidade. Dessa forma, foi proposto o projeto “Uso e cultivo racionais de plantas medicinais e plantas alimentícias não convencionais (PANC) pelos agricultores de Magé e Guapimirim – RJ”, envolvendo a realização de oficinas, treinamentos, estruturação

de um banco de dados apropriado e a elaboração de material tais como cartilhas e manuais para orientação de uso, cultivo, formas de utilização e riscos de plantas de uso medicinal e plantas tóxicas.

Dentre os objetivos do presente trabalho, podemos destacar a difusão de conhecimentos estruturados gerados pelos ambientes acadêmicos para a população, sobretudo o público-alvo primário deste projeto: os agricultores e seus familiares que, muitas vezes não dispõem de acesso a esses recursos gerados pela academia. Outro objetivo é incentivar os agricultores a utilizar de forma correta os recursos terapêuticos representados pelas plantas medicinais, sem que incorram em automedicação ou que negligenciem tratamentos médicos já em curso.

2 | DESENVOLVIMENTO

O projeto teve início com a realização de oficina com os agricultores em Piabetá, no município de Magé (RJ), na sede da APPCG, em abril de 2012, onde foram identificadas diversas demandas por parte dos presentes e os resultados ora apresentados visaram a resolução das solicitações feitas pelo grupo de cerca de 50 agricultores participantes.

O local conta com infraestrutura de mobiliário e instalações para realização de cursos, oficinas e palestras. Após discussão com os agricultores e seus familiares, assim como com os parceiros da EMATER, COGEM e APPCG, foi deliberado que o melhor formato para apresentação e discussão de temas de interesse relacionados a plantas medicinais seriam oficinas realizadas aos domingos pela manhã e que os temas poderiam ser complementados com visitas a sítios da região para documentação fotográfica e levantamento de espécies em cultivo nas propriedades rurais.

As oficinas realizadas versaram sobre temas diversos e, para cada uma foram elaborados folhetos informativos que continham dados necessários sobre o assunto tratado, além de apresentações ilustradas que pudessem estimular as discussões. Algumas das obras de referência utilizadas foram Matos (2002), Leite (2010), Oliveira e Akisue (2000), Ferro (2009), Leda, et al. (2009) e Lorenzi e Matos (2010), entre outros.

Nas oficinas para elaboração de formas farmacêuticas, foram realizadas, após a exposição oral, demonstrações práticas nas quais foram preparados xaropes e pomadas dentro das condições de garantia de qualidade dos produtos.

As visitas a sítios atenderam às solicitações dos proprietários e foram agendadas de forma a contar com a participação de representantes da EMATER e do COGEM. Nestas visitas foram documentadas as espécies de uso medicinal ocorrentes na propriedade, tanto de modo espontâneo quanto sob cultivo. Os agricultores e seus familiares que acompanhavam as visitas dialogavam ativamente sobre as espécies e seus usos, trocando informações e subsidiando a seleção de plantas a serem incluídas na elaboração dos manuais.

Também foi solicitada a elaboração de manuais sobre plantas medicinais, visando o uso racional de espécies de interesse que seriam levantadas durante as oficinas e visitas realizadas. Para elaboração desses manuais e cartilhas, foram consultadas obras de referências, tais como livros, e buscas em bases de dados para consulta a artigos científicos que auxiliassem o embasamento dos textos a serem preparados.

3 I ATIVIDADES REALIZADAS E PRODUTOS GERADOS

3.1 Oficinas

As oficinas realizadas ligadas ao tema de uso de plantas medicinais foram:

3.1.1 Uso de plantas medicinais - riscos e benefícios

Foi feita através da apresentação de trabalhos de alunos de graduação do LabFBot, relacionados com o uso racional de plantas medicinais ou emprego de espécies vegetais ocorrentes na região de Magé. Os estudantes fizeram a apresentação de seus resultados para os agricultores e seus familiares.

Tal oficina permitiu maior interação dos alunos com os agricultores e contribuiu para a difusão do conhecimento gerado e sistematizado por esses estudantes. Nas apresentações feitas nesse dia, os agricultores e seus familiares puderam elucidar suas dúvidas sobre drogas vegetais comercializadas entre outros temas relacionados.

3.1.2 Oficinas de preparação de formas farmacêuticas – Xarope

Nessa atividade foi elaborado xarope simples de guaco e capim-limão que os participantes puderam envasar, rotular e levar para suas casas. Foram necessárias três edições para atendimento de todos os interessados.

Os participantes foram instruídos não só quanto à preparação do xarope simples como também a seu armazenamento, uso e dosagem adequados.

3.1.3 Oficinas de preparação de formas farmacêuticas – Pomada

Nessa atividade foi preparada pomada de babosa que os participantes puderam envasar, rotular e levar para suas casas. Foram necessárias duas edições para atendimento de todos os interessados.

Os participantes foram instruídos não só quanto à preparação da pomada como também a seu armazenamento, uso e dosagem adequados.

3.1.4 Plantas com atividade inseticida ou repelente para uso em cultivos orgânicos e agroecológicos

A oficina contou com a participação de cerca de 50 agricultores. Nesse dia foi feita

uma apresentação oral de dados obtidos para a elaboração de uma cartilha sobre o tema. O material foi preparado por uma das ex-alunas do LabFbot Jessica Borsoi Maia do Carmo, que desenvolveu ainda seu trabalho de conclusão de curso sobre o tema, e foi publicado sob formato de e-book, disponível no site do LabFbot (<http://www.farmacia.ufrj.br/labfbot/livros.html>).

3.2 Visitas a sítios

Foram realizadas visitas a catorze sítios da Microbacia do Rio Cachoeira Grande, com a participação de representantes da EMATER e do COGEM visando não só estreitar os laços da equipe do projeto com os agricultores, mas, também, proporcionar oportunidade de identificação das espécies de plantas de uso medicinal que ocorriam na região.

3.3 Manuais sobre uso de plantas medicinais

De acordo com os primeiros contatos realizados com os agricultores de Magé, foi solicitado ao LabFbot que fosse elaborada uma cartilha sobre o uso de plantas medicinais de uso corrente na região. Dessa forma, bolsistas PIBEX-UFRJ se voltaram para o início da elaboração da referida cartilha e os dados obtidos foram apresentados no X Congresso de Extensão da UFRJ.

Durante o processo de elaboração, ficou claro que o modelo por nós proposto não se enquadrava como uma cartilha. Pelo conteúdo elaborado, sugerimos aos parceiros de Magé, que fosse feita uma série de manuais informativos para que os agricultores e seus familiares pudessem ter acesso a uma obra que fornecesse dados mais substanciais, em linguagem acessível, relacionados a plantas medicinais. Algumas imagens das espécies constantes nos manuais estão na figura 1.

Quarenta plantas foram selecionadas para composição do primeiro manual, através do cruzamento de dados obtidos nas visitas a sítios e informações obtidas durante a realização das oficinas. O primeiro volume dos manuais, foi publicado contendo as monografias das seguintes plantas: Abacate; Abacaxi; Absinto; Açafraão da terra; Alcachofra; Alecrim; Alho; Amoreira; Aroeira; Babosa; Boldo-baiano; Boldo-brasileiro; Cajueiro; Calêndula; Camomila; Cana-do-brejo; Capim-limão; Carqueja; Chapéu-de-couro; Dente de leão; Erva-cidreira; Erva-de-santa-maria; Erva-de-são-joão; Folha-da-fortuna; Funcho; Gengibre; Goiaba; Guaco; Hortelã-pimenta; Maracujá; Mil-folhas; Mulungu; Pata-de-vaca; Picão-preto; Pinhão-roxo; Pitanga; Poejo; Quebra-pedra; Romã e Tanchagem.

Quarenta e uma plantas foram selecionadas para elaboração do segundo volume dos manuais de plantas medicinais, contendo as monografias das seguintes plantas: Algodoeiro; Alpinia ou colônia; Anis estrelado; Anis verde; Arnica brasileira; Arnica paulista; Arruda; Boldo do Chile; Café; Canela de velho; Cascara sagrada; Copaiba; Cordão de frade; Erva baleeira; Erva de bicho; Erva grossa; Erva macaé; Espinheira santa; Fruta pão; Ginseng brasileiro; Hamamélis; Hidraste; Ipeca; Laranja da terra; Malva; Manjeriçao;

Marmeleiro da praia; Marupazinho; Melão de são Caetano; Menta; Moringa; Panacéia; Pariparoba; Pau ferro, Sabugueiro; Saião; Salsa; Sene; Sete sangrias; Soja e Taiuiá.

Realizou-se a pesquisa bibliográfica em bases de dados, livros e documentação fotográfica de aspecto geral e detalhes de cada espécie. Foram elaboradas monografias das espécies de cada manual contendo imagens e os seguintes dados: nome popular, nome científico, sinônimos populares, sinônimos científicos, descrição, origem e ocorrência, parte usada, formas de uso, posologia, ação, indicações, ações, observações, curiosidades e referências.

Os dois volumes foram publicados e disponibilizados em formato de e-book de livre acesso, no site do LabFBot (<http://www.farmacia.ufrj.br/labfbot/livros.html>).



Figura 1: Ilustrações de espécies que integram os manuais sobre plantas medicinais. As fotografias que ilustram os volumes foram preferencialmente obtidas nas visitas aos sítios realizadas durante o projeto. Em sentido horário, erva de bicho, chapéu de couro, babosa e cordão de frade.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O projeto “Uso e cultivo racionais de plantas medicinais pelos agricultores da microbacia do rio Cachoeira Grande – Magé – RJ” foi desenvolvido ao longo dos anos a partir de 2012. No entanto, as atividades iniciadas geraram desdobramentos que garantiram sua continuidade pelos anos seguintes. Diversas demandas já foram geradas pelos agricultores e instituições parceiras, o que levará a novos desafios e novas produções.

Foram atendidas diretamente mais de 300 pessoas, entre agricultores e familiares, nas visitas e oficinas realizadas. A publicação dos manuais elaborados a partir das demandas apresentadas traz maior divulgação à população das atividades desenvolvidas, ampliando o alcance dos contatos estabelecidos nas oficinas e visitas a sítios.

Como perspectivas futuras estão a produção de novos volumes que possam auxiliar na difusão de informações mais específicas sobre o uso das plantas, como, por exemplo, espécies vegetais com ação sobre o sistema circulatório ou plantas medicinais para suporte da sintomatologia nos cuidados paliativos oncológicos, o que pode auxiliar profissionais envolvidos na prescrição de fitoterápicos e plantas medicinais.

Algo que não pode ser mensurado, mas, que deve ser comentado, é que, a realização destas atividades, sob os temas propostos no presente projeto, vem contribuindo para o resgate de conhecimentos tradicionais e aumento da autoestima dos agricultores da região. Em todos os contatos realizados até o momento, fica claro que, ao serem consultados sobre seus anseios e estimulados a mostrar seus conhecimentos e dúvidas, criou-se um vínculo de respeito mútuo, contribuindo para diminuir as barreiras entre o saber da academia e os saberes populares.

REFERÊNCIAS

BRASIL. 2006. Política nacional de plantas medicinais e fitoterápicos / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica. – Brasília: Ministério da Saúde, (Série B. Textos Básicos de Saúde). 60 p

BRASIL. 2016. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. Política e Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica. – Brasília: Ministério da Saúde, 190 p.

CAÑIGUERAL, S.; DELLACASSA, E. & BANDONI, A.L. Plantas Medicinales y Fitoterapia: ¿ indicadores de dependencia o factores de desarrollo? Acta Farmacéutica Bonaerense, 2003. vol. 22, no. 3, pp 265-278.

CARMO, J.B.M.; VIEIRA, A.C.M. Plantas com atividade inseticida para uso em cultivo orgânico e agroecológico. Rio de Janeiro: Cerceau, 2016, v.1. p.64. DOI: 10.17655/9788567211848

CRUZ, S. M. S.; ARAÚJO, G.; MARQUES, M.; CRUZ, P. V.; GUIMARÃES, A. L. A & VIEIRA, A. C. M. 2010. SIM: Um Ambiente para a Manipulação de Dados Farmacobotânicos. In: XXX Congresso da Sociedade Brasileira de Computação, 2010, Belo Horizonte, MG. WCAMA II Workshop de Computação Aplicada à Gestão do Meio Ambiente e Recursos Naturais. p. 545-554.

CRUZ, S. M. S.; MACÁRIO COSTA, R. J.; MANHÃES, L. M. B.; ZAVALA, J.; CRUZ, P. V.; COSTA, R.P.C.; GUIMARÃES, A. L. A & VIEIRA, A. C. M. 2011. Aprendizado Cooperativo em Farmacobotânica Usando Portais Semânticos Baseados em Ontologias de Domínio. In: 4o. Workshop Brasileiro de Web Semântica e Educação - WSWED, 2011, Aracaju - Sergipe. Simpósio Brasileiro de Informática na Educação. Porto Alegre -RS: Sociedade Brasileira de Computação. v. 1. p. 2384-2393.

DI STASI, L. C. Plantas Mediciniais - verdades e mentiras. O que os usuários e os profissionais de saúde precisam saber. Editora da UNESP. São Paulo. 2007. 136p.

ENGELKE, F. 2003. Fitoterápicos e Legislação. *Jornal Brasileiro de Fitomedicina.*, vol , no. 1, pp 10-15.

FERRO, D. 2009. Fitoterapia – Conceitos Clínicos. Atheneu Editora. São Paulo.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. 2011. Secretaria de Estado de Agricultura, Pecuária, Pesca e Abastecimento. Projeto Desenvolvimento Rural Sustentável em Microbacias Hidrográficas do Estado do Rio de Janeiro – Rio Rural / BIRD. Plano Executivo da Microbacia.

LEDA, P. H. O., SÁ, I. M., SAAD, G. A. & SEIXLACK, A. C 2009. Fitoterapia contemporânea. Editora Campus. Rio de Janeiro

LEITE, J.P.V. 2010. Fitoterapia: Bases Científicas e Tecnológicas. Atheneu Editora. São Paulo.

LORENZI, H. & MATOS, F.A. 2010. Plantas Mediciniais no Brasil – Nativas e Exóticas. Plantarum. São Paulo.

MATOS, F.A. 2002. Farmácias vivas. 4ª edição. Editora ND-UFC. Ceará.

MELO, J. G. de, MARTINS, J. D. ROCHA, G. da, AMORIM, E. L. C. de *et al.* 2007. Qualidade de produtos a base de plantas medicinais comercializados no Brasil: castanha-da-índia (*Aesculus hippocastanum* L.), capim-limão (*Cymbopogon citratus* (DC.) Stapf) e centela (*Centella asiatica* (L.) Urban). *Acta Bot. Bras.* vol. 21, no. 1, pp. 27-36.

OLIVEIRA, F.E & AKISUE, G. 2000. Fundamentos de Farmacobotânica. 2ª edição. Livraria Atheneu Editora.

VIEIRA, A.C.M, & CRUZ, S.M.S (2009). Semantic Annotations and Retrieval of Pharmacobotanical Data. In: CSEDU'09, pp.333-338.

VIEIRA, A.C.M; BARROS, S.R.A. MEDEIROS, T.K.C.; CARVALHO, P.S.; FERREIRA, A.P.R.C.; SOARES, F.S. NOVAIS, J.P.G.; FERREIRA, L. Q.; SOUZA, M.A.A.; VARGAS, P.B.; KONNO, T.U.P.; XIMENES, V.C.S; CERCEAU, R. Manual sobre Uso Racional de Plantas Mediciniais - Volume 2. Rio de Janeiro: Cerceau, 2020, v.2. p.149. DOI: 10.17655/9786500151138

VIEIRA, A.C.M; SEIXAS, I.M.V.; CARNEIRO, L.S.M.; ANDRADE, S.R.; MEDEIROS, T.K.C. Manual Sobre Uso Racional de Plantas Mediciniais. Rio de Janeiro: Cerceau, 2016, v.1. p.175. DOI: 10.17655/9788567211831

USO DO LEGO® PARA AVALIAR A MOTRICIDADE FINA EM CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA E A INFLUÊNCIA DA PARTICIPAÇÃO DE IRMÃOS TÍPICOS NESSE PROCESSO

Data de aceite: 01/09/2021

Data de submissão: 06/08/2021

Mariana Torres Kempa

Universidade Presbiteriana Mackenzie
São Paulo – SP
<http://lattes.cnpq.br/1766282747079983>

Andressa Gouveia de Faria Saad

Universidade Presbiteriana Mackenzie
São Paulo – SP
<http://lattes.cnpq.br/1769585575948948>

Cibelle Albuquerque de la Higuera Amato

Universidade Presbiteriana Mackenzie
São Paulo – SP
<http://lattes.cnpq.br/6553933195554203>

RESUMO: O objetivo desse estudo foi buscar na literatura evidências sobre a terapia Lego para crianças com TEA, associada a participação de irmãos típicos durante a intervenção. Foi realizada uma busca dos artigos revisados por pares indexados na base de dados eletrônica Portal Capes. A busca realizada envolveu estudos nacionais e internacionais. Considerou-se como critérios de inclusão: crianças com diagnóstico de Transtorno do espectro do autismo (TEA) ou Autism Spectrum Disorder (ASD); LEGO® Terapia como medida de intervenção; artigos publicados entre 2015 e 2020. Os descritores utilizados foram: “Autism” and “LEGO®Therapy”, “LEGO®Therapy” and “Motor”, “Autism” and “LEGO®Therapy” and “Motor” e “Autism” and “Siblings” and “LEGO®Therapy”. Foi realizada

a seleção dos artigos primeiro pelos títulos e logo após pela leitura dos resumos para avaliar se eram compatíveis com os critérios de inclusão. Após essa etapa, foi realizada a leitura dos artigos na íntegra. Os artigos que participaram dessa pesquisa foram 3 de revisão sistemática e 4 investigativos. Os resultados obtidos demonstraram boa evidência não só da terapia Lego para crianças com TEA, mas também da participação de pais e irmãos nesse processo. Entretanto, poucos estudos utilizaram a intervenção feita com irmãos ou familiares e apenas um mostrou diferença nos aspectos motores após a intervenção.

PALAVRAS-CHAVE: Habilidades motoras. Transtorno do Espectro do Autismo. Relações entre Irmãos.

USE OF LEGO® TO ASSESS FINE MOTRICITY IN CHILDREN WITH AUTISTIC SPECTRUM DISORDER AND THE INFLUENCE OF PARTICIPATION OF TYPICAL SIBLINGS IN THIS PROCESS

ABSTRACT: The purpose of this study was to search the literature for evidence about Lego therapy for children with ASD, associated with the participation of typical siblings during the intervention. A search for peer-reviewed articles indexed in the electronic portal Portal Capes was carried out. The search carried out involved national and international studies. Inclusion criteria were: children diagnosed with Autism Spectrum Disorder (ASD); LEGO® Therapy as an intervention measure; articles published between 2015 and 2020. The descriptors

used were: “Autism” and “LEGO®Therapy”, “LEGO®Therapy” and “Motor”, “Autism” and “LEGO®Therapy” and “Motor” and “Autism” and “Siblings” and “LEGO® Therapy”. The articles were selected first by the titles and then by reading the abstracts to assess whether they were compatible with the inclusion criteria. After this stage, the articles were read in full. The articles that participated in this research were 3 systematic reviews and 4 investigative. The results obtained demonstrated good evidence not only of Lego therapy for children with ASD, but also of the participation of parents and siblings in this process. However, few studies used the intervention made with siblings or family members and only one showed a difference in motor aspects after the intervention.

KEYWORDS: Motor skills. Autism Spectrum Disorder. Sibling Relations.

1 | INTRODUÇÃO

O transtorno do espectro do autismo (TEA) é um transtorno do desenvolvimento caracterizado por deficiências de comunicação social, por interesses restritos e comportamentos repetitivos (APA, 2014). O estágio de comprometimento do indivíduo com TEA varia conforme suas características e o ambiente em que está inserido. Sabe-se que o TEA está diretamente relacionado com um conjunto de sintomas de base orgânica, neurológica e genética (ALBUQUERQUE, 2011).

Uma das características mais predominantes do TEA é a dificuldade em interações sociais, que envolvem, iniciar ou responder durante uma conversa, compartilhar atenção, sustentar interações com outros, principalmente em situações sociais (LE GOOF, 2004). Embora menos citado na literatura o atraso motor também é considerado uma característica do TEA. O desenvolvimento motor é o aprendizado progressivo de inúmeras atividades motoras que fornecerão a criança um conhecimento maior do seu corpo no espaço em diferentes posturas. Essas habilidades servirão para o desenvolvimento de suas rotinas com o avanço da vida (SANTOS; DANTAS; OLIVEIRA, 2004). Conforme mostra a literatura consultada, indivíduos com TEA costumam ter a idade motora geral inferior a idade cronológica (OKUDA; MISKIATTI; CAPELLINI, 2010).

Schwartzman e Araújo (2011) sugerem que, além de algumas características sensoriais incomuns nos indivíduos com TEA, estão presentes dificuldades motoras aparentemente decorrentes de desordens voluntárias ou involuntárias que variam amplamente entre os indivíduos.

Miller et al. (2014) também ressaltaram presença de dispraxias motoras em crianças e jovens com TEA. Entre as diferenças de desempenho motor encontram-se as funções manuais, que são o foco de interesse do presente estudo. São poucas as pesquisas que investigam as questões relacionadas às atividades manuais e à lateralidade funcional em grupos de pessoas com TEA. Leal (2011) avaliou a preferência manual em um grupo com esse diagnóstico e teve como resultado a prevalência elevada de ambidestros, resultado este associado à uma imaturidade cerebral e uma disfunção bilateral que pode estar relacionada com implicações na lateralidade do indivíduo. Depois de aplicados, os testes

revelaram que crianças fortemente destras possuem melhor desempenho em relação à destreza manual e nas habilidades com bola com sua mão dominante, já as crianças sinistras apresentam melhor desempenho em destreza manual com a mão não dominante.

Mesmo que os aspectos motores não sejam levados em conta para obtenção do diagnóstico, Catelli, D'Antino e Blascovi-Assis (2016) identificaram por meio de uma análise qualitativa que os indivíduos com TEA tem um atraso motor considerável quando comparados a indivíduos típicos, e que a intervenção precoce é fundamental.

Com todas essas alterações faz-se necessário o enfoque no treinamento motor de escolares com TEA em situação de aprendizagem para a diminuição do impacto das manifestações comportamentais e sociais, melhorando assim a qualidade de vida social e acadêmica e promovendo uma maior independência destes indivíduos (OKUDA; MISKIATTI; CAPELLINI, 2010) Entre outras contribuições significativas para o Desenvolvimento Neuropsicomotor (DNPM), destaca-se a contribuição para a evolução de atividades motoras nas crianças em questão melhorando a qualidade de vida em sua rotina diária, o que torna estudos nessa área muito importantes (AZEVEDO & GUSMÃO, 2016).

Um tipo de atividade que tem sido estudada e pode servir como um meio para promover melhorias nas interações sociais entre crianças é o LEGO® Education (BARON-COHEN et al. 2014). A utilização do LEGO® como um recurso terapêutico foi originalmente projetada por Daniel LeGoff, e avaliada principalmente em um estudo destinado a verificar as habilidades sociais em crianças com autismo (LEGOFF, 2004).

A Lego Terapia é caracterizada por um método de tratamento alternativo realizado por meio de brincadeiras manuais, visando a atenção, comunicação verbal e não verbal e o prazer. A terapia é fundamentada pelos interesses da criança, motivação de aprendizagem e a mudança de comportamento. Esta abordagem disponibiliza possibilidades para lidar com deficiências, ganhando interações, aumentando a atenção compartilhada e assim acrescentando sucesso a terapia (GRIFFITHS, 2016).

A terapia com LEGO® consiste em uma abordagem lúdica. De acordo com o estudo realizado por Santos, Gionzac e Gionzac (2017), essas atividades com entretenimento são importantes para a aprendizagem, apresentam resultados positivos relacionados a motricidade fina e global e ajudam na esquematização corporal e organização espacial.

As abordagens terapêuticas e educacionais dirigidas às pessoas com TEA têm sido objeto de debates controversos, baseados em ideologias, modismos e políticas, muitas vezes desconsiderando ou desvalorizando as evidências científicas a respeito de sua eficiência e validade social (FERNANDES, 2013).

Neste contexto é importante buscar e testar procedimentos de intervenção que sejam eficazes, socialmente relevantes e economicamente viáveis para a melhora dos quadros adaptativos de indivíduos com TEA. Uma intervenção que associe as habilidades motoras com o desenvolvimento de habilidades de comunicação e interação para pessoas com TEA é importante porque o desenvolvimento da comunicação facilita a inserção desse

indivíduo no ambiente escolar, social e familiar.

De acordo com Sandroni, Ciasca e Rodrigues (2015), o desenvolvimento da motricidade está relacionado com a aprendizagem e ambos são muito importantes para crianças de ensino infantil. Por essa razão se tornam fundamentais estudos que avaliem a estimulação motora nessa população.

Segundo Azevedo e Gusmão (2016) a maioria dos estudos encontrados cita somente a participação de psicólogos, terapeutas ocupacionais e profissionais da musicalidade para o tratamento de crianças com TEA, ignorando, de certa forma, o atraso motor desses indivíduos e intervenções nesse aspecto.

As experiências sensório-motoras usam o corpo e contribuem para que o indivíduo com TEA amplie suas relações com o mundo, que se tornam difíceis pela falta de sensibilidade social que essas crianças possuem em decorrência desse distúrbio (AZEVEDO & GUSMÃO, 2016).

Dessa forma, o objetivo desse estudo foi buscar na literatura evidências sobre a terapia Lego para crianças com TEA, associada a participação de irmãos típicos durante a intervenção. Nesse processo foi aceito também, um artigo em que o mediador da brincadeira foi o pai ou a mãe, avaliando dessa forma a importância da interação familiar no processo de aprendizagem de tratamento de crianças com TEA.

2 | DESENVOLVIMENTO DO ARGUMENTO

Foi realizada uma busca dos artigos revisados por pares indexados na base de dados eletrônica Portal Capes. A busca realizada envolveu estudos nacionais e internacionais. Os descritores foram definidos e previamente examinados em função das palavras chaves escolhidas para buscar determinados assuntos de acordo com artigos já lidos.

Os descritores utilizados foram: “Autism” and “LEGO®Therapy”, “LEGO®Therapy” and “Motor”, “Autism” and “LEGO®Therapy” and “Motor” e “Autism” and “Siblings” and “LEGO®Therapy”. Nenhum outro material de pesquisa foi usado além dos artigos selecionados segundo os descritores.

Considerou-se como critérios de inclusão: crianças com diagnóstico de Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) ou Autism Spectrum Disorder (ASD); LEGO® Terapia como medida de intervenção; artigos publicados entre 2015 e 2020.

Foi realizada a seleção dos artigos primeiro pelos títulos e logo após pela leitura dos resumos para avaliar se eram compatíveis com os critérios de inclusão. Após essa etapa, foi realizada a leitura dos artigos na íntegra, separando-os de acordo com os mesmos critérios de inclusão já expostos.

Na seleção feita pelos títulos foram encontrados 70 artigos, sendo 30 referentes aos descritores “Autism” and “LEGO®Therapy”, 13 a “LEGO®Therapy” and “Motor”, 13 a “Autism” and “LEGO®Therapy” and “Motor” e 14 a “Autism” and “Siblings” and

“LEGO®Therapy”. Após a leitura dos resumos, apenas 7 artigos foram mantidos e lidos na íntegra.

Os artigos que participaram dessa pesquisa foram 3 de revisão sistemática e 4 investigativos. Foram coletados e avaliados no período de junho a agosto de 2020.

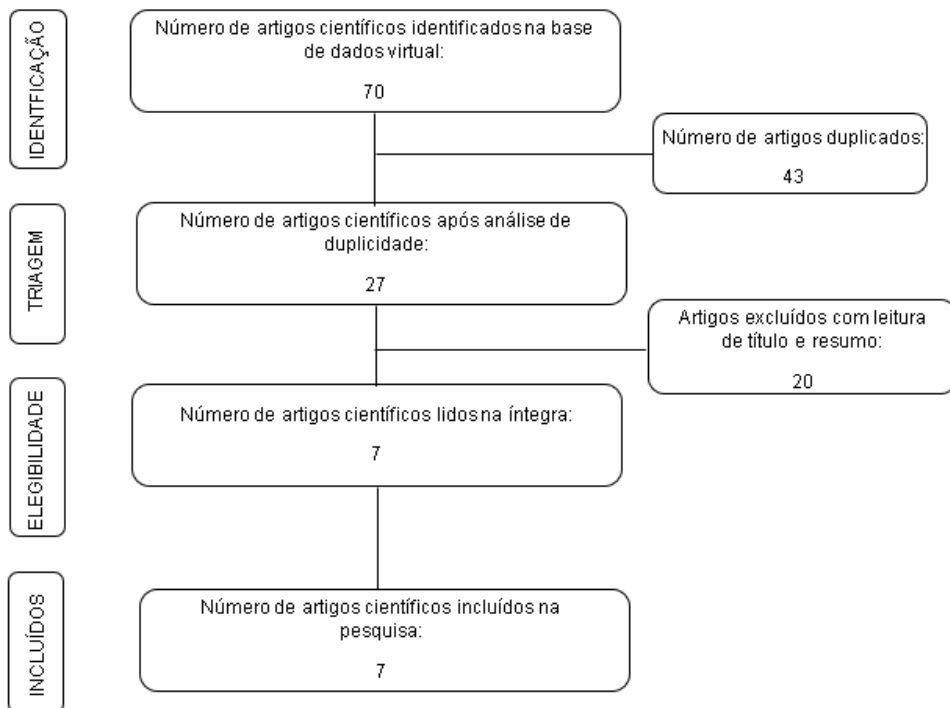


Figura 1: Seleção dos artigos.

| Autores | Objetivos | Delineamento | Participantes | Principais resultados |
|-----------------------------|---|---------------------|--|---|
| Tanner <i>et al.</i> (2015) | Avaliar as evidências existentes de intervenção na terapia ocupacional para o TEA que melhorem a interação, comportamentos restritos e repetitivos, desempenho lúdico e participação no lazer de pessoas com autismo. | Revisão sistemática | 66 artigos divididos entre os três primeiros níveis de evidência científica. | Foi utilizada a terapia Lego como intervenção em diferentes estratégias. As mais bem-sucedidas em evidência científica foram às habilidades sociais em grupo e intervenções mediadas por pares. Evidência mais forte na comunicação social com uso de PECS. Evidência moderada para a participação de pais como agentes da terapia. Em performance do jogo ou participação no lazer foram mais fortes para intervenções no recreio e com histórias. Categoria de comportamentos restritivos apresentaram evidência moderada para o uso de técnicas comportamentais e intervenções com atividade física. |

| | | | | |
|------------------------------|---|---|---|--|
| Ramalho & Sarmiento (2019) | Analisar os efeitos da LEGO Terapia quando utilizada como intervenção para o Transtorno do Espectro Autista com informações sobre esse método terapêutico. | Revisão integrativa | 9 artigos de estudos empíricos e 3 livros sobre o método. | Em geral, os estudos analisados apresentaram melhora nas habilidades sociais, contato social, comportamento, cognição social, na linguagem verbal e não verbal, redução do comportamento mal adaptativo, aumento do repertório semântico, habilidades pragmáticas, construção de frases simples, motricidade fina, motivação e engajamento. Registrou-se diminuição na cópia de comportamentos inadequados e a LEGO Terapia intermediada por robôs não apresentou resultados significativos. |
| Peckett <i>et al.</i> (2015) | Avaliar qualitativamente a intervenção com a LEGO Therapy utilizando a participação da mãe. | Investigativo | 5 mães; 5 crianças com TEA (4 meninos e 1 menina); 5 irmãos típicos (4 meninos e 1 menina). | Houve melhora na relação entre irmãos, entre pais e filhos e na relação conjugal dos pais. As crianças com TEA se apresentaram mais calmas e menos propensas a reagir com raiva as situações de dificuldade. Por fim, os pais relataram prazer na atividade pelos filhos durante as sessões. O estudo admitiu que a mediação de um facilitador treinado pode diminuir a dificuldade de implementação da terapia e a torna mais fácil. |
| Huskens <i>et al.</i> (2014) | Investigar a eficácia de uma breve intervenção mediada por robô com base na terapia Lego® no aumento de comportamentos colaborativos de crianças com TEA durante sessões de brincadeira com seus irmãos TD. | Intervenção e observação comportamental | Três pares de crianças. Cada par consistia em uma criança com diagnóstico de TEA e seu irmão. | Embora não tenham sido encontradas mudanças estatisticamente significativas nas iniciações de interação, respostas e brincadeiras em grupo para as crianças com ASD, a intervenção do robô revelou para dois de três pares um aumento nas respostas, bem como um aumento nas iniciações de interação durante as sessões. Pode-se concluir que a terapia Lego® mediada por robô não foi eficaz em melhorar os comportamentos colaborativos de crianças com TEA, embora a análise visual tenha revelado alguns possíveis efeitos positivos. Apesar da eficácia limitada da intervenção, o estudo forneceu várias implicações práticas e direções para pesquisas futuras. |

| | | | | |
|-------------------------------|---|---|---|--|
| Barakova <i>et al.</i> (2015) | <p>Apresentar o processo de criação de conteúdo e co-design da terapia LEGO para crianças com TEA realizadas por um robô humanoide. Objetivaram tirar conclusões sobre o efeito duradouro que o treinamento teve nas crianças, ver o impacto do robô sobre o comportamento imediato das crianças e analisar as reações das crianças ao estímulo do robô e ao comportamento geral do robô.</p> | Intervenção e observação comportamental | 6 meninos com diagnóstico de distúrbios do espectro do autismo (DSM-IV-TR). | <p>Este artigo mostra o valor agregado do HRI e a abordagem de design para melhorar a utilidade clínica dos robôs. A terapia de LEGO foi adaptada em treinamento de robôs, onde o robô humanoide substituiu uma das crianças no cenário do jogo, seguindo o design da terapia de LEGO. O processo de design da intervenção LEGO indicou um aumento na atenção pessoal que o robô deu a uma única criança e a criação de interações diádicas robô-criança em jogos triádicos com robôs tiveram um efeito positivo no envolvimento das crianças, bem como na utilidade da terapia e da construção de momentos de aprendizagem controláveis.</p> |
| Lindsay <i>et al.</i> (2016) | <p>Teve como objetivo analisar na literatura o papel desempenhado pela terapia Lego em habilidades sociais e inclusão.</p> | Revisão sistemática | 293 crianças com ASD (tendo ou não um diagnóstico formal). | <p>Os estudos contaram com medidas padronizadas e não padronizadas, 4 obtiveram grupo de controle, e desses, dois contavam com pares de irmãos. 14 estudos apresentaram melhora em pelo menos uma das áreas a seguir: habilidades sociais e de comunicação, competência social, comportamentos relacionados a ASD e pertencimento. Dois estudos não encontraram mudanças após as intervenções e um deles não encontrou mudanças no comportamento colaborativo das crianças, isso foi atribuído ao uso de robô como mediador. Os mediadores variaram de acordo com os estudos, sendo apenas um deles mediado pelos pais. As que foram lideradas por médicos e educadores apresentaram melhoras significativas nos comportamentos e nas habilidades interpessoais respectivamente.</p> |

| | | | | |
|-------------------------|---|--------------------------|---|--|
| Hu <i>et al.</i> (2018) | O objetivo dessa pesquisa foi investigar as interações sociais das crianças com ASD em um ambiente inclusivo com a intervenção da Lego Therapy. | Intervenção e observação | 3 pré-escolares com ASD do sexo masculino. 13 crianças com desenvolvimento típico (3 meninas e 10 meninos). | Nas três crianças alvo foram percebidos aumento na melhora das iniciações sociais e respostas sociais, seja esse aumento gradativo ou estabilizado. Todos os professores relataram mudanças positivas, em aula, nas crianças alvo durante e após a intervenção, sendo elas o aumento no interesse nos colegas e o aumento na frequência de interações. Todas as crianças (típicas ou não) relataram alto nível de satisfação e prazer durante as intervenções, resultando em prazer na amizade dos colegas e vontade de realizar outras atividades juntos. |
|-------------------------|---|--------------------------|---|--|

Quadro 1: Informações dos artigos selecionados para o estudo quanto a autores, objetivos, delineamento, participantes e principais resultados.

LeGoff (2004) afirma ter criado a terapia com Lego pela falta de programas de intervenção que envolvessem as habilidades sociais da criança baseada na escola. Com essa afirmação se torna esclarecida a necessidade do presente estudo para avaliar os benefícios desse material na população escolhida.

A criança com TEA não tem total noção do seu corpo e do espaço que ele ocupa parecendo que ele é para ela um objeto à parte. Esses indivíduos não desenvolvem de forma correta o esquema corporal se o corpo não for bem compreendido. Dessa forma, é de extrema importância que se trabalhe para que as crianças com TEA entendam seu corpo como um centro de segurança e estabilidade (AZEVEDO & GUSMÃO, 2016).

O Lego tem se mostrado muito eficaz quando usado como intervenção para as pessoas com TEA por apresentar diversas estratégias de trabalho e, por si só, despertar a curiosidade, interesse e engajamento. Além disso, esse material provoca a interação do terapeuta e dos outros participantes da terapia com a criança com TEA, o que já facilita a evolução da interação social (LEGOFF, 2004).

O estudo presente, teve como metodologia pesquisar na base de dados artigos que debatem sobre a participação da família, e principalmente dos irmãos, na terapia com Lego. Dessa forma, apenas um artigo teve como sua própria metodologia esse tipo de intervenção e dois, de revisão sistemática, citaram a mediação sendo feita pelos pais ou pelos irmãos.

No primeiro estudo os autores objetivaram avaliar as evidências já existentes na terapia ocupacional para a intervenção com a Lego Terapia que tiveram sucesso na mudança de aspectos sociais, comportamento restritivos e repetitivos, colaborando no lazer das crianças. O estudo de Tanner et al. (2016) utilizou 66 artigos divididos nos três primeiros níveis de evidência científica relacionados a programa de treinamento de habilidades sociais em grupo, intervenções mediadas por pares, intervenções baseadas em atividades, intervenções com computador ou histórias sociais.

Neste trabalho os artigos que utilizaram da intervenção mediada por pares e mediada pelos pais obtiveram força de evidência mista e moderada respectivamente. A primeira forma de intervenção diz respeito a participação de um colega com desenvolvimento típico como agente terapêutico.

A segunda publicação coletada foi realizada no Brasil, com participantes de 6 a 16 anos para analisar os efeitos da Lego Terapia quando utilizada como intervenção para o Transtorno do Espectro Autista. Neste estudo, foram reunidos artigos de diferentes bases de dados online que concluíram, no geral, uma melhora das habilidades sociais, contato social, comportamento e cognição social, linguagem verbal e não verbal, redução do comportamento mal adaptativo, aumento do repertório semântico, habilidades pragmáticas, construção de frases simples, motricidade fina, motivação e engajamento. As intervenções mediadas por robôs não apresentaram resultados significativos (RAMALHO & SARMENTO, 2019).

O estudo feito por Peckett, Maccallum e Knibbs (2015) reuniu cinco mães, cinco crianças com TEA e cinco irmãos com desenvolvimento típico. As crianças com TEA tinham entre 8,4 e 11,8 anos, seus irmãos entre 6,8 e 12,4, e suas mães de 30 a 50 anos. O objetivo foi avaliar qualitativamente a intervenção com Lego Terapia utilizando a participação da mãe.

Foi utilizada apenas uma medida de avaliação, o Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) aplicado com os pais. Os resultados foram gerados através dos relatos dos pais sobre a intervenção. Eles se mostraram muito satisfeitos e relataram algumas mudanças como: melhora na comunicação e interação social da criança e outros membros da família; melhora na relação conjugal dos pais e na relação entre irmãos; diminuição do estresse durante a atividade; facilidade no entendimento do jogo; melhora na comunicação e interação das crianças com colegas da escola.

Assim, segundo Peckett, Maccallum e Knibbs (2015), as crianças se sentiram confortáveis com a aplicação do jogo e os pais relataram mudanças de comportamento. Entretanto, alguns pontos negativos também foram apontados. Um dos pais relatou dificuldade em controlar o tempo de aplicação da terapia e dificuldade de aplicação quando a criança apresentava algum padrão comportamental anormal.

Um estudo realizado por Lindsay, Hounsell e Cassiani (2016) reuniu 15 artigos publicados entre 2004 e 2016 em variadas bases de dados online. Teve como objetivo analisar a literatura desse período em relação ao papel da Lego Terapia nas habilidades sociais e inclusão em indivíduos de 5 a 16 anos e encontrou resultados parecidos com os dos estudos apresentados até o momento.

Apenas dois dos quinze estudos utilizaram par de irmãos durante a intervenção, um deles teve a participação dos pais como mediadores e quatorze deles apresentaram melhoras em pelo menos uma das áreas a seguir: habilidades sociais e de comunicação, competência social, comportamentos relacionados a ASD e pertencimento.

Um dos trabalhos avaliados utilizou um robô como mediador da terapia e não encontrou mudanças no comportamento colaborativo das crianças. Além disso, as pessoas utilizadas para mediar a terapia mudaram de acordo com os estudos e, nesse caso, os estudos que obtiveram melhores resultados em relação a comportamentos específicos do ASD e habilidades interpessoais foram mediados por profissionais como médicos e educadores.

Esse último achado é explicado pela facilidade dos profissionais em conduzir as sessões e ao fato de estarem preparados para lidar com as intercorrências que poderiam surgir ao longo do tempo.

Um estudo feito por Hu, Zeng e T.Lee (2018) com crianças chinesas portadoras de TEA, usou como metodologia a terapia Lego em grupo com a participação de crianças com desenvolvimento normal em ambiente escolar e teve como objetivo investigar as interações sociais dessas crianças com seus colegas.

Os 3 participantes com TEA tinham entre 4 e 6 anos de idade e eram todos meninos. O resultado obtido apresentou relação entre a intervenção utilizada e as iniciações sociais assim como uma melhora da resposta das crianças ao jogo (HU; ZENG; T.LEE, 2018).

Os professores também relataram mudanças positivas durante e após a intervenção sendo elas o aumento no interesse nos colegas e o aumento na frequência de interações. Todas as crianças (típicas ou não) relataram alto nível de satisfação e prazer durante as intervenções, resultando em prazer na amizade dos colegas e vontade de realizar outras atividades juntos (HU; ZENG; T.LEE, 2018).

Um estudo na Holanda, realizado por Barakova et al. (2015), reuniu seis meninos de 8 a 12 anos diagnosticados com Transtorno do Espectro Autista e realizou uma intervenção com a utilização do Lego Therapy com a participação de um robô NAO. O objetivo da pesquisa foi obter conclusões sobre a duração do efeito do treinamento nas crianças, avaliar o impacto do robô sobre o comportamento das crianças através da comparação entre várias etapas da pesquisa e analisar as reações das crianças diante do estímulo o robô.

Esse estudo ofereceu um design completo e contínuo no tratamento, permitindo que as crianças obtivessem uma visão global da terapia e trabalhassem com a continuidade dela, o que favoreceu os cenários de treinamento longos. Esse design criado demonstrou que o aumento da atenção pessoal dado pelo robô a uma única criança e as interações didáticas entre a criança e o robô teve um efeito positivo no envolvimento e na utilidade da terapia para a construção de momentos de aprendizagem controláveis (BARAKOVA et al; 2015).

Huskens et al. (2015) conduziram o primeiro estudo que investigou a eficácia da terapia Lego mediada por robô em comportamentos colaborativos de crianças com TEA e seus irmãos com desenvolvimento típico (DT). O objetivo do estudo foi investigar a eficácia de uma breve intervenção mediada por robô com base na terapia Lego® no aumento de

comportamentos colaborativos de crianças com TEA durante sessões de brincadeira com seus irmãos DT.

Embora não tenham sido encontradas mudanças estatisticamente significativas nas iniciações de interação, respostas e brincadeiras em conjunto para as crianças com TEA, a intervenção do robô revelou para dois de três pares um aumento nas respostas nas sessões, bem como um aumento nas iniciações de interação durante as sessões de guia. Os resultados da validade social indicam que tanto as crianças com TEA quanto os irmãos DT relataram melhorias em 'brincar juntos', enquanto tais melhorias não foram encontradas de acordo com as medidas comportamentais.

Os pesquisadores concluíram que a terapia Lego® mediada por robô não foi eficaz em melhorar os comportamentos colaborativos de crianças com TEA, embora a análise qualitativa visual tenha revelado alguns possíveis efeitos positivos. O estudo trouxe contribuições às implicações práticas e importantes direcionamentos para pesquisas futuras.

3 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Levando em consideração o objetivo do presente estudo, os resultados obtidos demonstraram boa evidência não só da terapia Lego para crianças com TEA, mas também da participação de pais e irmãos nesse processo.

A interação familiar pareceu melhorar os laços conjugais, a relação entre irmãos e, conseqüentemente, criar um ambiente de segurança e conforto para o desenvolvimento da interação social e habilidades motoras através desse tipo de intervenção.

O estudo presente procurou na literatura evidências científicas que comprovassem a potencialização da Lego Terapia em ambiente familiar e a melhora dos aspectos motores após a intervenção. Entretanto, poucos estudos utilizaram a intervenção feita com irmãos ou familiares e apenas um mostrou diferença nos aspectos motores após a intervenção.

Dessa forma, é necessário o incentivo para mais pesquisas que avaliem essa associação da terapia com a participação da família e seus benefícios para o desenvolvimento da criança com TEA. Essas pesquisas podem conter grandes achados para a ciência atual visando fortalecer os laços familiares para incentivar o tratamento das crianças.

APOIO

Programa de Excelência Acadêmica (Proex), Processo número 1133/2019 da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) e Fundo Mackenzie de Pesquisa (MackPesquisa) da Universidade Presbiteriana Mackenzie.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Natalia Gonçalves. **Prematuridade e o transtorno do espectro do autismo**. 2011. Dissertação de Mestrado. Universidade Presbiteriana Mackenzie.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. DSM-5 – **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- AZEVEDO, Anderson; GUSMÃO, Mayra. **A importância da fisioterapia motora no acompanhamento de crianças autistas**. Rev. Eletrôn. Atualiza saúde, Salvador, v. 2, n. 2, jan/jun 2016.
- BARAKOVA, Emilia I.; BAJRACHARYA, Prina; WILLEMSSEN, Marije; LOURENS, Tino; HUSKENS, Bibi. **Long-term LEGO therapy with humanoid robot for children with ASD**. Expert Systems. V. 32, n. 6, 2015.
- BARON-COHEN, S., DE LA CUESTA, G. G., LEGOFF, D. B., KRAUSS, G. W.. **LEGO®-based therapy: How to build social competence through LEGO®-Based Clubs for children with autism and related conditions**. Philadelphia, PA: Jessica Kingsley Publishers. 2014.
- CATELLI, Carolina Lourenço Reis Quedas; D'ANTINO, Maria Eloisa Famá; BLASCOVI- ASSIS, Silvana Maria. **Aspectos motores em indivíduos com transtorno do espectro autista: revisão de literatura**. Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento. V. 16, n. 1, 2016.
- FERNANDES, Fernanda Dreux Miranda; AMATO, Cibelle Albuquerque de la Higuera. **Análise de Comportamento Aplicada e Distúrbios do Espectro do Autismo: revisão de literatura**. CoDAS, São Paulo , v. 25, n. 3, p. 289-296, 2013.
- HU, Xiaoyi; ZHENG, Qunshan; LEE, Gabrielle T. **Using Peer-Mediated LEGO® Play Intervention to Improve Social Interactions for Chinese Children with Autism in an Inclusive Setting**. Journal of Autism and Developmental Disorders, v. 48, n. 7, jun 2018.
- GRIFFITHS, Caryl. **Lego Therapy and social competence: an exploration of parental and teacher perceptions of LEGO-Based Therapy with pupils diagnosed with Autism Spectrum Disorder (ASD)**. 2016. Tese de Doutorado. Cardiff University.
- HUSKENS, Bibi; PALMEN, Annemiek; WERFF, Marije Van der; LOURENS, Tino; BARAKOVA, Emilia. **Improving Collaborative Play Between Children with Autism Spectrum Disorders and Their Siblings: The Effectiveness of a Robot-Mediated Intervention Based on Lego Therapy**. J Autism Dev Disord. 2015.
- LEAL, S.M. **Autismo e lateralidade. Estudo de Preferência Manual através do Card-reaching Test**. Dissertação de Mestrado apresentada na Universidade do Porto. 2011
- LEGOFF, Daniel B. **Use of LEGO as a Therapeutic Medium for Improving Social Competence**. Journal of Autism and Developmental Disorders, v. 34, n. 5, out 2004.
- LINDSAY, Sally; HOUNSELL, Kara Grace; CASSIANI, Celia. **A scoping review of the role of LEGO® therapy for improving inclusion and social skills among children and youth with autism**. Disability and Health Journal. 2016.

MILLER, M. CHUKOSKIE L., ZINNI M., TOWNSEND J., TRAUNER D. **Dyspraxia, motor function and visual–motor integration in autism.** Behavioural brain research, v. 269, p. 95-102, 2014.

OKUDA, Paola Matiko; MISQUIATTI, Adrea Regina Nunes; CAPELLINI, Simone Aparecida. **Caracterização do perfil motor de escolares com transtorno autístico.** Rev. Espec., Santa Maria, v. 23, n. 38, set/dez 2010.

PECKETT, Helen; MACCALLUM, Fiona; KNIBBS, Jacky. **Maternal experience of Lego Therapy in families with children with autism spectrum conditions: What is the impact on family relationships?.** Sage Journals. V. 20, n. 7, 2016.

RAMALHO, Náíade Cristina Pereira; SARMENTO, Stella Maria de Sá. **A LEGO® Terapia como método de intervenção nas desordens do transtorno do espectro autista: uma revisão integrativa.** Rev. CEFAC. V. 21, n. 2, 2019.

SANDRONI, Giuseppina Antonia; CIASCA, Sylvia Maria; RODRIGUES, Sônia das Dores. **Avaliação da evolução do perfil motor de pré-escolares com necessidades educativas especiais após intervenção psicomotora breve.** Rev. Psicopedagogia, v. 32, n. 97, 2015.

SANTOS, Lorena Feitosa dos; GIGONZAC, Marc Alexandre Duarte; GIGONZAC, Thaís Cidália Vieira. **Estudo das Principais Contribuições da Fisioterapia em Pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA) diagnosticados.** IV Congresso de ensino, pesquisa e extensão da UEG, v. 4, abr 2017.

SANTOS, Suely; DANTAS, Luiz; OLIVEIRA, Jorge Alberto de. **Desenvolvimento motor de crianças, de idosos e de pessoas com transtornos da coordenação.** Rev. Paul. Educ. Fís., São Paulo, v. 18, ago 2004.

SCHWARTZAMAN José Salomão, ARAUJO Ceres Alves (Eds.) **Transtornos do espectro do autismo.** São Paulo: Memnon; 2011.

TANNER, Kelly; HAND, Brittany N.; O'TOOLE, Gjyn; LANE, Alison E. **Effectiveness of Interventions to Improve Social Participation, Play, Leisure, and Restricted and Repetitive Behaviors in People With Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review.** The American J

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: DA INVISIBILIDADE AO ENFRENTAMENTO SOCIAL NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Data de aceite: 01/09/2021

Data de submissão: 04/06/2021

Nayra Carla de Melo

Universidade Federal de Rondônia,
Departamento de Enfermagem
Porto Velho-RO
<https://orcid.org/0000-0002-7474-661X>

Eduardo Jorge Sant'Ana Honorato

Universidade do Estado do Amazonas, Escola
Superior de Ciências da Saúde
Manaus-AM
<https://orcid.org/0000-0003-4706-0185>

Maria de Nazaré de Souza Ribeiro

Universidade do Estado do Amazonas, Escola
Superior de Ciências da Saúde
Manaus-AM
<https://orcid.org/0000-0002-7641-1004>

Edinilza Ribeiro dos Santos

Universidade do Estado do Amazonas, Escola
Superior de Ciências da Saúde
Manaus-AM
<https://orcid.org/0000-0002-3188-0114>

Mônica Pereira Lima Cunha

Universidade Federal de Rondônia,
Departamento de Enfermagem
Porto Velho-RO
<https://orcid.org/0000-0003-0130-9846>

a institucionalização do parto, além da mudança de cenário, houve sedimentação de violação de direitos femininos ancorada na cultura patriarcal que desconsidera a autonomia e o poder de decisão da mulher, tornando-a passiva a procedimentos violentos e imperceptíveis, em virtude de conceitos perpetuados e equivocados sobre a medicalização do parto. Para resgatar o protagonismo feminino no nascimento, movimento de mulheres e sociedade civil buscam mudança no modelo hegemônico na obstetrícia defendendo políticas públicas que garantam os direitos sexuais e reprodutivos e inibam práticas violentas no ciclo gravídico puerperal. **Objetivo:** Discorrer e refletir sobre a emergência da violência obstétrica e seu enfrentamento no cenário assistencial brasileiro. **Metodologia:** Trata-se de manuscrito opinativo e reflexivo baseado na vivência prática em obstetrícia complementada com revisão narrativa de literatura. **Conclusão:** O enfrentamento de violência naturalizada no cuidado obstétrico somente será possível com mudanças na formação acadêmica e permanente dos profissionais, ressignificação do processo de nascimento pelas mulheres e familiares, políticas públicas de saúde condizentes com o modelo humanístico e arcabouço legal capaz de inibir a transgressão de direitos adquiridos.

PALAVRAS-CHAVE: Violência contra mulher. Gravidez. Parto. Políticas Públicas.

RESUMO: O parto é o desfecho fisiológico do ciclo reprodutivo feminino com potencial para transformação na vida da mulher e família. Com

OBSTETRIC VIOLENCE: FROM INVISIBILITY TO SOCIAL CONFRONTATION IN PUBLIC HEALTH POLICIES

ABSTRACT: Childbirth is the physiological outcome of the female reproductive cycle with the potential to transform women's and family's lives. With the institutionalization of childbirth, in addition to the change of scenario, there was a sedimentation of violation of women's rights anchored in the patriarchal culture that disregards women's autonomy and decision-making power, making them passive to violent and imperceptible procedures, due to perpetuated concepts and mistaken about the medicalization of childbirth. To rescue the female protagonism at birth, the women's movement and civil society seek to change the hegemonic model in obstetrics, defending public policies that guarantee sexual and reproductive rights and inhibit violent practices in the pregnancy-puerperal cycle. Objective: To discuss and reflect on the emergence of obstetric violence and its confrontation in the Brazilian healthcare scenario. Methodology: This is an opinionated and reflective manuscript based on practical experience in obstetrics complemented with a narrative review of the literature. Conclusion: Coping with violence naturalized in obstetric care will only be possible with changes in the academic and continuing education of professionals, re-signification of the birth process by women and their families, public health policies consistent with the humanistic model and legal framework capable of inhibiting transgression of acquired rights.

KEYWORDS: Violence against women. Pregnancy. Childbirth. Public policy.

1 | INTRODUÇÃO

A violência obstétrica é uma violação de direitos das mulheres que se mantém invisível nos serviços de saúde e na sociedade. Dados que retratam o cenário obstétrico brasileiro demonstraram que uma em cada quatro mulheres sofreram violência durante a assistência ao parto e das que abortaram, metade relataram situações semelhantes (VENTURI; GODINHO, 2013). Além disso, o Brasil ocupa a segunda posição, no mundo, de extração fetal por cesariana com um índice de 40% nos serviços públicos e 85% no setor privado, refletindo o descrédito na fisiologia do parto (BRASIL, 2016). Essa realidade incrementa o panorama iatrogênico e tecnocrático da assistência a mulheres no período gravídico-puerperal subsidiado por uma cultura predominantemente patriarcal que desconsidera a mulher enquanto detentora de autonomia para decidir voluntariamente sobre seu corpo e sua sexualidade.

O modelo obstétrico contemporâneo foi estabelecido com mudanças de cenários e atores protagonistas; de evento familiar, feminino e social passou a ser formal, intervencionista e despersonalizado, sedimentando um cenário controlado por uma assistência biomédica (DE SÁ et al., 2017). A partir da revolução industrial, em prol da redução das elevadas taxas de mortalidade materna e infantil, surgiram novas descobertas sobre o mecanismo de parto incorporadas no campo da obstetrícia no processo de formação de médico cirurgião (DO NASCIMENTO CARNEIRO, 2018). Aos poucos a figura masculina adentrou no cenário do nascimento, no gerenciamento da saúde feminina e

no controle das práticas relativas ao corpo feminino, interferindo diretamente na atuação das parteiras que passaram a ser treinadas e certificadas, de acordo com os preceitos da ciência “correta”, para garantir a regularização do seu ofício (DE SOUSA LIMA, 2018). Assim, surgiram questionamentos sobre a segurança e qualidade dos cuidados prestados somente pelas parteiras em domicílio, tornando-as subordinadas aos profissionais médicos ou marginalizadas em relação ao atendimento à mulher.

Os avanços tecnológicos e científicos capilarizaram na sociedade a visão patológica do parto e nascimento, com dor, sofrimento e exposição ao risco de morte, necessitando de intervenções e profissionais qualificados, disponíveis somente em locais seguros e apropriados, os hospitais. Nesse contexto, a cirurgia cesariana ganhou status de “salvação” para reduzir danos e mortes maternas e neonatais, mesmo sem evidências sólidas de sua segurança em relação ao parto domiciliar (DE SOUSA LIMA, 2018).

Percebe-se, então, que a medicalização dos processos fisiológicos femininos tem corroborado para uma atuação assistencial com saber técnico-científico unilateral, bem como, para a ocultação do protagonismo feminino e a execução de condutas violentas e desrespeitosas. Tais práticas amparadas por inúmeras justificativas sem comprovação científica, não somente contribuem para a despersonificação da mulher como aceleram o processo fisiológico do parto aumentando os riscos de desfechos desfavoráveis para binômio mãe e recém-nascido.

Com vista a refletir e discorrer sobre a emergência da violência obstétrica no cenário assistencial brasileiro, políticas públicas formuladas e o papel da sociedade civil frente a este problema de saúde pública, propõe-se um artigo opinativo subsidiado com revisão narrativa de literatura e vivências do cuidar obstétrico.

2 | METODOLOGIA

Este artigo opinativo e reflexivo é produto de vivências práticas e revisão narrativa de literatura proposto pela disciplina Políticas públicas de saúde e suas interfaces com as práticas e a formação em saúde do Curso de Pós-graduação Mestrado Profissional em Enfermagem em Saúde Pública da Universidade do Estado do Amazonas, ocorrida no primeiro semestre de 2019.

3 | RESULTADOS

Após a Segunda Guerra Mundial emergiram as primeiras inquietações governamentais referente a saúde materno-infantil em virtude da permanência dos altos índices de mortes nesses grupos de indivíduos. Em consonância com essa preocupação mundial, na década de 50 o feminismo ascende nos Estados Unidos reivindicando uma assistência baseada em direitos, sendo estes, reprodutivos, sexuais e humanos - Reforma do Parto. Nas décadas de 60 e 70 foram criados os Coletivos de Saúde das Mulheres e os

Centros de Saúde Feminista (MENDONÇA, 2015).

No Brasil, em 1974, o Ministério da Saúde implantou o primeiro Programa Brasileiro de Saúde Materno-infantil, visando apenas garantir a assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal, sendo veementemente criticado pelo movimento feminista brasileiro que o avaliou como reducionista por considerar somente questões da procriação. Tal fato, culminou para que, em 1983, fosse implementado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), um marco histórico no que tange a estratégias públicas de assistência à mulher, pois visava a redução da iniquidade dos indicadores epidemiológicos relativos à saúde da mulher e a ampliação do direito reprodutivo, além disso, iniciou-se movimentação social em busca da garantia de direitos de cidadania, da reestruturação de política públicas, da organização e do acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 1983).

As décadas de 80 e 90, no Brasil, foram marcadas por intensas discussões sobre a assistência obstétrica vigente, caracterizada pelo uso excessivo de tecnologias e intervenções de baixa resolutividade e insatisfação das mulheres. Surge então, em 1993, a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (REHUNA), movimento que denunciou os atos violentos e os constrangimentos vivenciados pelas mulheres no parto vaginal por meio de imposição de normas e rotinas, intervenções desnecessárias, humilhação e violência verbal e física.

Ainda na década de 90, a Organização Mundial de Saúde (OMS) divulgou as Recomendações para Assistência Segura ao Parto Normal, produzidas em uma conferência sobre tecnologia apropriada no parto, inspirando muitas ações de mudança com intuito de resgatar o parto fisiológico e garantir o protagonismo feminino e familiar em todo processo. Essas recomendações foram replicadas para profissionais de todo o Brasil, e a partir de então vários dispositivos legais e políticos foram formulados para garantir uma assistência de qualidade e segura ao binômio mãe-bebê (BOURGUIGNON; GRISOTTI, 2018).

Percebe-se que tais iniciativas reconheciam a necessidade do enfrentamento dos tratamentos impessoais e agressivos a mulher com a promoção de direitos humanos. Contudo, o termo violência não era claramente abordado nestes documentos temendo reações negativas por parte de profissionais, formados nos padrões mecanicistas, que não reconheciam a patologização do processo de nascimento como prática de violação dos direitos e grave problema de saúde pública.

Somente neste século, os cuidados prestados à mulher no período gravídico puerperal começaram a ser exaustivamente estudados e a visibilidade do termo violência obstétrica tornou-se pública após a Organização Mundial de Saúde caracterizá-lo como todo e qualquer abuso, desrespeito e maus-tratos, durante o parto, executado por qualquer profissional ou instituição de saúde. Tal definição veio acompanhada de recomendações, divulgadas em cinco idiomas, para o seu enfrentamento (OMS, 2014).

É notório que essas diretrizes não provocaram grandes impactos no panorama assistencial brasileiro, a Taxa de Mortalidade Materna mantém-se em patamar elevado

com 62/100 mil nascidos vivos. Além disso, os dados nacionais revelam que 92% dos óbitos, quando investigados, poderiam ter sido evitados, denotando que as implicações da violência obstétrica para a morbimortalidade materna estão relacionadas ao risco adicional associado aos eventos adversos no manejo inadequado no processo de parto e nascimento (ÁFIO et al., 2014; DINIZ et al., 2015).

O posicionamento de grupos de mulheres organizados frente a cobrança por investigação de práticas violentas ocorridas nas maternidades tencionou o Legislativo Brasileiro por formulações legais que tratassem sobre a violação dos direitos femininos no período gravídico-puerperal.

Atualmente o sistema jurídico brasileiro possui legislação nos Estados de Santa Catarina, Minas Gerais e Amazonas a respeito da violência obstétrica. Na esfera jurídica federal há projetos de leis, em tramitação no Congresso Nacional desde 2014, que dispõem sobre as diretrizes e os princípios inerentes aos direitos da mulher durante a gestação, pré-parto e puerpério, bem como a erradicação da violência obstétrica. Apesar da inexistência de uma lei específica, os atos de violência obstétrica estão assegurados no Código Penal e caracterizados como crimes de homicídio, de lesão corporal, de omissão de socorro e contra a honra (BRASIL, 1940).

Apesar de toda mobilização para inibir esse tipo agressão contra a mulher, recentemente a sociedade civil foi surpreendida pelo posicionamento do órgão do governo federal (Ministério da Saúde - MS), responsável pela promoção, proteção e recuperação da *saúde* da população, defendendo que o termo “violência obstétrica” tem conotação inadequada e não enquadra-se na definição da Organização Mundial de Saúde e das publicações científicas (BRASIL,2019a).

Tal fato provocou um descontentamento social que culminou em um inquérito civil, movido pelo Ministério Público Federal (MPF), pautado em diversas denúncias de mulheres violentadas e humilhadas no processo de parturição, solicitando o retratação e reconhecimento, por parte do MS, do termo assim como o dever de adotar estratégias resolutivas para o combate à referida prática (BRASIL,2019b).

O Ministério da Saúde atendeu a recomendação reiterando a autenticidade da expressão em questão, considerou a sua utilização nas ações e documentos oficiais e reconheceu ainda que tais situações ameaçam os direitos das mulheres ao cuidado respeitoso, a saúde e a vida dessa população (BRASIL,2019c).

De tal modo, compreende-se que a tentativa de abolir a expressão “violência obstétrica” vem para fragilizar o movimento social de mulheres e profissionais de saúde em prol do resgate do parto fisiológico e humanizado, e se caracteriza como um retrocesso às inúmeras recomendações comprovadas cientificamente para uma assistência segura e de qualidade à mulher e ao recém-nascido. O terreno arenoso político, ligado a questões culturais de uma sociedade tipicamente patriarcal e biomédica, impacta diretamente na garantia e manutenção dos direitos conquistados, sobretudo de indivíduos historicamente

vulneráveis.

Nessa perspectiva fica evidente que o enfrentamento a violência obstétrica requer união de esforços da sociedade civil e fortalecimento do ativismo social e político nas reivindicações em prol do resgate do parto fisiológico e humanizado que garantam um cuidado seguro e de qualidade a mulher e ao recém-nascido (TESSER et al., 2015).

4 | CONCLUSÃO

Os desafios para o combate à violência obstétrica no Brasil têm diversas frentes que englobam o rearranjo na formação dos profissionais, que permanece eminentemente tecnocrática, a percepção da usuária enquanto protagonista do processo de nascimento, políticas públicas eficazes e sistema de leis que possam garantir um atendimento digno e livre de danos as gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos.

Acredita-se que repensar a formação e a qualificação das categorias profissionais responsáveis pelo cuidado da mulher, numa perspectiva da medicina baseada em evidências científicas, garantindo atitudes empáticas, respeitosas e, sobretudo, seguras, poderá contribuir para ressignificar o processo do nascimento, tendo em vista que os profissionais de saúde possuem capacidade de desmistificar questões perpetuadas, por meio da educação em saúde, resgatando a autonomia e o protagonismo das usuárias e suas famílias.

Outro ponto que necessita ser trabalhado para que o modelo obstétrico humanístico seja alcançado é a implementação e o monitoramento de políticas públicas que garantam a essa clientela um atendimento acessível, acolhedor e resolutivo, com a consolidação de uma rede de atenção à saúde poliárquica e horizontal capaz de melhorar os indicadores sanitários.

Por fim, a atuação da sociedade civil empoderada inibe qualquer transgressão ou não cumprimento de direito adquirido, devendo, dessa forma, resistir a qualquer tentativa de negligência ou submissão. Ademais, a busca pela penalização legal em relação a qualquer conduta, potencialmente danosa e/ou letal, deve ser permanente para inibir e erradicar situações que depreciam a integridade física, mental e moral da população feminina, independente da fase da vida em que se encontra.

REFERÊNCIAS

1. ÁFIO, A. C. E. et al. **Óbitos maternos: necessidade de repensar estratégias de enfrentamento.** Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, v. 15, n. 4, p. 631–638, 2014.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM).** Brasília(DF):Ministério da Saúde;1983.

3. _____. **Código Penal. Decreto Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm
4. _____. Ministério da Saúde. **Diretrizes de atenção a gestante: a operação cesariana.** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016.
5. _____. **Recomendação nº 29, de 7 de maio de 2019.** São Paulo: MPF, 7 set. 2019. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/noticias-sp/mpf-recomenda-ao-ministerio-da-saude-que-atue-contra-a-violencia-obstetrica-em-vez-de-proibir-o-uso-do-termo>. Acesso em: 28 maio 2019a.
6. _____. **Ofício nº 296/2019/COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS, de 7 de junho de 2019.** Recomendação nº 29/2019. IC 1.34.001.007752/2013-81. Brasília: MS, 7 jun. 2019. Disponível em: http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0. Acesso em: 13 jun. 2019b.
7. _____. **Ofício nº 296/2019/COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS, de 7 de junho de 2019.** Recomendação nº 29/2019. IC 1.34.001.007752/2013-81. Brasília: MS, 7 jun. 2019. Disponível em: http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0. Acesso em: 13 jun. 2019c
8. BOURGUIGNON, A. M.; GRISOTTI, M. **Concepções sobre humanização do parto e nascimento nas teses e dissertações brasileiras.** Saúde e Sociedade, v. 27, p. 1230-1245, 2018.
9. DE SÁ, A. M. P. et al. **O direito ao acesso e acompanhamento ao parto e nascimento: a ótica das mulheres.** Rev enferm UFPE on line UFPE on line., Recife, v. 11, n. 7, p. 2683–90, 2017.
10. DE SOUSA LIMA, W. et al. **Assistência ao parto e suas mudanças ao longo do tempo no Brasil.** Multidebates, v. 2, n. 2, p. 41-55, 2018
11. DINIZ, SG et al. **Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção.** Journal of Human Growth and Development. 2015; 25(3): 377-376
12. DO NASCIMENTO CARNEIRO, M. **A nova cultura científica na obstetria e seus efeitos profissionais (séc. XIX).** História: revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto, v. 6, 2018
13. MENDONÇA, S.S. **Modelos de assistência obstétrica concorrentes e ativismo pela humanização do parto.** Dossiê: Partos, maternidades e políticas do corpo. Civitas, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 250-271, abr./jun. 2015.
14. OMS. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde.** Geneva: Organização Mundial de Saúde, 2014
15. VENTURI, G.; GODINHO, T. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: uma década de mudanças na opinião pública.** São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo/SESC-SP; 2013.
16. TESSER, CD et al. **Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer.** Rev Bras Med Fam Comunidade, v. 10, n. 35, p. 1-12, 2015.

SOBRE O ORGANIZADOR

LUIS HENRIQUE ALMEIDA CASTRO - Possui graduação em nutrição pela Universidade Federal da Grande Dourados concluída em 2017 com a monografia “*Analysis in vitro and acute toxicity of oil of Pachira aquatica Aublet*”. Ainda em sua graduação, no ano de 2013, entrou para o Grupo de Pesquisa Biologia Aplicada à Saúde sendo um de seus membros mais antigos em atividade realizando projetos de ensino, pesquisa e extensão universitária desde então. Em 2018 entrou no Curso de Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal da Grande Dourados com o projeto de pesquisa: “Avaliação da Toxicidade Reprodutiva Pré-clínica do Óleo da Polpa de Pequi (*Caryocar brasiliense* Camb.)” no qual, após um ano e seis meses de Academia, obteve progressão direta de nível para o Curso de Doutorado considerando seu rendimento acadêmico e mérito científico de suas publicações nacionais e internacionais; além disso, exerce no mesmo Programa o cargo eletivo (2018-2020) de Representante Discente. Em 2019 ingressou também no Curso de Especialização em Nutrição Clínica e Esportiva pela Faculdade Venda Nova do Imigrante. Atua desde 2018 enquanto bolsista de Pós-Graduação pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) desenvolvendo pesquisas em duas principais linhas de atuação: nutrição experimental, na qual desenvolve estudos farmacológicos e ensaios de toxicidade com espécies vegetais de interesse para a população humana; e, nutrição esportiva, no tocante à suplementação alimentar, metabolismo energético, fisiologia do exercício e bioquímica nutricional. Atualmente é revisor científico dos periódicos *Journal of Nutrition and Health Sciences*, *Journal of Human Nutrition and Food Science* e do *Journal of Medicinal Food*. É ainda membro do Corpo Editorial do *Journal of Human Physiology* e membro do Conselho Técnico Científico da própria Atena Editora.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acolhimento 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 82, 83, 101
Adesão 64, 68, 70, 71, 72, 87, 91, 114, 115, 117, 119, 121, 122, 123, 124, 125, 140, 142
Alcoolismo 48, 168
Amamentação 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 118
Antibioticoterapia 175, 177, 180, 181, 182, 184

C

Comorbidades 13, 64, 65, 67, 68, 69, 70, 169
Contraceptivos 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126
COVID-19 116, 135, 136, 137, 138, 139, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 163, 164, 165, 169, 170, 171, 172, 173
Curso de medicina 47, 63

D

Diabetes Mellitus 2, 3, 7, 64, 65, 68, 69, 72
Doença cardiovascular 7, 70

E

Estágio curricular 9, 10, 15

G

Gestação 116, 213

I

Infecção hospitalar 81, 82, 83, 86, 87, 89, 91, 92, 93, 94
Invisibilidade 209

M

Métodos anticoncepcionais 114, 115, 116, 119, 120, 125
Mortalidade infantil 35
Mortalidade materna 33, 35, 36, 37, 40, 41, 210, 212
Motricidade 196, 198, 199, 201, 204

O

Otorrinolaringologia 158, 160, 161, 163, 164, 166, 167, 169, 170, 171, 173

P

Pandemia 15, 116, 135, 136, 138, 139, 144, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 164, 170, 171

Parto 38, 73, 75, 76, 118, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215

Perda auditiva ocupacional 155, 156, 158

Plantas medicinais 68, 69, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195

Política 9, 13, 14, 19, 20, 25, 27, 29, 31, 34, 36, 40, 94, 95, 96, 100, 106, 108, 109, 136, 139, 143, 146, 148, 150, 152, 153, 188, 194, 212

Prática farmacêutica 135, 140, 141, 142

Primeiros socorros 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63

Psicologia 9, 10, 11, 12, 16, 49, 96, 97, 101, 108, 134

Psicopatia 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 104, 105, 106, 108, 109

Psiquiatria 12, 13, 48, 97, 106, 109

Q

Qualidade de vida 6, 67, 71, 75, 80, 110, 111, 112, 113, 129, 133, 140, 142, 155, 198

R

Relactação 73, 75, 76, 77

Resiliência 128, 129, 130, 131, 132, 134

S

Saúde digital 135, 138, 139, 140, 141, 142, 143

Saúde do trabalhador 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 158, 159, 160, 162

T

Transtorno do espectro autista 196, 207, 208

U

Unidade básica de saúde 17, 19, 72

Unidade de terapia intensiva 38, 174, 175, 177, 180, 182, 184


V

Vida sexual 99, 114, 123, 127

Violência obstétrica 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215

CIÊNCIAS DA SAÚDE:

PLURALIDADE DOS
ASPECTOS QUE
INTERFEREM NA
SAÚDE HUMANA

 www.atenaeditora.com.br
 contato@atenaeditora.com.br
 @atenaeditora
 www.facebook.com/atenaeditora.com.br

2

 Atena
Editora

Ano 2021

CIÊNCIAS DA SAÚDE:

PLURALIDADE DOS
ASPECTOS QUE
INTERFEREM NA
SAÚDE HUMANA

 www.atenaeditora.com.br
 contato@atenaeditora.com.br
 [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
 www.facebook.com/atenaeditora.com.br

2