



Serviços de saúde no Brasil:

Experiências exitosas e desafios contemporâneos

Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti
(Organizadora)

Atena
Editora
Ano 2022



Serviços de saúde no Brasil:

Experiências exitosas e desafios contemporâneos

Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti
(Organizadora)

Atena
Editora
Ano 2022

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Bruno Oliveira

Camila Alves de Cremo

Daphynny Pamplona

Luiza Alves Batista

Natália Sandrini de Azevedo

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2022 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2022 Os autores

Copyright da edição © 2022 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 Biológicas e da Saúde**

Profª Drª Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira – Hospital Federal de Bonsucesso

Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

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



Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto
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 Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
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
Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins
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 Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense
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 Emídio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco



Serviços de saúde no Brasil: experiências exitosas e desafios contemporâneos

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Maiara Ferreira
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizadora: Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S491 Serviços de saúde no Brasil: experiências exitosas e desafios contemporâneos / Organizadora Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2022

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-65-258-0390-6
DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.906221708>

1. Política de saúde - Brasil. I. Cavalcanti, Soraya Araujo Uchoa (Organizadora). II. Título.

CDD 361.981

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



Atena
Editores
Ano 2022

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.



DECLARAÇÃO DA EDITORA

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



APRESENTAÇÃO

A coletânea *Serviços de saúde no Brasil: Experiências exitosas e desafios contemporâneos* é composta por 25 (vinte e cinco) capítulos produtos de pesquisa, revisão integrativa, relato de experiências, relato de caso, dentre outros.

Os textos dessa coletânea colocam em evidência o Sistema Único de Saúde – SUS, seus desafios e possibilidades na atual conjuntura. Assim, o primeiro capítulo, discute a necropolítica e o SUS. O segundo, apresenta a experiência com assistência a gestantes na Estratégia Saúde da Família. O terceiro, por sua vez, apresenta a experiência com trabalho remoto durante da pandemia de Covid-19.

O quarto capítulo, apresenta a experiência do atendimento remoto em uma Farmácia Escola. O quinto, por sua vez apresenta os resultados da revisão integrativa acerca da implantação do processo de acreditação nas instituições de saúde. Já o sexto capítulo, discute o processo de auditoria em saúde para a gestão da qualidade dos serviços de saúde.

O sétimo capítulo, apresenta a experiência de implantações das barreiras sanitárias nas ações de enfrentamento da pandemia de Covid-19. O oitavo capítulo, por sua vez discute as estratégias adotadas pela equipe de Enfermagem para a segurança do paciente na administração de medicamentos. Já o nono capítulo, discute a atuação do enfermeiro na prevenção da progressão da doença renal.

O décimo capítulo, discute a forma como a equipe de Unidade de Terapia Intensiva enfrenta os dilemas éticos de pacientes terminais. O décimo primeiro capítulo discute o controle de qualidade de suplementos alimentares à base de plantas medicinais. Já o décimo segundo, discute o luto e isolamento social no contexto da pandemia de Covid-19 junto aos idosos.

O décimo terceiro capítulo, discute os sinais de alerta de violência doméstica entre a população idosa. O décimo quarto capítulo, por sua vez discute os fatores associados à violência sexual contra adolescentes escolares. O décimo quinto, discute a importância da equipe de enfermagem no cuidado humanizado perinatal em tempos de pandemia.

O décimo sexto capítulo, coloca em evidência a aplicabilidade da metodologia *Lean* nos serviços de saúde (*Lean Healthcare*). O décimo sétimo, por sua vez discute a contribuição histórica da maternidade São Vicente em Teresina ao pioneirismo em saúde. Já o décimo oitavo apresenta os resultados da pesquisa acerca dos desafios e perspectivas do primeiro emprego do Técnico em Enfermagem.

O décimo nono capítulo, discute o papel do Psicólogo no acompanhamento à famílias com alunos com Síndrome de Down. O vigésimo capítulo, por sua vez, apresenta a experiência extensionista em instituições da atenção básica através do treinamento de profissionais em primeiros socorros. Já o vigésimo primeiro capítulo, que analisa o impacto

da pandemia de Covid-19 no processo de aprendizagem de escolares nos anos iniciais de alfabetização.

O vigésimo segundo capítulo, analisa as concepções vinculadas às normativas e estratégias vinculadas à atenção à saúde da População em situação de rua. O vigésimo terceiro capítulo, por sua vez, discute os determinantes sociais vinculados à população em situação de rua. Já o vigésimo quarto, apresenta a experiência da atuação fisioterapêutica em cuidados paliativos. E finalmente o vigésimo quinto, um relato de caso acerca da ligadura de veia cava inferior em paciente vítima de perfuração por arma de fogo.

É nesse contexto, que convidamos leitores a conhecer as pesquisas, experiências e análises e produzir novas reflexões acerca dos espaços sócio-ocupacionais na atual conjuntura.

Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

NECROPOLÍTICA E O SISTEMA DE SAÚDE: UMA ANÁLISE ATUAL

Ingrid da Silva Pires
Flávia Giendruczak da Silva
Liege Segabinazzi Lunardi
Débora Machado do Espírito Santo
Adriana Maria Alexandre Henriques
Adelita Noro
Paula de Cezaro
Ana Paula Wunder Fernandes
Vanessa Belo Reyes
Ana Paula Narcizo Carcuchinski
Yanka Eslabão Garcia
Zenaide Paulo da Silveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9062217081>

CAPÍTULO 2..... 11

EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM GESTANTES ASSISTIDAS POR UMA EQUIPE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ilka Cassandra Pereira Belfort
Ilana Barros Moraes da Graça
André Luiz Barros Sousa
Clécio Miranda Castro
Aline Sampieri Tonello
Sally Cristina Moutinho Monteiro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9062217082>

CAPÍTULO 3..... 18

TRABALHO REMOTO DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Tháís Veras de Moraes Rezende

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9062217083>

CAPÍTULO 4..... 22

ATENDIMENTO REMOTO EM UMA UNIDADE DE FARMÁCIA-ESCOLA: CAMINHOS E DESAFIOS PARA IMPLANTAÇÃO NO SUS

Heloise Buskievicz Guerra
Daniel de Paula
Tuane Bazanella Sampaio

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9062217084>

CAPÍTULO 5..... 34

ASSISTÊNCIA HOSPITALAR: AUDITORIA NA GESTÃO DA QUALIDADE

Denise Oliveira D'Avila
Adriana Maria Alexandre Henriques

Zenaide Paulo da Silveira
Liege Segabinazzi Lunardi
Adelita Noro
Vanessa Belo Reyes
Ana Paula Wunder Fernandes
Paula de Cezaro
Ingrid da Silva Pires

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9062217085>

CAPÍTULO 6..... 44

AS DIFICULDADES NA IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ACREDITAÇÃO NAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE

Alan Carvalho Leandro
Láisa Rebecca Sousa Carvalho
Thâmara Machado e Silva
Angela Maria Moed Lopes
Fernanda Cristina Guassú Almeida

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9062217086>

CAPÍTULO 7..... 54

COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL NAS BARREIRAS SANITÁRIAS PARA ENFRENTAMENTO DA COVID-19 NO SERTÃO NORDESTINO

Marlla Fernanda Teixeira da Silva
Emília Carolle Azevedo de Oliveira
Maria Olívia Soares Rodrigues
Mleudy Layenny da Cunha Leite
Laís Eduarda Silva de Arruda
Louisiana Regadas de Macedo Quinino
Celivane Cavalcante Barbosa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9062217087>

CAPÍTULO 8..... 67

SEGURANÇA DO PACIENTE NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Camilla Pontes Bezerra
Maria Helane Rocha Batista Gonçalves
Paula Silva Aragão
Silvana Mêre Cesário Nóbrega
Samara Camila de Sousa Amaral
Jessica de Lima Aquino Nogueira
Carlos Jerson Alencar Rodrigues
Maria Lucivânia Pereira da Silva
Mara Maia Silveira Reis

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9062217088>

CAPÍTULO 9..... 80

ACTUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DA PROGRESSÃO DA DOENÇA

RENAL

Maria Sandra da Piedade Malonda Goma Teixeira
Carolina Luvuno Lembe Taty
Mônica Patrícia Esperança Silva
Ana Celeste Adriano

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9062217089>

CAPÍTULO 10..... 88

DILEMAS DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: LIMITAÇÕES DO CUIDADO DE PACIENTES EM FASE TERMINAL

Adelina Ferreira Gonçalves
Eline Aparecida Vendas Righetti
Sabrina Ferreira Furtado Magrin

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.90622170810>

CAPÍTULO 11 100

CONTROLO DE QUALIDADE DE SUPLEMENTOS ALIMENTARES À BASE DE PLANTAS MEDICINAIS

Ana Paula Fonseca
Mariana Mendes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.90622170811>

CAPÍTULO 12..... 109

LUTO DA COVID-19 E ISOLAMENTO SOCIAL: UM OLHAR DE ATENÇÃO AOS IDOSOS SOB A LUZ DA PSICOLOGIA

Jessica Hellen Lima Teixeira
Tayna Matos do Vale

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.90622170812>

CAPÍTULO 13..... 113

IDENTIFICAÇÃO DE SINAIS DE ALERTA NO ENVELHECIMENTO: SUSPEITA DE VIOLÊNCIA E MAUS TRATOS

Thiago Leite dos Santos
Priscila Larcher Longo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.90622170813>

CAPÍTULO 14..... 119

FATORES ASSOCIADOS À VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA ADOLESCENTES ESCOLARES NO INTERIOR DO MARANHÃO

Felipe Barbosa de Sousa Costa
Cássio Eduardo Soares Miranda
Brenda Rocha Sousa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.90622170814>

CAPÍTULO 15..... 135

O CUIDADO PERINATAL: DESAFIOS PRÁTICOS DO ENFERMEIRO EM TEMPOS DE

PANDEMIA

Adelina Ferreira Gonçalves
Eline Aparecida Vendas Righetti
Sabrina Ferreira Furtado Magrin

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.90622170815>

CAPÍTULO 16..... 147

METODOLOGIA LEAN: DESAFIOS DE SUA APLICABILIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Flávia Rezende Calonge
Maria Ivanilde de Andrade
Pamela Nery do Lago
Marília Antônia de Paula
João Eduardo Pinho
Andréia Elias da Cruz Nascimento
Natália Cristina de Andrade Dias
Bianca Cristina Silva Assis Santiago
Amanda Cristina Ferreira Cardoso
Yasmin Cristine Sousa de Moraes
Rita de Cássia Almeida Sales
Adriana Simões Moreira Rocha

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.90622170816>

CAPÍTULO 17..... 154

PIONERISMO EM SAÚDE: UMA CONTRIBUIÇÃO A MEMÓRIA DA MATERNIDADE SÃO VICENTE EM TERESINA – PIAUÍ

Junio Rodrigues Costa Sousa
Jeane Sousa Santos
André Fernando de Souza Araújo
Cícero Rodrigues de Sousa Neto
Maria Gardênia Sousa Batista

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.90622170817>

CAPÍTULO 18..... 163

TÉCNICOS EM ENFERMAGEM: DESAFIOS E PERSPECTIVAS DO PRIMEIRO EMPREGO

Sandra Maria de Mello Cardoso
Lucimara Sonaglio Rocha
Andressa Peripolli Rodrigues
Gisele Schliotefeldt Siniak
Suzete Maria Liques
Heron da Silva Mousquer
Cristiane Dias Soares

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.90622170818>

CAPÍTULO 19..... 173

APOIO PSICOLÓGICO ÀS FAMÍLIAS DE ALUNOS COM SÍNDROME DE DOWN GAP DA

REPARTIÇÃO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO DO LOBITO

Isabel de Fátima Manjolo

Paulo Alves

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.90622170819>

CAPÍTULO 20..... 185

PRIMEIROS SOCORROS EM INSTUIÇÕES DE EDUCAÇÃO BÁSICA: EXPERIÊNCIA EXTENSIONISTA ANTES E DURANTE A PANDEMIA

Guilherme Rodrigues Guimarães

Juliana Laranjeira Pereira

Soraya Fernanda Cerqueira Motta

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.90622170820>

CAPÍTULO 21..... 192

RESULTADOS PRELIMINARES DE UMA REVISÃO SISTEMÁTICA SOBRE O IMPACTO DA PANDEMIA SOBRE A APRENDIZAGEM NO BRASIL E NO MUNDO

Liliane da Veiga Silva Amorim

Giseli Donadon Germano

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.90622170821>

CAPÍTULO 22..... 199

CONCEPÇÕES DE SAÚDE E DOENÇA QUE PERMEIAM AS NORMATIVAS E ESTRATÉGIAS VOLTADAS PARA A ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO E RUA: INTERVENÇÃO NA SAÚDE PÚBLICA OU NA SAÚDE COLETIVA?

Maria Laudinete de Menezes Oliveira

Ana Karinne de Moura Saraiva

Moêmia Gomes de Oliveira Miranda

Ana Taís Lopes de Oliveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.90622170822>

CAPÍTULO 23..... 211

A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E O SEU PROCESSO DE ADENTRAR AS RUAS

Maria Laudinete de Menezes Oliveira

Ana Karinne de Moura Saraiva

Moêmia Gomes de Oliveira Miranda

Ana Taís Lopes de Oliveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.90622170823>

CAPÍTULO 24..... 223

ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NOS CUIDADOS PALIATIVOS EM PACIENTES ONCOLÓGICOS E GERIÁTRICOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Lívia Tawany Silva

Laiane Estefane Lima Silva

Bruno Basilio Cardoso de Lima

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.90622170824>

CAPÍTULO 25.....225

LIGADURA DE VEIA CAVA INFERIOR EM PACIENTE VÍTIMA DE PERFURAÇÃO POR ARMA DE FOGO

Talita Dourado Rocha
Laura Silva de Oliveira
Rayanne de Araujo Silva
Victor Hugo Peixoto Machado
Alex Lima Sobreiro
Natália de Oliveira Duarte Diniz
Gabriel Henrique Lamy Basilio
Marcelo de Avila Trani Fernandes
Emerson Wesley de Freitas Cordeiro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.90622170825>

SOBRE A ORGANIZADORA.....227

ÍNDICE REMISSIVO.....228

CAPÍTULO 1

NECROPOLÍTICA E O SISTEMA DE SAÚDE: UMA ANÁLISE ATUAL

Data de aceite: 01/08/2022

Ingrid da Silva Pires

Flávia Giendruczak da Silva

Liege Segabinazzi Lunardi

Débora Machado do Espírito Santo

Adriana Maria Alexandre Henriques

Adelita Noro

Paula de Cezaro

Ana Paula Wunder Fernandes

Vanessa Belo Reyes

Ana Paula Narcizo Carcuchinski

Yanka Eslabão Garcia

Zenaide Paulo da Silveira

RESUMO: Ao abordarmos sobre necropolítica, faz-se necessário, inicialmente, definirmos este termo que teve origem com o historiador e filósofo Achille Mbembe, nascido na República dos Camarões, país da região ocidental da África Central. Isso, no sentido do que se prioriza como escolha, sobre as decisões tomadas no dia-a-dia pela Administração Pública no que se refere a políticas públicas e onde prestar atendimento social. Enfim, sobre onde direcionar e aplicar os recursos públicos e quem serão os mais beneficiados. **Método:** Trata-se de uma pesquisa

bibliográfica, que segundo Minayo, (2008) permite melhor ordenação e compreensão da realidade empírica, deve abranger minimamente os estudos clássicos sobre o assunto em questão, o autor realiza leitura e indagações referentes à realidade. **Resultado:** Não se pode querer falar do presente sem conhecermos minimamente nosso passado e seus desdobramentos nos campos social, econômico e político. Quando analisamos a escravidão durante a ocupação colonial, assim como em períodos de guerra, percebemos que a morte e a liberdade estão intimamente associadas. Essa realidade velada e perversa, mesmo que não escancarada, ficou muito mais latente com o surgimento da pandemia do Coronavírus, em que se percebeu que pessoas menos assistidas e tangenciadas pela sociedade acabam sofrendo mais e, dramaticamente, morrendo mais. Portanto, apenas se transparece o que sempre existiu: uma desigualdade social brasileira de muitos contrastes. **Conclusão:** Dentre algumas alternativas, após análise bibliográfica, foi possível identificar algumas medidas, tais como metas sanitárias segundo raça e cor e a ampliação da cobertura de políticas de seguridade social também considerando raça e cor. Tudo isso se revela, portanto, como uma clara faceta do que acima explicamos: a igualdade material através de ações afirmativas, que inclusive é tida como um concreto objetivo de nossa República, estando prevista na própria Constituição Federal.

PALAVRAS-CHAVE: Necropolítica. Sistema de saúde. Vulnerabilidade social.

ABSTRACT: When approaching necropolitics, it

is necessary, initially, to define this term that originated with the historian and philosopher Achille Mbembe, born in the Republic of Cameroon, a country in the western region of Central Africa. This, in the sense of what is prioritized as a choice, on the day-to-day decisions made by the Public Administration with regard to public policies and where to provide social assistance. Finally, about where to direct and apply public resources and who will benefit the most. **Method:** This is a bibliographic research, which according to Minayo (2008) allows for a better ordering and understanding of the empirical reality, should minimally cover the classic studies on the subject in question, the author performs reading and inquiries regarding reality. **Result:** One cannot want to talk about the present without knowing at least our past and its consequences in the social, economic and political fields. When we analyze slavery during colonial occupation, as well as during periods of war, we realize that death and freedom are closely associated. This veiled and perverse reality, even if not wide open, became much more latent with the emergence of the Coronavirus pandemic, in which it was realized that people less assisted and touched by society end up suffering more and, dramatically, dying more. Therefore, only what has always existed appears: a Brazilian social inequality of many contrasts. **Conclusion:** Among some alternatives, after a bibliographic analysis, it was possible to identify some measures, such as health goals according to race and color and the expansion of the coverage of social security policies, also considering race and color. All this reveals itself, therefore, as a clear facet of what we explained above: material equality through affirmative actions, which is even considered a concrete objective of our Republic, being provided for in the Federal Constitution itself.

1 | INTRODUÇÃO

Ao abordarmos sobre necropolítica, faz-se necessário, inicialmente, definirmos este termo que teve origem com o historiador e filósofo Achille Mbembe, nascido na República dos Camarões, país da região ocidental da África Central. Reconhecido mundialmente como estudioso da escravidão e da negritude, professor universitário, seguindo a linha do filósofo Michael Foucault e baseando-se neste, escreveu o livro denominado “Necropolítica”. Esta expressão é conceituada como o uso do poder social e político do Estado para determinar - por meio de exclusão, desigualdades e situações de extrema vulnerabilidade - quem pode permanecer vivo e quem “deve” morrer. Isso, no sentido do que se prioriza como escolha, sobre as decisões tomadas no dia-a-dia pela Administração Pública no que se refere a políticas públicas e onde prestar atendimento social. Enfim, sobre onde direcionar e aplicar os recursos públicos e quem serão os mais beneficiados.

Não se pode querer falar do presente sem conhecermos minimamente nosso passado e seus desdobramentos nos campos social, econômico e político. Quando analisamos a escravidão durante a ocupação colonial, assim como em períodos de guerra, percebemos que a morte e a liberdade estão intimamente associadas. o Estado escravista humilha pais de família, mata, encurrala e aprisiona famílias, muitas vezes, por puro prazer. Contraditoriamente, o Estado se apresenta como um princípio de organização social e símbolo da moralidade (MBEMBE, 2016).

2 | MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, que segundo Minayo, (2008) permite melhor ordenação e compreensão da realidade empírica, deve abranger minimamente os estudos clássicos sobre o assunto em questão, o autor realiza leitura e indagações referentes à realidade. Para tanto, foi elaborada uma revisão narrativa da literatura, resultado de uma pesquisa bibliográfica - cujas fontes são livros, artigos e referências publicadas em meios eletrônicos, desenvolvida mediante a exposição do pensamento de especialistas no assunto.

3 | RESULTADO E DISCUSSÃO

3.1 Necropolítica e a pandemia de COVID-19

Não podemos falar de necropolítica e deixar de lado o que vem acontecendo em nosso país. Atingimos, nestas últimas semanas, números superiores a 500.000 mortes por COVID-19. Este atual cenário apenas evidenciou o que já vem consolidado historicamente em nosso país. Não bastasse isso, ainda houve descaso pelo Estado quanto ao enfrentamento da pandemia desde os primeiros casos notificados em nosso território em fevereiro de 2020, servindo de exemplo o incentivo às pessoas a não utilizarem máscaras, o estímulo a se aglomerarem, a protelação em se comprar de vacina, enfim, tratando o povo brasileiro como meros escravos da sociedade capitalista aos influxos de uma visão política monocular e radical.

Ora, as ações dos governantes devem ter por objetivo salvar vidas. Além disso, exige-se desses administradores uma conduta séria baseada na ciência e na pesquisa, abstraindo-se a pessoa do governante (aspecto da necessária impessoalidade no âmbito da Administração Pública). Do contrário, poderão ser responsabilizados pela disseminação de discursos e atitudes baseadas no empirismo, culminado com uma possível responsabilização pela própria tragédia sanitária instalada (WERNECK; CARVALHO, 2020).

Ainda, evidencia-se como um agravante desse cenário sanitário e social caótico a falta de protocolos e rotinas bem definidas que deveriam ser elaboradas pelo Ministério da Saúde em conjunto com as secretarias estaduais e municipais de saúde. Inclusive, o estabelecimento dessas rotinas deve - ou deveria - contar com a participação do conselho nacional e estaduais de saúde, com reuniões periódicas, tendo por objetivo discutir e elencar o conjunto de ações que devem - ou deveriam - ser realizadas nas diferentes realidades vivenciadas pela população brasileira desde o início da pandemia. Tudo isso deve ter por escopo a disseminação de informações seguras e válidas baseadas na ciência.

De se notar, também, que a falta de investimento e gestão na atenção básica em saúde vitimiza principalmente uma determinada parcela da população: os grupos mais vulneráveis da sociedade, sendo evidente nestes grupos a falta de condições básicas de

moradia, saneamento básico, trabalho, educação e saúde. Com o surgimento da pandemia, este cenário obviamente exacerbou-se, o que era possível imaginar. É de se frisar que isso ocorre há séculos, não sendo algo pontual, mas sim sistemático.

A escolha do direcionamento de nosso estudo tem por base que considerável parcela dos profissionais da área de saúde são mulheres e que essa categoria é mal remunerada. Partindo desse contexto, e visualizando pela perspectiva do atual cenário socioeconômico pelo qual estamos atravessando exatamente por conta da pandemia e da forma como esta foi tratada pelos administradores públicos, decidimos abordar sobre a realidade que esses profissionais estão enfrentando, em um momento em que, além de estarem superexpostos, estão sendo muito cobrados por conta da alta demanda que acometeu os hospitais.

É notório o crescente número de afastamentos e licenças, sejam eles por problemas físicos relacionados a sobrecarga de trabalho, relacionados à contaminação por COVID-19 ou por estafa mental destes profissionais, que estão sujeitos a conviver com um número de mortos intensos a cada plantão, situação jamais vista pelos profissionais de enfermagem. São situações muito similares a um estado de guerra: cuidados de forma incompleta porque a demanda é absurdamente crescente e o quadro de profissionais e a estrutura física não suportam o quantitativo de pessoas procurando os serviços de saúde.

3.2 Vulnerabilidade social e COVID-19

No contexto da vulnerabilidade social, a mesma se define como a condição a que grupos são discriminados pela sociedade. Em muitos destes casos os fatores socioeconômicos e de raça estão associados. As populações mais atingidas são as que estão perdendo visibilidade na sociedade e dependem de auxílios para conseguirem sobreviver. Toda situação de vulnerabilidade social está atrelada a fatores de exclusão de pessoas com pouca ou nenhuma representatividade e oportunidade. Em consequência disso muitas não possuem moradia, renda ou acesso à saúde e educação.

Para que possamos entender adequadamente a amplitude real da vulnerabilidade a que determinadas pessoas estão submetidas, é preciso compreender alguns conceitos. O preconceito social é entendido como sendo a inferiorização de grupos sociais pela sociedade, consolidado muitas vezes por ódio, violência e marginalização. Consolida-se como mecanismo fundamental na inferiorização do sujeito, produzindo determinadas concepções ideológicas e cognitivas sobre a legitimidade de direitos sociais já conquistados. Neste contexto, a hierarquização e a marginalização social são muito próximas. Na hierarquização está presente a lógica da subordinação; na inferiorização social encontramos a opressão que é caracterizada por discriminações históricas de grupos sociais (PRADO, MACHADO, 2008).

Para demonstrar cientificamente como ocorre o preconceito velado, histórico e estrutural, necessitamos de um grande esforço de pesquisas, ações coletivas e práticas sociais, que tenham por objetivo desvendar a estrutura e dinâmica dos diversos tipos de

preconceito - inclusive o sexual - e suas consequências. A título exemplificativo, podemos observar o esforço de algumas ciências em desconstruir mitos que se transformaram em legados científicos, permitindo elaborar ainda mais os mecanismos diretos da inferiorização dos homossexuais, sendo este apenas o início de um longo trajeto para compreender e intervir sobre nossas instituições sociais. Por conta disso, os movimentos sociais GLBTs+ são essenciais, pois temos visto que a homossexualidade e suas consequências só são barradas a partir de pressão e de movimentos de grupos sociais (PRADO, MACHADO, 2008).

Na análise de Weintraub (2013), identificamos as questões sociais relacionadas ao sofrimento, compaixão, trauma e migração, relacionando a saúde pública e suas práticas perante os grupos migratórios e excluídos no Brasil, enfatizando os refugiados, moradores de rua e asilos, assim como dos usuários de drogas ilícitas. O pensamento de Fassin e suas análises dos fluxos migratórios atuais, sugere compreender a 'biopolítica' não apenas como uma política do cotidiano, mas como uma política sobre populações. Identificando, desta forma, que grupos excluídos como os imigratórios e outros grupos da sociedade têm muito menos oportunidade e expectativa de vida do que outros grupos sociais.

A saúde como direito social coletivo e universal, aproxima a lógica de propriedade e financiamento da saúde não como responsabilização coletiva através de impostos, mas dependente da capacidade de pagamento de cada indivíduo, sem nenhuma diferença entre ser idoso, pobre ou rico, aumentando desta forma as grandes causas das desigualdades sociais sobretudo nos países subdesenvolvidos. Com isso, ocorre a desresponsabilização do coletivo com a saúde da população, ficando os indivíduos à mercê da sua própria sorte e responsáveis pela situações de difícil acesso aos serviços de saúde refém de inúmeros mecanismos de compra de serviços do estado capitalista. O empresário que atua nas diversas formas de prestação de serviços pelo setor público e a financeirização da assistência à saúde através de operadoras de planos de saúde, configuram uma expressiva saída da prestação da saúde do serviço e do bem público (SILVA; VIANA, 2018).

Com isso, evidencia-se que o consumo coletivo precisa ser reestruturado com intuito de evitar a fragmentação provocada pelo neoliberalismo nas instituições públicas e nos sistemas de proteção social. Faz-se necessário políticas sociais que tratem das recorrentes crises que ocasionam tantas desigualdades, direitos humanos oprimidos, pobreza e preconceitos em nosso país (SILVA; VIANA, 2018).

A Pandemia de SARS-Covid-2 que atinge o mundo, expressa claramente as desigualdades sociais deste sistema capitalista e de comercialização do ser social. A situação em que vivenciamos expõe a força que o poder político possui diante da vida, variando desde a busca pela proteção máxima até o descaso conservador e necropolítico pela ciência e pela vida. Cabe a nós, pesquisadores da área da saúde, desvendar os efeitos deste cenários (FABIANO, 2020).

Agora, vejamos especificamente sobre outro grupo que sofre o que se chama de

preconceito estrutural. A população negra teve origem fora do sistema de saúde, sendo estes um dos grupos vulneráveis. A mulher negra teve importante relevância por sua experiência histórica e cultural nas ações de cuidado e por serem as mulheres negras a parte expressiva de trabalhadoras de saúde. Houve e há grande participação da população negra no conjunto da população brasileira, sendo esta a que mais necessita do Sistema Único de Saúde. No entanto, apresentam os piores indicadores sociais e de saúde, decorrentes da segregação racial secular, sendo este grupo negligenciado das mais diversas formas (WERNECK, 2016).

Visando a elaboração de ações capazes de minimizar esta segregação social, podemos elencar algumas possíveis medidas: metas sanitárias para redução da morbimortalidade segundo raça e cor, ênfase para o grupo de mulheres negras, visando atingir a totalidade dos grupos diferenciados de mulheres negras; outra ação é a ampliação da cobertura das políticas de seguridade social segundo raça/cor e ampliação das noções de direito pelas mulheres negras e ampliação da participação de gestores negros (WERNECK, 2016).

Percebemos algumas ações ainda tímidas no que se refere ao enfrentamento dessa realidade, mas que são relevantes na busca de uma verdadeira igualdade material. Aliás, cabe explicarmos que não basta que tenhamos apenas uma igualdade formal (genérica e abstrata), conhecida como aquela igualdade perante a lei; é preciso que ocorra um verdadeiro tratamento igualitário dentro da lei quando de sua criação, que considere a realidade fática tal como ela é, aí consistindo a mencionada igualdade material. São as conhecidas ações afirmativas, que já consideram o desnivelamento que efetivamente ocorre no mundo dos fatos (da realidade mesmo) para se prever já na criação da própria lei mecanismos e ações afirmativas efetivas que busquem corrigir essas desigualdades.

Como mesmo afirmou Rui Barbosa, inspirado nos ensinamentos de Aristóteles, trata-se de quinhão desigualmente aos desiguais, na medida em que se desigualem. Apenas para exemplificarmos o que estamos falando, citamos a Lei Federal nº 12.990/2014, promulgada pela então Presidente da República Dilma Rousseff, que buscou exatamente corrigir uma profunda e secular desigualdade entre os seres humanos: por 10 anos, ficam reservados aos negros 20% das vagas oferecidas nos concursos públicos para provimento de cargos efetivos e empregos públicos no âmbito da administração pública federal, das autarquias, das fundações públicas, das empresas públicas e das sociedades de economia mista controladas pela União. É isso que significa uma igualdade material através de ações afirmativas. Isso somente ocorre quando se constata que realmente existe uma desigualdade no mundo dos fatos. Então, mesmo que de forma sutil e acanhada, nosso país começa a direcionar-se pela busca da concretização daqueles fundamentos de nossa própria República: assegurar o bem de todos e seus direitos fundamentais, sem preconceito de origem, raça, sexo, idade e quaisquer outras formas de discriminação (Constituição Federal, artigo 3, inciso IV, combinado com o seu artigo 5º).

Quando olhamos para a história das desigualdades, vem-nos em mente a revolução industrial que sempre visou o lucro e o sucesso da economia através da força de trabalho. As pessoas vulneráveis eram, e ainda são, submetidas a intensos níveis de exploração, desgastando profundamente as condições de saúde (Almeida, 1986).

3.3 O Sistema Único de Saúde e a Pandemia

Conforme MIRANDA (2019), os planos de saúde nunca foram uma ameaça para o Sistema Único de Saúde (SUS). São, na verdade, especializados em doenças. No mundo inteiro o setor privado concentra seus investimentos para tratar de doenças, induzido por demandas, e com isso mostra a necessidade de novas especialidades e tecnologias. Isso demonstra que a prática da promoção e prevenção em saúde é uma ação exclusiva do SUS, que visa proteger os indivíduos e grupos sociais mais vulneráveis e expostos a riscos. Promove também a reabilitação e reintegração destes na sociedade.

O SUS tornou-se útil para transferência de custos principalmente para as despesas referentes a terapias extremamente custosas como os transplantes, hemodiálises e outras terapias excepcionalmente caras. Uma privatização do sistema único de saúde seria interessante somente para o mercado especializado em doenças, que poderiam então oferecer planos populares que não atendessem às reais necessidades da população. Considerando a atual conjuntura brasileira e mundial, existe um risco societário, democrático, republicano e civilizatório que necessita ser enfrentado através da busca de convergências republicanas e políticas públicas (MIRANDA, 2019).

Com a chegada da pandemia em 2020 no Brasil, a necessidade de acesso a um sistema de saúde foi extremamente necessário: o Sistema Único de Saúde-SUS, que é sustentado nos seguintes pilares:

Universalidade, onde garante-se acesso a todos os brasileiros a um sistema de saúde de forma igualitária e sem nenhum tipo de discriminação, seja de raça, cor ou sexo. Nossa própria Constituição Federal preconiza que a saúde é direito de todos, estabelecendo que é um dever para o Estado, através de políticas que busquem a redução do risco de doenças e de outros males. Portanto, o Estado não possui uma mera possibilidade, mas sim um dever, uma obrigação de realizar ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Por isso que o pilar da universalidade ficou estabelecido no texto constitucional de nossa República.

Por sua vez, o pilar da integralidade denota que o atendimento às pessoas deve ocorrer de forma integral, no sentido de não ser restrito a algumas poucas especialidades. Ou seja, fica disponível desde serviços de saúde simples até os mais complexos, através de uma integração de esforços que abrange, por exemplo, desde o atendimento das Equipes de Saúde da Família até os serviços de unidade de tratamento intensivo em diversos hospitais.

Quanto ao pilar da Equidade, trata-se de um critério que busca estabelecer mais

justiça na distribuição das prestações sociais específicas da área de saúde, no sentido de se priorizar casos mais urgentes e que demandem pronto atendimento. É de se perceber que a equidade dá sentido e serve de fio condutor para a gestão de todo o sistema de saúde na busca de uma sociedade mais justa e solidária, tal qual o objetivo traçado pela nossa Constituição Federal (artigo 3º, inciso I).

Sobre o pilar da participação social, é de se referir que significa dar concretude ao nosso tão festejado regime democrático. Afinal, para que possamos realmente ter uma democracia, a participação social é *conditio sine qua non*, também sendo importante para decidir sobre como aplicar alguns recursos públicos. Isso pode ocorrer, por exemplo, através de associações de bairros ou sindicatos.

Por sua vez, o pilar da descentralização denota que o Sistema Único de Saúde deve estar disseminado por localidades diversas exatamente para que mais pessoas possam ter acesso, evitando-se, com isso, o risco de ocorrer privilégios. Daí que surge a importância das unidades básicas de saúde adequadamente distribuídas.

Por fim, quanto ao pilar da hierarquização, nada mais significa do que estabelecer uma forma de organizar esse sistema de saúde por níveis, para que possa funcionar adequada e satisfatoriamente, permitindo uma melhor administração de todos os recursos.

Feitas essas considerações, tivemos a oportunidade de visualizar aspectos sociais e de saúde pública sob uma perspectiva daqueles que não possuem adequada atenção das políticas públicas.

4 | CONCLUSÃO

Feitas essas considerações, tivemos a oportunidade de visualizar aspectos sociais e de saúde sob uma perspectiva daqueles que não possuem adequada atenção das políticas públicas. Isso nos permite fazermos reflexões sobre a utilização do poder social e político do Estado para acabar, de maneira indireta, determinando quem deve receber atendimento e quem não receberá; onde se aplicarão as políticas públicas e onde tais serviços não serão satisfatoriamente ofertados. Isso, ao final e ao cabo, inevitavelmente repercutirá sobre quem morrerá e quem viverá, mesmo que essa decisão não seja expressa e direta, pelo simples conseqüência lógico de que, para cada decisão, há as respectivas conseqüências.

Essa realidade velada e perversa, mesmo que não escancarada, ficou muito mais latente com o surgimento da pandemia do Coronavírus, em que se percebeu que pessoas menos assistidas e tangenciadas pela sociedade acabam sofrendo mais e, dramaticamente, morrendo mais. Portanto, apenas se transparece o que sempre existiu: uma desigualdade social brasileira de muitos contrastes. Tudo isso revela o que vem se expondo pela doutrina mais autorizada: a necropolítica, caracterizada por ser uma política velada, indireta, que acaba ocorrendo, muitas vezes, por condutas omissivas por parte de governos. Dentre algumas alternativas, após análise bibliográfica, foi possível identificar algumas medidas,

tais como metas sanitárias segundo raça e cor e a ampliação da cobertura de políticas de seguridade social também considerando raça e cor. Tudo isso se revela, portanto, como uma clara faceta do que acima explicamos: a igualdade material através de ações afirmativas, que inclusive é tida como um concreto objetivo de nossa República, estando prevista na própria Constituição Federal. Embora clássico, é um sólido legado deixado por Aristóteles e lembrado por Rui Barbosa: quinhoar desigualmente aos desiguais, na medida em que se desigualem.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA Filho, Naomar de. Bases históricas da Epidemiologia. **Cadernos de Saúde Pública**. 1986, v. 2, n. 3. DOI: 10.1590/S0102-311X1986000300004.
2. BARBOSA, Rui. Oração aos moços. **edição popular anotada por Adriano da Gama Kury**. – 5. ed. – Rio de Janeiro : Fundação Casa de Rui Barbosa, 1997.
3. FABIANO, Maria Lucia Alves. Vulnerabilidade social em tempos de pandemia.
4. Estado, América Latina e COVID-19. **Revista sures** n.15 (2020): Estado, América Latina e covid-19. <https://revistas.unila.edu.br/sures/issue/view/144>
5. MBEMBE, Achille. Necropolítica. **Arte & Ensaios** 2016; (32):123-51.
6. MIRANDA, Alcides Silva de. O SUS se tornou convenientemente útil para o mercado especializado em doenças. **Outra saúde**. 17 set 2019.
7. PRADO, M. A. M., MACHADO, F. V. Preconceito, invisibilidades e manutenção das hierarquias sociais. *In: Preconceito contra homossexualidades: A hierarquia da invisibilidade*. 2008, capítulo 4 pág.67.
8. SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Direito constitucional. Análise da constitucionalidade da reserva de vagas em concursos públicos federais para negros e pardos, a partir de uma perspectiva histórica e sociológica. LEI 12.990 de 2014
9. VIANA, A.L.A.S.; HUDSON, P. Meritocracia neoliberal e capitalismo financeiro: implicações para a proteção social e a saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2018, v. 23, n. 7, pp. 2107-2118. DOI:10.1590/1413-81232018237.07582018
10. WERNECK, G.L.; CARVALHO, M.S. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. **Cadernos de Saúde Pública**. 2020, v. 36, n. 5 DOI: 10.1590/0102-311X00068820
11. WERNECK, G. L.; CARVALHO, M. S. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, e00068820, mai. 2020. DOI: 10.1590/0102-311X00068820
12. WEINTRAUB, A. C. A. de M.; VASCONCELLOS, M. da P. Costa. Contribuições do pensamento de Didier Fassin para uma análise crítica das políticas de saúde dirigidas a populações vulneráveis. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**. 2013, v. 20, n. 03 DOI:10.1590/S0104-597020130003000016

13. WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**. 2016, v. 25, n. 3, pp. 535-549. DOI:<https://doi.org/10.1590/S0104-129020162610>.

CAPÍTULO 2

EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM GESTANTES ASSISTIDAS POR UMA EQUIPE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 01/08/2022

Ilka Kassandra Pereira Belfort

Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família - Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) de São Luís/MA. Docente da Laboro

Ilana Barros Moraes da Graça

Enfermeira do Centro de Saúde Vila São José em Paço do Lumiar e Hospital Universitário, Unidade Materno Infantil, da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e discente do Mestrado Profissional da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), nucleadora Universidade Federal do Maranhão

André Luiz Barros Sousa

Discente de Nutrição - Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

Clécio Miranda Castro

Cirurgião Dentista da Estratégia de Saúde da Família - Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) Governador Nunes Freire/MA e discente do Mestrado Profissional da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), nucleadora Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

Aline Sampieri Tonello

Docente do Mestrado Profissional da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), nucleadora Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

Sally Cristina Moutinho Monteiro

Docente do Mestrado Profissional da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), nucleadora Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

RESUMO: A gestação é um período complexo que envolve mudanças físicas, emocionais e sociais com dúvidas e expectativa, mitos e crenças. Sendo o pré-natal um momento imprescindível para promoção dos cuidados e orientações necessárias para sanar essas lacunas, garantindo a confiança entre a mulher e o profissional que o assiste. Assim, o presente trabalho teve como objetivo descrever atividades de educação em saúde com gestantes assistidas por uma equipe da Estratégia de Saúde da Família de São Luís/MA. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, com a participação de gestantes, profissionais de saúde de uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do Núcleo Ampliado em Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). O SPA Gestante contou com a presença de 12 gestantes, com média de idade de 23 anos, e seus acompanhantes. As atividades realizadas foram rodas de conversa, lanche coletivo na unidade básica de saúde e findou com Encontro para Piquenique e Registro Fotográfico (Book) individual das gestantes no Parque Estadual do Sítio Rangedor. O SPA Gestante fundamentou-se nos princípios da educação em saúde com o desenvolvimento de atividades que enaltecem o acolhimento, a criação de vínculo, a troca de saberes e experiências; bem como a importância do cuidado em saúde durante a gestação.

PALAVRAS-CHAVE: Gestação. Estratégia Saúde da Família. Acolhimento 3. Relato de Experiência.

ABSTRACT: Pregnancy is a complex period that involves physical, emotional and social changes

with doubts and expectations, myths and beliefs. Prenatal care is an essential moment to promote the care and guidance necessary to remedy these gaps, ensuring trust between the woman and the professional who assists her. Thus, the present study aimed to describe health education activities with pregnant women assisted by a team from the Family Health Strategy of São Luís/MA. This is a descriptive study, of the experience report type, with the participation of pregnant women, health professionals from a Family Health Strategy (ESF) and the Expanded Nucleus in Family Health and Primary Care (NASF-AB). The SPA Pregnant was attended by 12 pregnant women, with an average age of 23 years, and their companions. The activities carried out were conversation circles, collective snacks at the basic health unit and ended with a Picnic Meeting and Individual Photographic Record (Book) of pregnant women in the Sítio Rangedor State Park. The SPA Pregnant was based on the principles of health education with the development of activities that praised the reception, the creation of bonds, the exchange of knowledge and experiences; as well as the importance of health care during pregnancy.

KEYWORDS: Pregnancy. Family Health Strategy. Reception. Experience report.

INTRODUÇÃO

A gestação é uma condição que envolve mitos, dúvidas, crenças e expectativas, que podem estar diretamente relacionados ao contexto familiar e social. As informações, experiências e conhecimentos transmitidos por amigas, vizinhas, mãe e marido podem influenciar tanto positiva como negativamente no período gestacional. Assim, a assistência ao pré-natal se configura como primeiro passo para um parto e nascimento saudável, o qual tem por objetivo acolher a mulher desde o início da gestação, garantindo a manutenção do seu bem-estar físico e emocional, fornecendo ainda informações necessárias sobre todo processo que envolve esse período delicado e assim permitir um cuidado integral, resolutivo e participativo.¹

O pré-natal, deve ser entendido e interpretado não somente como uma consulta, mas também como uma grande oportunidade para garantia da autonomia e poder de decisões futuras necessárias envolvendo parto e puerpério.¹ A assistência ao pré-natal representa um espaço fundamental para a ocorrência de mudanças no núcleo do cuidado, com intuito de acolher a gestante, para que se possa garantir o exercício pleno de direito a uma atenção e atendimento de qualidade.²

Adicionalmente, o pré-natal permite um parto e nascimento saudáveis, com o mínimo de dano para o binômio mãe-bebê, ofertando apoio psicossocial além de atividades educativas e preventivas. Seu início deve ser precoce, visando a garantia dentre outras coisas, de uma adequada assistência e um número mínimo de 06 (seis) consultas com o objetivo de evitar eventos perinatais adversos.³

As consultas de pré-natal têm o potencial de aumentar a adesão ao programa de Humanização no pré-natal e nascimento e fortalecer o vínculo entre a gestante e a equipe de saúde, estabelecendo uma comunicação profissional efetiva que visa promover

autonomia para esta mulher em todo ciclo gravídico, facilitando inclusive a escolha pelo tipo de parto e os direitos do período gravídico-puerperal.⁴

Essa autonomia está relacionada com as orientações e estratégias utilizadas na propagação de informações pelos profissionais das equipes de saúde da família, além de ser um espaço de acolhimento humanizado, de escuta ativa e de valorização da subjetividade daquele núcleo familiar em formação. Dessa forma, a escuta qualificada e o acolhimento permitem relações interpessoais de qualidade entre gestante e equipe de saúde fortalecendo o vínculo e o cuidado integral.⁵ Nesse sentido, o objetivo do presente trabalho foi relatar a experiência de atividades de educação em saúde com gestantes assistidas por uma equipe da Estratégia de Saúde da Família de São Luís (MA).

DESENVOLVIMENTO

Tipo e local do estudo

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, sobre atividades de educação em saúde com a participação de gestantes, profissionais de saúde de uma ESF e integrantes do NASF-AB de São Luís/MA. Os cenários da experiência foram a unidade básica de saúde (UBS) Antônio Guanaré e o Parque Estadual do Sítio Rangedor.

Planejamento das atividades

O planejamento das atividades ocorreu entre novembro e dezembro de 2019. Foram realizados 03 encontros entre os membros da equipe (02 enfermeiras, 01 profissional de educação física, 01 assistente social, 01 terapeuta ocupacional, 01 dentista, 15 agentes comunitários de saúde e 01 gestor da unidade de saúde) para definir objetivos e ações a serem realizadas, busca de parcerias e criação de um nome para a atividade; bem como divisão das atribuições de cada membro da equipe. Também foram realizados 02 encontros entre as gestantes e a equipe da ESF com o objetivo de apresentar a proposta de educação em saúde e coletar sugestões e impressões sobre a realização deste tipo de atividade, abrindo assim, um espaço de diálogo e valorização dessas mulheres.

A equipe de saúde foi capacitada quanto às ações a serem realizadas (03 encontros na UBS) para que pudessem seguir uma padronização de condutas, habilidades e saberes. Enfatizou-se o respeito e a valorização do diálogo e da troca de conhecimentos, favorecendo o reconhecimento, a integridade e a individualidade das gestantes. O fluxograma das atividades realizadas encontra-se na Figura 1.

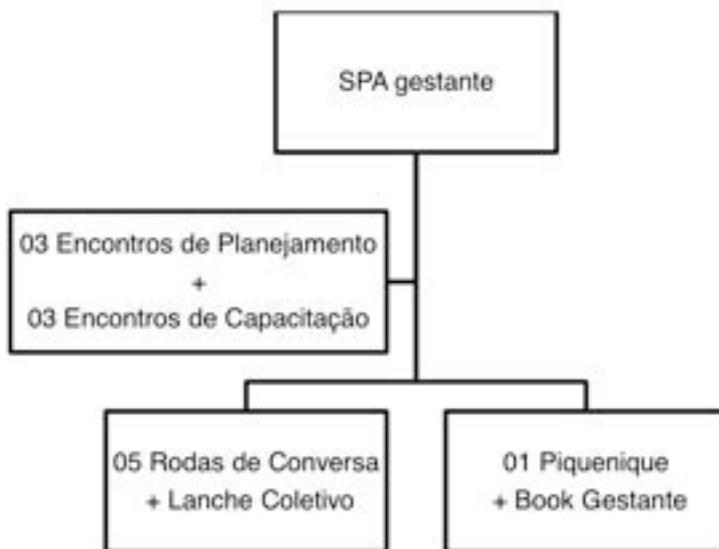


Figura 1 - Fluxograma das atividades realizadas no SPA Gestante

Fonte: elaborada pelo autor

A execução das atividades ocorreu entre janeiro e março de 2020 (antes do Decreto Estadual N° 35.672 de 19 de março de 2020, que declarou situação de calamidade no Estado do Maranhão em virtude do aumento de número de infecções pelo vírus H1N1, da existência de casos suspeitos de contaminação pela COVID-19). O convite para a participação na atividade foi realizado na recepção da UBS por meio de comunicação verbal entre gestantes e agentes comunitárias de saúde e cartazes com a informação de temas a serem abordados, datas e horários.

Descrição da experiência

A atividade foi nomeada “SPA Gestante”. Participaram do “SPA Gestante” 12 gestantes, com idade média de 23 anos, por vezes acompanhadas do cônjuge e/ou outros familiares. Todas apresentaram risco, de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde⁶, e neste grupo não houve caso de gestação gemelar ou aborto (espontâneo ou induzido).

O “SPA GESTANTE” foi composto por duas atividades:

- Atividade 1: Rodas de Conversa:

Foram realizadas cinco Rodas de Conversa na UBS, três na sala de espera e duas dentro do consultório de enfermagem. Os temas abordados foram: tipos de partos, violência obstétrica, aleitamento materno exclusivo até os seis meses, alimentação saudável e uso de métodos contraceptivos. No item alimentação foi discutido sobre alimentos para melhorar pirose, enjoos e sintomas que ocorrem principalmente no início da gestação.

O material utilizado foi constituído por cartazes e cards (cartões informativos).

Os cartazes foram produzidos em cartolina contendo figuras coloridas. Os cards foram construídos no software gratuito de edição online Canva (Figura 2 e Figura 3) e compartilhados com as participantes via rede social Whatsapp, nos grupos aos quais os profissionais da equipe da ESF faziam parte.



Figura 2 - Exemplos de cards convite compartilhados via rede social Whatsapp para incentivo na participação nas Rodas de Conversa

Fonte: elaborada pelo autor



Figura 3 - Exemplo de card informativo compartilhado via rede social *Whatsapp* sobre temas abordados nas Rodas de Conversa

Fonte: elaborada pelo autor

As Rodas de Conversas seguiram uma dinâmica interdisciplinar com a explanação dos temas supracitados e estímulo ao compartilhamento de vivências, valorizando a experiência de cada participante e levando a reflexão sobre a realidade da condição gravídica e os aspectos da vida, além de estimular a construção do conhecimento contemplando os aspectos subjetivos.

Cada roda de conversa teve a duração de aproximadamente duas horas (2 horas) incluindo: i) acolhimento com música oferecendo aproximação entre os presentes; ii) apresentação do tema proposto usando exposição dialogada estimulando a participação de todos e iii) lanche coletivo para valorizar o convívio e o vínculo entre as participantes e os profissionais de saúde. Durante o lanche, através de conversa informal, abordava-se quesitos da alimentação saudável e estimulava-se bons hábitos alimentares levando em conta os aspectos sócio econômicos de cada participante.

- Atividade 2: Piquenique seguido de registro fotográfico individual das gestantes:

Para valorizar o período gestacional, o “SPA Gestante” idealizou um registro fotográfico de cada gestante, o qual resultou em book fotográfico para cada uma delas, além de um piquenique no local. Esse momento foi promovido e acompanhado por uma equipe de saúde multiprofissional (enfermeiras, agentes comunitários de saúde, profissional de educação física, cirurgião dentista, assistente social e terapeuta ocupacional).

O registro das fotografias foi realizado pelos profissionais de saúde com a utilização de celular próprio no Parque Estadual do Sítio Rangedor em São Luís/MA, o qual possui uma grande área verde preservada (cerca de 120 hectares), oferecendo uma bela paisagem para a realização das atividades ao ar livre.

Para a produção da imagem de cada gestante, os profissionais de saúde levaram bijuterias, maquiagem, chapéus, tiaras, lenços, entre outros, os quais foram compartilhados com cada uma.

Posteriormente ao evento, as fotos digitais foram reveladas e doadas para as gestantes objetivando enaltecer e eternizar um momento tão importante como a gestação, além de destacar a beleza da mulher durante o desenvolvimento do bebê.

CONCLUSÃO

O “SPA Gestante” fundamentou-se nos princípios da educação em saúde com o desenvolvimento de atividades que puderam proporcionar trocas de experiências e saberes, cuidado em saúde durante a gestação, além do acolhimento humanizado e fortalecimento do vínculo entre as gestantes e a equipe de saúde. A experiência do piquenique com *book* fotográfico foi singular, pois foi possível testemunhar a mudança de atitude da mulher quanto a sua relação com o corpo e sua condição gestante, com elevação da autoestima e partilha de sensações e sentimentos.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a todas as mulheres que aceitaram participar desta vivência/atividade educacional e por terem compartilhado um pouco da sua história de vida conosco em um momento tão sensível e importante de suas vidas.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001; da Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão - Chamada Pública FAPEMA/MS-Decit/CNPq/SES nº 09/2020 - Programa Pesquisas para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde (PPSUS) e da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) de São Luís/MA.

REFERÊNCIAS

- Arraes MJ, Barros FLM, Arraes SA. Contribuições do Enfermeiro no pré-natal para a conquista do empoderamento da gestante. R de Pesq: cuidado é fundamental [online]. 2019 [acesso em 2021 dez. 07];11(2):432–440. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/6370>. doi: 10.9789/2175-5361.
- Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. [acesso em 2021 ago 31]. Disponível em: http://bvs.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf.
- Costa PCP, Garcia APRF, Toledo VP. Acolhimento e cuidado de enfermagem: um estudo Fenomenológico. Texto & contexto enferm [online]. 2016 [acesso em 2021 set. 01];25(1). Disponível em: <<https://www.scielo.br/tce/a/3GvY54tXyc38jRr5kdbNyhj/?lang=pt>>
- Espinosa CB, Oliveira DS, Almeida BR. Importância do pré-natal ofertado pelo Sistema Único de Saúde–SUS. Cad Camilliani [internet]. 2021 [acesso em 2022 abr. 27];17(1):1771-1787. Disponível em: <<http://www.saocamilo-es.br/revista/index.php/cadernoscamilliani/article/view/340>>
- Livramento DVP, Backes MTS, Damiani PR, Castillo LDR, Backes DS, Simão AMS. Percepções de gestantes acerca do cuidado pré-natal na atenção primária à saúde. Rev Gaúcha Enferm [internet]. 2019 [acesso em 2021 set. 01];40. Disponível em: <<https://www.scielo.br/rjrgenf/a/BBmdvmww53KqpSdCrLYJZ5s/?format=pdf&lang=pt>>
- Roncalli AA, Oliveira DN, Silva ICM, Brito RF, Viegas SMF. Protocolo de Manchester e população usuária na classificação de risco: visão do enfermeiro. Rev baiana enferm [internet]. 2017 [acesso em 2022 fev. 02];31(2):1-10. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/16949/14511>. doi: <https://doi.org/10.18471/rbe.v31i2.16949>
- Silva MZNS, Andrade AB, Bosi MLM. Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na atenção básica. Saúde Debate [internet]. 2014 [acesso em 2021 set. 01];38(103):805-816. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/6BgBmDLztSMYGcqMRJfdwd/?format=pdf&lang=pt>>

TRABALHO REMOTO DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 01/08/2022

Thaís Veras de Moraes Rezende

Hospital Universitário Professor Alberto
Antunes (HUPAA)
Maceió-AL
<http://lattes.cnpq.br/7640633703667136>

RESUMO: Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) classificou a disseminação do novo subtipo de coronavírus (SARS-CoV-2), causador da doença COVID-19, como uma pandemia. Profissionais vulneráveis, tais como as gestantes, tiveram seu direito de se afastar das atividades que lidassem de forma direta com o novo vírus. Objetivo: Relatar a experiência do trabalho remoto por uma profissional fisioterapeuta gestante durante a pandemia da COVID-19. Metodologia: Estudo descritivo, exploratório, do tipo relato de experiência. Resultados e Discussão: A profissional em trabalho remoto contribuiu com a elaboração de Protocolos Operacionais Padrão (POP) de manejo da COVID-19, confecção de materiais educativos; participou de cursos e capacitações à distância. Conclusão: A experiência do trabalho remoto na área da fisioterapia fortaleceu a educação permanente e favoreceu a criação de protocolos assistenciais para o embasamento dos profissionais que estavam na linha de frente, garantindo segurança para os mesmos e os pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Trabalho remoto; Pandemia; Fisioterapia; COVID-19; Isolamento

social.

REMOTE WORK DURING THE COVID-19 PANDEMIC: EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: On March 11, 2020, the World Health Organization (WHO) classified the spread of the new coronavirus subtype (SARS-CoV-2), which causes the disease COVID-19, as a pandemic. Vulnerable professionals, such as pregnant women, had the right to withdraw from activities that dealt directly with the new virus. Objective: To report the experience of remote work by a pregnant physical therapist during the COVID-19 pandemic. Methodology: Descriptive, exploratory, experience report type study. Results and Discussion: Theremote work professional contributed to the elaboration of Standard Operational Protocols (SOP) for the management of COVID-19, preparation of educational materials; participated in distance learning courses and training. Conclusion: The experience of remote work in the field of physiotherapy strengthened continuing education and favored the creation of care protocols for the foundation of professionals who were on the front line, ensuring safety for them and patients.

KEYWORDS: Remote work; Pandemic; Physiotherapy; COVID-19; Social isolation.

INTRODUÇÃO

Um novo subtipo de coronavírus (SARS-CoV-2), causador da doença COVID-19, surgiu no final de 2019. Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS)

classificou sua disseminação como uma pandemia. (WHO, 2020)

Trata-se de um vírus de alta transmissibilidade e letalidade, sendo que os grupos com comorbidades são mais vulneráveis as formas severas da doença. (ESTRELA et al, 2020). Desde o início da pandemia, a OMS indicou a adoção de medidas econômicas, políticas, sociais e sanitárias que tinham o distanciamento social como uma das medidas mais importantes de redução da probabilidade de disseminação do vírus. (PEREIRA, M.D. et al, 2020)

Os profissionais de saúde, por constituírem a linha de frente de enfrentamento à pandemia, estão entre os grupos com maior probabilidade de se infectar pela doença e, representam uma parcela expressiva do número de casos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020)

Agestação, devido às alterações fisiológicas, imunológicas e cardiopulmonares, torna a mulher mais susceptível a infecções graves, e mesmo os sintomas leves de COVID-19 podem trazer consequências importantes para o binômio mãe-feto. (RODRIGUES, L.O.V. et al., 2021) Por conta do risco elevado de morbimortalidade, o Ministério da Saúde classificou as gestantes em todas as idades gestacionais como grupo de risco para a doença. (ESTRELA et al, 2020).

Profissionais com situação de maior vulnerabilidade, tais como as gestantes, tiveram seu direito de se afastar das atividades que lidassem de forma direta com o novo coronavírus, conforme orientado pelo Conselho Nacional de Saúde no Parecer Técnico nº 128/2020. (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2020)

Neste contexto, o trabalho remoto – *home-office* ou teletrabalho, que é aquele realizado à distância com o auxílio das tecnologias de informação-comunicação, manifestou-se como uma inovação das atividades laborais nos serviços de saúde, contribuindo para a execução de protocolos assistenciais diminuindo o contágio e a proliferação do vírus. (SCARCELLA M.F.S., LAGO P.N., 2020)

OBJETIVO

O objetivo desse estudo é relatar a experiência do desenvolvimento do trabalho remoto por uma profissional fisioterapeuta gestante em um hospital público federal durante a pandemia da COVID-19.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, exploratório, do tipo relato de experiência, em um Hospital Universitário Federal da cidade de Maceió, Alagoas. O relato foi baseado na experiência de uma fisioterapeuta gestante em regime de trabalho remoto devido a pandemia da COVID-19, no período de março a maio de 2020.

Por se tratar de um relato de experiência, não houve aplicação de termo de

consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Devido a pandemia da COVID-19, os serviços de saúde tiveram que aderir a medidas de proteção e promoção à saúde dos seus trabalhadores. Os profissionais com maior vulnerabilidade, tais como as gestantes, tiveram o afastamento da assistência direta a paciente assegurado. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020)

O HUPAA, instituição federal pública de assistência à saúde, seguindo as recomendações governamentais, afastou as colaboradoras gestantes dos locais de trabalho e das atividades que lidam diretamente com o novo coronavírus. Assim, a profissional do estudo iniciou o trabalho remoto, evitando a exposição no âmbito hospitalar tendo em vista pertencer ao grupo de risco (gestação).

A colaboradora em trabalho remoto contribuiu com a elaboração de Protocolos Operacionais Padrão (POP) de manejo da COVID-19 e de outros protocolos relacionados à assistência fisioterapêutica, além da confecção de materiais educativos; participou de cursos e capacitações à distância e, construção de escalas de trabalho dos fisioterapeutas. Esse processo foi fundamental para garantir a segurança da profissional pertencente ao grupo de risco, e importante para o serviço, visto que oportunizou produção de conteúdo técnico e científico para os profissionais que estavam na assistência direta aos pacientes com COVID-19.

CONCLUSÃO

No contexto da pandemia da COVID19, a possibilidade da realização do trabalho remoto é uma inovação das atividades laborais na área da saúde, contribuindo para o isolamento social e, preservando a saúde de trabalhadoras gestantes.

A experiência do trabalho remoto na área da fisioterapia fortaleceu a educação permanente e favoreceu a criação de protocolos assistenciais para o embasamento dos profissionais que estavam na linha de frente, garantindo segurança para os mesmos e os pacientes, bem como segurança para a profissional gestante que não foi exposta ao ambiente hospitalar.

REFERÊNCIAS

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Recomendação nº 020, de 07 de abril de 2020. Recomenda a observância do Parecer Técnico nº 128/2020, que dispõe sobre as orientações ao trabalho/atuação dos trabalhadores e trabalhadoras, no âmbito dos serviços de saúde, durante a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional em decorrência Doença por Coronavírus – COVID-19. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1103-recomendac-a-o-no-020-de-07-de-abril-de-2020>. Acesso em: 11 ago. 2021.

ESTRELA, F.M., *et al.* **Gestantes no contexto da pandemia da Covid-19: reflexões e desafios.**

Physis, v. 30, n. 2, p. 3, 2020. Disponível em: < https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312020000200314&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt >. Acesso em: 03 jun. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. **Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de COVID-19 e outras síndromes gripais.** Abr. 2020. Disponível em: <http://www.saude.go.gov.br/files/banner-coronavirus/GuiaMS-Recomendacoesdepotecaotrabalhadore-COVID-19.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2021.

PEREIRA, M.D. *et al.* **A pandemia de COVID-19, o isolamento social, consequências na saúde mental e estratégias de enfrentamento: uma revisão integrativa.** Res Society Dev., 9 (7): 1-35, 2020. DOI: <https://rsd.unifei.edu.br/index.php/rsd>. Acesso em: 03 jun. de 2021.

RODRIGUES, L.O.V. *et al.* Vulnerabilidades para Gestantes e Puérperas frente a Pandemia por Covid-19. In.: CASTRO, L.H.A (org). **Ações e experiências para o enfrentamento da pandemia de COVID-19/Vol. 4.** Ponta Grossa - PR: Atena, 2021. Disponível em: <https://www.atenaeditora.com.br/post-artigo/53191>

SCARCELLA, M.F.S., LAGO, P.N Atuação da enfermagem em trabalho remoto no contexto da Pandemia COVID-19. **Revista Nursing**, v. 23 (267): 4514-4517, jul./2020. DOI: <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i267p4514-4521>. Acesso em: 28 set. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). WHO Director-General's statement on IHR Emergency Committee on Novel Coronavirus (2019-nCoV) Geneva: WHO; 2020. Disponível em: [https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ih-emergency-committee-on-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ih-emergency-committee-on-novel-coronavirus-(2019-ncov)). Acesso em: 28 set. 2021

ATENDIMENTO REMOTO EM UMA UNIDADE DE FARMÁCIA-ESCOLA: CAMINHOS E DESAFIOS PARA IMPLANTAÇÃO NO SUS

Data de aceite: 01/08/2022

Data de submissão: 11/07/2022

Heloise Buskievicz Guerra

Universidade Estadual do Centro-Oeste,
Departamento de Farmácia
Guarapuava – PR
<http://lattes.cnpq.br/3375280180586996>

Daniel de Paula

Universidade Estadual do Centro-Oeste,
Departamento de Farmácia
Guarapuava – PR
<https://orcid.org/0000-0001-6464-4524>

Tuane Bazanella Sampaio

Universidade Estadual do Centro-Oeste,
Departamento de Farmácia
Guarapuava – PR
<https://orcid.org/0000-0002-6149-9226>

RESUMO: Com o surgimento da pandemia da Covid-19 e o isolamento social decorrente dela, o contato entre o profissional farmacêutico e os pacientes foi dificultado, gerando a necessidade de implantar novos meios de comunicação. Neste contexto, este trabalho é um relato de experiência da implantação do atendimento remoto realizado por estudantes e professores da Farmácia-Escola da Universidade Estadual do Centro-Oeste do Paraná (FARMESC-UNICENTRO) no ano de 2021. Para isso, a população de pacientes atendidos nos anos de 2018 a 2021 foi caracterizada quanto a idade, sexo, medicamentos retirados e aderência

ao aplicativo de mensagens instantâneas WhatsApp®. Ao todo 1241 pacientes retiraram medicamentos na FARMESC-UNICENTRO, sendo a maioria do sexo feminino e com idade superior a 60 anos. Destes, 51,1% dos pacientes utilizavam o aplicativo WhatsApp®, possibilitando a implantação de um novo canal de comunicação entre o farmacêutico e os pacientes. Adicionalmente, foi realizada a caracterização medicamentosa dos 348 pacientes polimedicados com o intuito de prestar um atendimento remoto mais assertivo às suas necessidades. Por fim, além de informes gerais quanto a horários e serviços, o atendimento remoto propiciou a realização da assistência farmacêutica por meio do esclarecimento de dúvidas dos pacientes e elevou consideravelmente o número de atendimentos presenciais na FARMESC-UNICENTRO.

PALAVRAS-CHAVE: Teleatendimento; Assistência farmacêutica; Covid-19; Distanciamento social; Polifarmácia.

REMOTE CARE IN A PHARMACY SCHOOL UNIT: ROADS AND CHALLENGES FOR IMPLEMENTATION ON HEALTH CARE SYSTEM

ABSTRACT: With the emergence of the Covid-19 pandemic and the social isolation resulting from it, the contact between the pharmaceutical professional and the patients was hampered, implicating the need to implement new means of communication. In this context, this work is an experience report of the remote care implementation performed by students and professors of the Pharmacy-School of the

Universidade Estadual do Centro-Oeste do Paraná (FARMESC-UNICENTRO) in 2021. For this, the population of patients attended in the years 2018 to 2021 was characterized regarding the age, gender, drugs withdrawn, and adherence to the WhatsApp® instant messaging app. A whole 1242 patients withdrew drugs at FARMESC-UNICENTRO, most of them female and over 60 years of age. Of these, 51,1% of patients used the WhatsApp® application, enabling the implementation of a new communication channel between the pharmacist and the patients. Additionally, it was performed the drug characterization of the 348 polymedicated patients in order to offer remote care more assertive to their needs. Lastly, besides to general reports on schedules and services, remote care provided the realization of pharmaceutical assistance through the doubts clarification of patients and considerably increased the number of face-to-face visits at FARMESC-UNICENTRO.

KEYWORDS: Call center; Pharmaceutical assistance; Covid-19; Social distancing; Polypharmacy.

1 | INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define assistência farmacêutica como o grupo de serviços e atividades com foco no medicamento, destinados a apoiar as ações da saúde que demanda a comunidade, as quais devem ser efetivadas através da entrega expedita e oportuna dos medicamentos a pacientes hospitalizados e ambulatoriais, garantindo os critérios de qualidade na farmacoterapia (OLIVEIRA, BERMUDEZ e OSORIO-DE-CASTRO, 2007). No Brasil, a definição e o respaldo para a AF foram conferidos primariamente pela Política Nacional de Medicamentos (PNM) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998), sendo posteriormente - em 2004 - instituída a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Com isso, a atuação do profissional farmacêutico como membro da equipe multiprofissional tem se consolidado, favorecendo a realização da Atenção Farmacêutica (AF) (CHAGAS, 2013). A AF é definida como uma atividade pertencente à Assistência Farmacêutica, configurando uma grande área composta por duas subáreas complementares, sendo a AF relacionada à utilização correta e racional do medicamento, uma área de atuação privativa do farmacêutico (BOVO, WISNIEWSKI e MORSKEI, 2009).

No entanto, a partir de dezembro de 2019, o cenário da saúde mundial passou por uma intensa transformação. Na China, foram identificados casos de uma nova doença respiratória aguda provocada por um novo coronavírus (SARS-CoV-2), que foi denominada como Covid-19 (do inglês, *coronavirus disease 2019*). Embora, em um primeiro momento, ela tenha sido considerada uma epidemia; em março de 2020, a OMS declarou que a Covid-19 havia se tornado uma pandemia (CUCINOTTA & VANELLI, 2020). Deste então uma série de medidas de biossegurança passaram a ser adotadas, dentre elas destacaram-se o uso de álcool 70° INPM, de máscaras para proteção da via respiratória e o distanciamento social (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2020).

Neste contexto, os profissionais de saúde - incluindo os farmacêuticos - buscaram outras formas de atender seus pacientes, visando a continuidade e a qualidade das atividades relacionadas a AF (RUBERT, DEUSCHLE e DEUSCHLE, 2020). Segundo legislação do Estado do Amazonas (2021), define-se teletrabalho ou atendimento remoto a prestação de serviços preponderantemente fora das dependências do empregador, com a utilização de tecnologias de informação e de comunicação que, por sua natureza, não se constituam como trabalho externo. Entretanto, a farmácia ou drogaria não é dispensada de possuir um farmacêutico responsável técnico de forma presencial no estabelecimento (ESTADO DO AMAZONAS, 2021). Ainda, em Nota Técnica N°6/2021, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) orientou que nos serviços de assistência à pacientes de doenças crônicas, serviços de gerenciamento de medicamento e em outros serviços que não requerem encontros pessoais sejam priorizados o uso do atendimento remoto (ANVISA, 2021).

Portanto, considerando a dificuldade de contato presencial entre o profissional farmacêutico e os pacientes causada pelo distanciamento social decorrente da pandemia da Covid-19, emergiu o projeto de extensão para a implantação do atendimento remoto na Farmácia-Escola da Universidade Estadual do Centro-Oeste do Paraná – *campus* CEDETEG (FARMESC-UNICENTRO), localizada no município de Guarapuava/PR. Sendo assim, o presente trabalho visa relatar a experiência do atendimento remoto prestado por estudantes e professores, juntamente com a AF, na FARMESC-UNICENTRO durante a pandemia da Covid-19; destacando os caminhos utilizados para tal e os desafios enfrentados para sua inserção no Sistema Único de Saúde (SUS).

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

O presente trabalho é constituído por um relato de experiência sobre a implantação do atendimento remoto via aplicativo de mensagens instantâneas em uma unidade de farmácia-escola. As atividades relatadas foram realizadas na FARMESC-UNICENTRO, localizada no município de Guarapuava/PR, por 2 professores e 5 discentes do 4° e 5° ano do curso de graduação em Farmácia da UNICENTRO durante o período de abril a agosto de 2021.

A cidade de Guarapuava possui uma população estimada em 183 mil habitantes em 2021, está localizada na região centro-sul paranaense e seu IDHM (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal) é de 0,731, sendo considerado alto (IBGE, 2010). O município de Guarapuava, a UNICENTRO e, conseqüentemente, a FARMESC-UNICENTRO foram afetados desde o primeiro período de *lockdown*, que iniciou em 21 de março de 2020 em todo o Estado do Paraná (DECRETO N° 4317, 2020), gerando a necessidade de novos meios de contato entre o farmacêutico e o paciente que propiciasse a adoção do distanciamento social e a manutenção da AF, à exemplo do atendimento remoto.

Para implantação do atendimento remoto foi utilizado o prontuário digital *Fast Medic* - Sistema de Gestão de Saúde Pública para a obtenção dos dados dos pacientes que haviam retirado medicamentos na FARMESC-UNICENTRO entre os anos de 2018 e 2021. Deste foram extraídos: nome, idade, sexo, número de contato telefônico e medicamentos retirados. A seguir, definiu-se a utilização do aplicativo de mensagens instantâneas WhatsApp® como meio de comunicação do farmacêutico com o paciente. Assim, com o uso de um *smartphone*, realizou-se o cadastro de cada paciente, contendo nome e número de telefone.

Os gráficos e a análise estatística foram realizados com o *software* Graphpad Prisma®. Os dados, quando cabível, estão expressos como média \pm desvio padrão da média (D.P.). Valor de *p* inferior a 0,05 ($p < 0,05$) foi considerado estatisticamente significativo. Os resultados deste estudo estão inclusos no projeto integrado de ensino-pesquisa-extensão na área de AF da UNICENTRO, que objetiva a implantação das novas diretrizes curriculares e curricularização da extensão no curso de graduação em Farmácia (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2017). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa – COMEP/ UNICENTRO, sob CAAE 07005118.2.0000.0106 e protocolo de aprovação no 3.407.022, de 29 de março de 2019.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com o intuito de retomar o contato – que foi impactado pela pandemia da Covid-19 – do profissional farmacêutico com a comunidade na FARMESC-UNICENTRO e propiciar a realização da AF pelos alunos de graduação em Farmácia, implantou-se o atendimento remoto. Para isso, inicialmente, foi realizada a caracterização da população atendida na Farmácia-Escola durante os anos de 2018 a 2020.

Ao todo, 1241 pacientes retiraram medicamentos na FARMESC-UNICENTRO no período analisado, sendo em média $62,15 \pm 1,83\%$ do sexo feminino e $38,85 \pm 1,83\%$ do sexo masculino (Tabela 1). Em relação a idade, observou-se uma prevalência de pacientes entre 60 e 90 anos de idade. Considerando a classificação etária estabelecida pela OMS (DYUSSENBAYEV, 2017), no período de 2018 a 2021 houve somente $0,34 \pm 0,48\%$ de atendimentos de crianças (nascimento até 13 anos de idade), $3,01 \pm 1,88\%$ dos pacientes atendidos eram jovens entre 13 e 24 anos de idade, adultos jovens (25 a 44 anos de idade) corresponderam a $9,02 \pm 4,46\%$ dos pacientes que retiraram medicamentos neste período e $12,14 \pm 2,96\%$ de adultos entre 45 e 60 anos de idade foram atendidos. Ainda, idosos (60 a 75 anos de idade) e senis (75 a 90 anos de idade) representaram as faixas etárias prevalentes de pacientes atendidos durante o período analisado, correspondendo em média a $45,97 \pm 3,65\%$ e $29,54 \pm 3,16\%$, respectivamente. Pessoas com 90 anos ou mais configuraram apenas $0,90 \pm 1,24\%$ dos pacientes atendidos na FARMESC-UNICENTRO entre 2018 e 2021 (Tabela 1).

	2018	2019	2020	2021	Média ± D.P.
Sexo (%)					
Feminino	59,87	61,59	63,11	64,05	62,15 ± 1,83
Masculino	40,13	38,41	36,89	35,95	37,85 ± 1,83
Faixa etária (%)					
1 – 13 anos	1,01	0,35	0,0	0,0	0,34 ± 0,48
13 – 24 anos	3,15	0,53	3,23	5,11	3,01 ± 1,88
25 – 44 anos	14,21	7,96	10,35	3,55	9,02 ± 4,46
45 – 60 anos	11,21	10,79	10,03	16,51	12,14 ± 2,96
60 – 75 anos	43,76	49,56	48,54	42,02	45,97 ± 3,65
75 – 90 anos	26,16	30,98	27,83	33,21	29,54 ± 3,16
90 anos ou mais	2,63	0,0	0,0	0,98	0,90 ± 1,24

Todos os dados estão expressos em %.

Tabela 1: Caracterização da população de pacientes atendidos na FARMESC-UNICENTRO durante os anos de 2018 a 2021 quanto a sexo e faixa etária.

Adicionalmente, buscou-se conhecer o perfil medicamentoso dos pacientes polimedicados atendidos na FARMESC-UNICENTRO. De acordo com a OMS, a polifarmácia é definida como o uso simultâneo e rotineiro de quatro ou mais medicamentos pelo paciente, sejam eles prescritos ou não (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017). Considerando esta definição, 348 pacientes (28,04%) da FARMESC-UNICENTRO foram enquadrados no critério da polifarmácia, sendo 7 a média de medicamentos utilizados por cada um.

Ainda, ao todo 110 diferentes tipos de medicamentos foram retirados por estes pacientes. Destes, losartana 50 mg (202), omeprazol 20 mg (148), ácido acetilsalicílico 100 mg (124), sinvastatina 20 mg (116), hidroclorotiazida 25 mg (113), anlodipino 5 mg (110), metformina 850 mg (79), sinvastatina 40 mg (74), ibuprofeno 600 mg (65), atenolol 50 mg (61), paracetamol 500 mg (59), levotiroxina 25 mcg (52), espironolactona 25 mg (51) e amitriptilina 25 mg (50) foram, respectivamente, os medicamentos retirados em maior quantidade. Os números entre parênteses referem-se ao total de pacientes que retiraram o medicamento em questão. Todas as medicações possuíam forma farmacêutica sólida. De fato, Horst et al. (2021) reportaram que estes mesmos medicamentos configuravam os principais fármacos utilizados pela população assistida por instituições sociais no município de Guarapuava/PR no ano de 2019.

Com base nos medicamentos retirados em maior quantidade pelos pacientes polimedicados, sugere-se uma prevalência de diagnósticos de hipertensão arterial, com risco cardiovascular elevado, diabetes mellitus, dislipidemias, alterações da função

tireoidiana e transtornos de humor, como depressão e ansiedade. Ainda, o medicamento omeprazol pode estar associado a diagnósticos de gastrite, úlceras gástricas, duodenais e refluxo gastroesofágico. No entanto, quando se refere a polifarmácia, geralmente o objetivo principal da sua prescrição é a gastroproteção. De importância, nossos dados sugerem que os pacientes atendidos na FARMESC-UNICENTRO possuem as doenças crônicas mais prevalentes na população adulta (18 anos ou mais) brasileira. Segundo dados do IBGE (2020), 23,9% dos indivíduos são diagnosticados com hipertensão arterial, 14,6% com hipercolesterolemia, 10,2% com depressão, 7,7% com diabetes mellitus e 5,3% apresentam algum tipo de doença cardiovascular.

Entretanto, quando comparamos a caracterização da população atendida na FARMESC-UNICENTRO entre os anos de 2018 e 2021 com outros estudos, percebemos uma grande variabilidade entre os dados. Por exemplo, em oposição aos 28,04% de pacientes polimedicados identificados em nosso estudo, Nascimento et al. (2017) encontraram que somente 9,4% dos usuários da atenção primária do SUS eram polimedicados. Por outro lado, a porcentagem de pacientes que faziam uso de polifarmácia atendidos na Farmácia Regional do município de Sinop/MT variou entre 5,09% e 50,11% ao longo dos anos de 2014 a 2016 (SANTOS, 2017), demonstrando uma grande flutuação da população de polimedicados. Ademais, há consenso que a polifarmácia é mais prevalente em idosos (60 anos ou mais) havendo uma correlação positiva entre o número de medicamentos utilizados pelo paciente e a aumento da sua idade (NASCIMENTO et al., 2017; SANTOS, 2017). Logo, considerando que cerca de 75% da população de pacientes atendida na FARMESC-UNICENTRO é composta por idosos com 60 anos ou mais, esse fato pode justificar a taxa de pacientes polimedicados identificados em nosso estudo.

A polifarmácia pode ocasionar diversos problemas relacionados aos medicamentos, implicando na importância do acompanhamento farmacoterapêutico para a promoção de um tratamento medicamentoso que seja eficaz e seguro ao paciente (DOS SANTOS et al., 2021). Neste contexto, devido ao distanciamento social decorrente da pandemia da Covid-19, a AF foi prejudicada pela redução do fluxo de pacientes atendidos de forma presencial (ROSSIGNOLI et al., 2020), sugerindo um impacto ainda maior na adesão dos usuários de medicamentos de uso contínuo, como aqueles utilizados pelos pacientes polimedicados (RUIZ, DE SOUZA e DE PAIVA, 2021).

De fato, em uma análise fragmentada por ano do número de atendimentos realizados na FARMESC-UNICENTRO percebemos o impacto que a pandemia da Covid-19 teve sobre a AF. Conforme demonstrado na Figura 1, no ano de 2018 foram realizados 1892 atendimentos, em 2019 foram 1368 atendimentos com retiradas de medicamentos e em 2020 esse número caiu bruscamente para somente 805 atendimentos no ano. Ou seja, com o advento da pandemia da Covid-19 ocorreu uma redução de 41,91% no número total de atendimentos realizados na FARMESC-UNICENTRO, quando comparado o ano de 2020 com o ano de 2019.

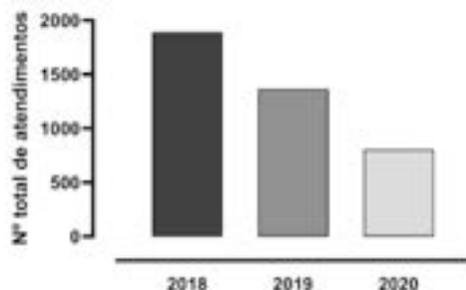


Figura 1: Número total de atendimentos por ano realizados na FARMESC-UNICENTRO durante o período de 2018 a 2020.

Neste contexto, guiados pela necessidade de amparar a população, alguns locais adotaram o atendimento remoto para a realização da AF, visando retomar o contato do profissional farmacêutico com o paciente (AMAZONAS, 2021; GOSENHEIMER, RIGO e SCHNEIDERS, 2021). Na FARMESC-UNICENTRO, a implantação do atendimento remoto teve início em 26 de abril de 2021, estando amparada pela nota técnica N° 6 de 2021 da ANVISA.

Primeiramente, foi verificada a disponibilidade do aplicativo de mensagens instantâneas WhatsApp® pelos pacientes que retiraram medicamentos no período de 2018 a 2020. Do total de pacientes atendidos neste período, foi encontrado que 51,1% utilizavam o aplicativo WhatsApp®, 35,2% deles possuíam o cadastro incompleto (não sendo discriminado o número de telefone) e 13,6% não possuíam o aplicativo WhatsApp® no número informado no prontuário ou não foram encontrados no sistema ou mudaram de cidade de domicílio ou haviam falecido (Figura 2). Ainda, 27,64% dos pacientes polimedicados com 4 ou mais medicamentos possuíam o aplicativo de mensagens instantâneas WhatsApp®, 38,19% tinham o cadastro incompleto no sistema e 34,17% não possuíam acesso ao aplicativo de mensagens ou não foram encontrados.

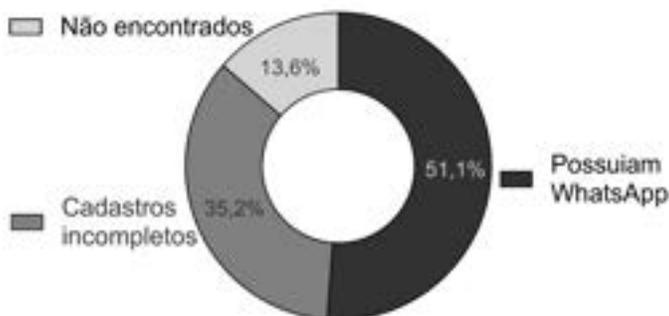


Figura 2: Adesão ao aplicativo de mensagens instantâneas WhatsApp® pelos pacientes atendidos na FARMESC-UNICENTRO durante o período de 2018 a 2020.

A seguir, foram realizados os cadastros dos pacientes aderentes ao aplicativo WhatsApp® no *smartphone*, inserindo seus nomes e telefones, e iniciados os contatos remotos. Foram elaboradas mensagens simples e diretas informando os pacientes sobre o horário de funcionamento da FARMESC-UNICENTRO e os serviços farmacêuticos fornecidos, tais como a aferição de pressão arterial, glicemia capilar e temperatura corporal. Alguns pacientes retornaram relatando que não utilizavam mais o medicamento que haviam retirado anteriormente ou agradecendo pelas informações.

De especial interesse, o atendimento remoto também propiciou a realização da AF, por meio do esclarecimento de dúvidas dos pacientes sobre modo de uso e disponibilidade de medicamentos e validade dos receituários. Desta forma, a AF realizada através do atendimento remoto proporcionou tanto uma nova forma de contato do profissional farmacêutico com a comunidade como uma via alternativa de ensino em tempos de pandemia e distanciamento social, exigindo que professores e estudantes tivessem que desenvolver novas habilidades para a realização e facilitação desse tipo de atendimento, até então desconhecido pela comunidade.

Embora de extrema valia, durante o período de implantação do atendimento remoto também foram encontradas algumas dificuldades. Um dos principais limitadores para a expansão do projeto e maior acesso aos pacientes foi o cadastro incompleto (sem número de telefone), número de telefone fixo e/ou sem o aplicativo WhatsApp® associado ao número de telefone cadastrado no sistema, que vincularam 48,9% da população inicialmente caracterizada. Tal dado deflagra a fragilidade do Sistema de Gestão de Saúde Pública *Fast Medic*, mas também expõe o analfabetismo digital, a falta de acesso à informação, à aparelhos digitais e à rede de internet. Ainda, Norbah Filho (2021) sugere que há muito caminho a ser percorrido para que o teleatendimento em saúde se torne comum na vida dos brasileiros, devido ao isolamento de comunidades, a desconfiança de pacientes mais velhos com o novo, o conservadorismo, a falta de investimento governamental e interesse dos profissionais.

Nesta atividade extensionista participaram alunos do 4º e 5º ano do curso de graduação em Farmácia, que relataram o impacto deste projeto em sua formação profissional. Destacam-se os seguintes fragmentos dos relatos:

“As atividades desenvolvidas durante esse período foram de grande aprendizagem, tanto profissional como pessoal, pois foi colocado em prática o conhecimento teórico adquirido dentro da sala de aula.” (Aluna do 5º ano)

“Foi possível manter o contato com os pacientes mesmo à distância, podendo exercer as atividades relacionados ao serviço farmacêutico. Esse conhecimento adquirido auxiliará para o atendimento ao paciente em um futuro próximo.” (Aluna do 4º ano)

“A partir da realização desse projeto e da execução do atendimento farmacêutico remoto foi possível observar como é realizada a assistência farmacêutica à população que necessita retirar medicamentos na FARMESC, agregando

A implantação do atendimento remoto na FARMESC-UNICENTRO foi a forma de adaptação encontrada por professores e alunos para contornar, ao menos em partes, as dificuldades de contato com o paciente impostas pela pandemia da Covid-19. Ao todo, 69 decretos relacionados a pandemia da Covid-19 ocorreram no município de Guarapuava/PR desde 17 março de 2020 até 12 julho de 2021 (PREFEITURA DE GUARAPUAVA, 2022).

Na FARMESC-UNICENTRO, pode-se perceber que os períodos de *lockdown* diminuíram o número de pacientes que procuravam os serviços farmacêuticos. De fato, conforme ilustrado na Figura 3, é evidente o impacto das medidas restritivas sobre os atendimentos realizados na FARMESC-UNICENTRO durante o ano de 2020, no qual a média de atendimentos por mês foi de $67,08 \pm 20,28$. Esta redução, provavelmente, esteve atrelada a suspensão das aulas presenciais na UNICENTRO durante todo o ano de 2020 e da maioria dos pacientes possuírem 60 anos ou mais, sendo um público mais susceptível a Covid-19.

Entretanto, após a implantação do atendimento remoto na FARMESC-UNICENTRO, que iniciou em abril de 2021, observamos um aumento linear do número de atendimentos realizados por mês (Figura 3). Ao todo, 3180 atendimentos foram realizados na FARMESC-UNICENTRO no ano de 2021 - alcançando uma média mensal de $338,5 \pm 131,1$ - significativamente maior que a média mensal de $67,08 \pm 20,28$ atendimentos no ano de 2020 ($p < 0,0001$). De destaque, o número total de atendimentos realizados em 2021 corresponde a 1,68 vezes mais que o total de atendimentos do ano de 2018, referência para o número de atendimentos realizados na FARMESC-UNICENTRO.

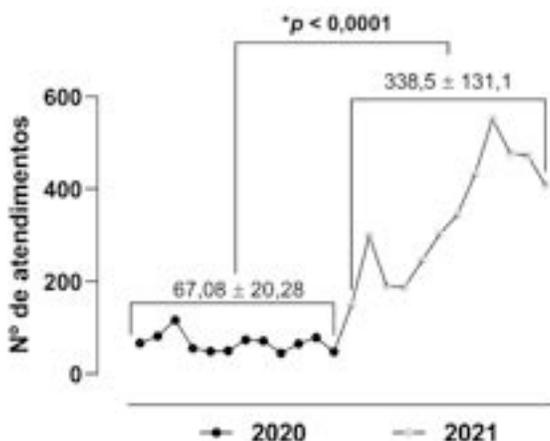


Figura 3: Número de atendimentos mensais realizados na FARMESC-UNICENTRO durante os anos de 2020 e 2021. Cada círculo representa um mês do ano (círculos pretos referem-se ao ano de 2020 e círculos cinzas ao ano de 2021). * significa valor de $p = 0,0001$ quando comparadas as médias mensais \pm D.P. de atendimento nos anos de 2020 e 2021 (teste *t* de Student).

Tais dados refletem a importância do atendimento remoto como canal de comunicação farmacêutico x paciente, que devido as informações do horário de funcionamento e disponibilidade de medicamentos conferidas de forma remota, favoreceram que pacientes comparecessem na FARMESC-UNICENTRO para retirada de medicamentos e utilização dos serviços farmacêuticos. Com isso, além do atendimento remoto, foi possível que os alunos realizassem a dispensação de medicamentos e orientassem os pacientes sobre o modo de uso dos medicamentos.

Cabe ressaltar que o atendimento remoto realizado pelo farmacêutico é um canal de comunicação a mais entre o profissional e a comunidade. Ou seja, mesmo que o farmacêutico realize o atendimento de forma remota, prestando a AF, é necessária a presença física do profissional nas farmácias e drogarias (ESTADO DO AMAZONAS, 2021). Entretanto, é inegável que esta alternativa se demonstrou excepcionalmente útil durante a pandemia da Covid-19, especialmente em cidades menores e mais isoladas (GOSSENHEIMER, RIGO e SCHNEIDERS, 2021). Adicionalmente, a caracterização do perfil medicamentoso dos pacientes polimedicados realizada neste estudo abre caminhos para a realização de comunicações mais assertivas através do atendimento remoto, bem como a criação de grupos para algumas doenças de maior prevalência.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme exposto, a implantação do atendimento remoto na FARMESC-UNICENTRO foi de grande importância para retomar o contato entre o profissional farmacêutico e o paciente durante a pandemia da Covid-19. Através das mensagens enviadas, os alunos puderam realizar a AF e manter o distanciamento social, impactando tanto na saúde da população como no aprendizado deles. Além disso, foram caracterizados os pacientes que retiraram medicamentos entre os anos de 2018 e 2021, incluindo o perfil medicamentoso dos pacientes polimedicados, o que abre caminhos para abordagens futuras mais assertivas via atendimento remoto.

FONTE DE FINANCIAMENTO

Esse trabalho foi realizado com auxílio financeiro do Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde – PPSUS do Ministério da Saúde, CNPq, Fundação Araucária e SESA-PR.

REFERÊNCIAS

ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **NOTA TÉCNICA Nº 6/2021/SEI/GRECS/GGTES/DIRE1/ANVISA**. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota-tecnica-no-6-de-2021.pdf>. Acesso em: 08 de out. de 2021.

BOVO, Fernanda; WISNIEWSKI, Patrícia; MORSKEI, Maria Luiza Martins. Atenção Farmacêutica: papel do farmacêutico na promoção da saúde. **Biosaúde**, v. 11, n. 1, p. 43-56, 2009.

CHAGAS, Isaac Diogo Santos. **Visão do paciente sobre a importância da assistência farmacêutica prestada em uma farmácia do município de Rio Tinto-PB no ano de 2012**. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso em Farmácia – Universidade Estadual da Paraíba, João Pessoa - PB, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Coronavírus: atuação do farmacêutico frente à pandemia da doença causada pelo Coronavírus. **Plano de resposta para a farmácias privadas e públicas da Atenção Primária. Versão**, v. 1, 2020.

CUCINOTTA, Domenico; VANELLI, Maurizio. WHO Declares COVID-19 a Pandemic. **Acta Biomedica**, v. 91, n. 1, p. 157-160, 2020.

DOS SANTOS, Gabriel Rian *et al.* Atenção farmacêutica ao idoso na polifarmácia. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 7, n. 5, p. 709-723, 2021.

DYUSSENBAYEV, Akhmet. The Main Periods of Human Life. **Global Journal of Human-Social Science**, v. 17, n. 7, p. 33 – 36, 2017.

ESTADO DO AMAZONAS, Assembleia Legislativa. **Lei nº 5.405, de 24 de fevereiro de 2021**. Disponível em: <https://sapl.al.am.leg.br/media/sapl/public/normajuridica/2021/11233/5405.pdf>. Acesso em: 02 de ago. de 2021.

ESTADO DO PARANÁ, Sistema Estadual de Legislação. **Decreto nº 4317 de 21/03/2020**. Disponível em: <https://www.legislacao.pr.gov.br/legislacao/pesquisarAto.do?action=exibir&codAto=233046&indice=1&totalRegistros=1&dt=31.2.2020.12.22.10.770>. Acesso em: 13 de out. de 2021.

GOSENHEIMER, Agnes Nogueira; RIGO, Ana Paula; SCHNEIDERS, Roberto Eduardo. Organização do serviço de telecuidado farmacêutico como estratégia de combate à covid-19 no Rio Grande do Sul. **REAd. Revista Eletrônica de Administração (Porto Alegre)**, v. 26, n. 3, p. 524-535, set. - dez. 2021.

HORST, Jacqueline Aparecida Eidam *et al.* Cuidados farmacêuticos em instituições de ação social: A extensão como estratégia de ensino e promoção da saúde. **Revista Brasileira de Extensão Universitária**, v. 2, n. 1, p. 13-22, jan.–abr. 2021.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Brasil/Paraná/Guarapuava 2010**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/guarapuava/panorama>. Acesso em: 13 de out. de 2021.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional de saúde 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal. Brasil e grandes regiões**. IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 113p.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Resolução Nº 6, de 19 de outubro de 2017**. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19363913/do1-2017-10-20-resolucao-n-6-de-19-de-outubro-de-2017-19363904. Acesso em: 13 de out. de 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html. Acesso em: 03 de out. de 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004**. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html. Acesso em: 02 de ago. de 2021.

NASCIMENTO, Renata Cristina Rezende Macedo do *et al.* Polifarmácia: uma realidade na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 2-19s, 2017.

NORBAH FILHO, Rui Roberto. **Desafios para a implantação da telemedicina no sistema único de saúde nos municípios abrangidos pela 2ª CRS**. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso em Administração Pública – Universidade Estadual do Rio Grande do Sul, Frederico Westphalen-RS, 2021.

OLIVEIRA, Maria Auxiliadora; BERMUDEZ, Jorge Antonio Zepeda; OSORIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa. **Assistência farmacêutica e acesso a medicamentos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. 112 p.

PREFEITURA DE GUARAPUAVA. **Portal COVID-19 – Decretos e Portarias Municipais**. Disponível em: <https://www.guarapuava.pr.gov.br/portal-covid-19/decretos-e-portarias-guarapuava/>. Acesso em: 21 de fev. de 2022.

ROSSIGNOLI, Paula *et al.* Enfrentamento da Covid-19 nas unidades de assistência farmacêutica na Secretaria de Saúde do Paraná. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 3, Supl. 1, p. 212-225, dez. 2020.

RUBERT, Cíntia; DEUSCHLE, Regis Augusto Norbert; DEUSCHLE, Viviane Cecilia Kessler Nunes. Assistência Farmacêutica durante a pandemia da Covid-19: Revisão da Literatura. **Revista interdisciplinar de ensino, pesquisa e extensão**, v. 8, n. 1, p. 255-268, 2020.

RUIZ, Juliana Matos Gomes; DE SOUZA, Érica Ferreira; DE PAIVA, Maykon Jhuly Martins. A influência midiática para automedicação do novo coronavírus: revisão literária. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 13, 2021.

SANTOS, Erick Gonçalves. **Perfil dos receituários médicos atendidos de 2014 a 2016 em uma farmácia regional no município de Sinop-MT**. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso em Farmácia – Universidade Federal de Mato Grosso, Sinop-MT, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Medication Without Harm -Global Patient Safety Challenge on Medication Safety**. Geneva: WHO, 2017. 12 p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255263/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf;jsessionid=F7127FF681%2014625583ECA40B0CB2BFB1?sequence=1>. Acesso em: 20 de mar. de 2022.

ASSISTÊNCIA HOSPITALAR: AUDITORIA NA GESTÃO DA QUALIDADE

Data de aceite: 01/08/2022

Denise Oliveira D'Avila

Adriana Maria Alexandre Henriques

Zenaide Paulo da Silveira

Liege Segabinazzi Lunardi

Adelita Noro

Vanessa Belo Reyes

Ana Paula Wunder Fernandes

Paula de Cezaro

Ingrid da Silva Pires

RESUMO: Na área da saúde, a filosofia da qualidade não difere daquela aplicada às indústrias. No ambiente hospitalar, o profissional que mais se preocupa e se interessa pela qualidade da assistência é o enfermeiro. O enfermeiro tem um papel muito importante no que se refere ao processo da qualidade do atendimento. A auditoria tem surgido como uma ferramenta importante para a mensuração da qualidade (auditoria de cuidados) e custos (auditoria de custos) das instituições de saúde. Sua função não é somente de indicar as falhas e os problemas, mas também, apontar sugestões e soluções, assumindo um caráter educacional. Identificar nas áreas visitadas, possíveis deficiências em relação à assistência prestada ao paciente possibilitando abertura

de recomendações de ações prioritárias e Auxiliar na melhoria da qualidade do trabalho assistencial, uniformizando cada processo de acordo com o serviço prestado a área avaliada. Na elaboração do presente artigo, a abordagem metodológica utilizada foi, quanto aos objetivos, exploratória e explicativa, do tipo revisão da literatura com estudo de caso. Qualidade é fruto de um processo continuado que nunca acaba; fala-se na busca contínua da qualidade como se ela fosse uma jornada sem fim. A Acreditação é um método de estímulo, avaliação e certificação externa da qualidade de serviços de saúde. É um processo contínuo da qualidade. A folha de verificação é uma planilha de coleta de dados. Os dados coletados são utilizados para controlar, acompanhar e inspecionar o trabalho realizado. O Ministério da Saúde tem o objetivo de promover a implementação de um processo permanente de avaliação e de certificação da qualidade dos serviços hospitalares, permitindo o aprimoramento contínuo da atenção hospitalar, de forma a garantir qualidade na assistência à saúde, em todos os hospitais do país.

PALAVRAS-CHAVE: Qualidade, Auditoria, Auditoria da Qualidade, Acreditação, Segurança.

ABSTRACT: In the health area, the philosophy of quality does not differ from that applied to industries. In the hospital environment, the professional who is most concerned and interested in the quality of care is the nurse. The nurse has a very important role in terms of the quality of care process. Auditing has emerged as an important tool for measuring the quality (audit of care) and costs (audit of costs)

of health institutions. Its function is not only to point out flaws and problems, but also to point out suggestions and solutions, assuming an educational character. Identify, in the visited areas, possible deficiencies in relation to the care provided to the patient, allowing the opening of recommendations for priority actions and Assist in improving the quality of care work, standardizing each process according to the service provided to the evaluated area. In preparing this article, the methodological approach used was, in terms of objectives, exploratory and explanatory, of the literature review type with a case study. Quality is the result of a continuous process that never ends; the continuous search for quality is talked about as if it were an endless journey. Accreditation is a method of encouraging, evaluating and externally certifying the quality of health services. It is a continuous quality process. The check sheet is a data collection worksheet. The data collected is used to control, monitor and inspect the work performed. The Ministry of Health has the objective of promoting the implementation of a permanent process of evaluation and certification of the quality of hospital services, allowing the continuous improvement of hospital care, in order to guarantee quality in health care, in all hospitals in the country.

KEYWORDS: Quality, Audit, Quality Audit, Accreditation, Security.

INTRODUÇÃO

Atualmente, no mundo, todos os tipos de organizações vivem uma busca incessante pela qualidade de produtos e serviços, visando a excelência da mesma. Sejam nas grandes ou pequenas empresas, indústrias, comércio, redes farmacêuticas, todos almejam um único objetivo, aumentando a competitividade, gerando lucros. A área da saúde não poderia ficar para trás. Hospitais, clínicas, também entraram neste processo da busca pela excelência da qualidade. Qualidade da assistência prestada ao cliente e pela qualidade de trabalho diário.

Na área da saúde, a filosofia da qualidade não difere daquela aplicada às indústrias. A adequação do produto ou serviço aos anseios do cliente é um fundamento de qualidade perfeitamente aplicável aos diversos serviços de assistência à saúde. Com o crescimento da complexidade desses serviços em função do aumento da demanda da tecnologia e, conseqüentemente, o surgimento de novos conhecimentos, somados com o aumento da expectativa de vida e do maior número de pacientes portadores de doenças crônicas, vem onerando o gasto nesta área, levando ao atual desafio da saúde: prestar atendimento humanizado, com alta produtividade e baixo custo. É o que se espera como resultado de programas de qualidade.

A prestação de serviço em saúde tem implícitos dois componentes básicos da qualidade: o operacional, que corresponde ao processo propriamente dito, e a percepção, que é a forma como os clientes percebem o tipo de serviço oferecido. Estes componentes podem ser medidos através de indicadores de qualidade e o reconhecimento é obtido por meio de certificação ou acreditação.

No ambiente hospitalar, o profissional que mais se preocupa e se interessa pela

qualidade da assistência, pelo processo de humanização do atendimento ao cliente, que é responsável pelos cuidados diários é o enfermeiro. O enfermeiro tem um papel muito importante no que se refere ao processo da qualidade do atendimento, levando em consideração as mudanças globalizadas, visualizam-se novas perspectivas para sua atuação pautadas em um saber e fazer crítico reflexivo. Nesse sentido, esse profissional precisa ser capaz de enfrentar os desafios da profissão, especificamente no setor gerencial, buscando novas abordagens, tais como a gerência participativa e os programas de qualidade, os quais são focos central do trabalho em auditoria.

A auditoria tem surgido como uma ferramenta importante para a mensuração da qualidade (auditoria de cuidados) e custos (auditoria de custos) das instituições de saúde. Constitui-se um sistema de revisão e controle para informar administração sobre a eficiência e eficácia dos programas em desenvolvimento. Sua função não é somente de indicar as falhas e os problemas, mas também, apontar sugestões e soluções, assumindo um caráter educacional.² Neste enfoque da qualidade em saúde/enfermagem utiliza-se de auditores para realizar avaliação da assistência prestada aos clientes, constituindo-se em uma direção importante do processo de auditar.

METODOLOGIA

Na elaboração do presente artigo, a abordagem metodológica utilizada a exploratória e explicativa, do tipo revisão da literatura, constituída através de pesquisas em livros, periódicos e artigos acadêmicos disponíveis na internet através de portais como ScientificElectronic Library (SciELO) na URL www.scielo.br, Google Acadêmico na URL www.scholar.google.com.br, Biblioteca Digital na URL www.teses.usp.br. As palavras-chave utilizadas na busca de artigos foram: Auditoria, Qualidade, Enfermagem, Saúde.

A pesquisa bibliográfica é feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos e páginas de web sites. Qualquer trabalho científico inicia-se com uma pesquisa bibliográfica, que permite ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto. Existem porém pesquisas científicas que se baseiam unicamente na pesquisa bibliográfica, procurando referências teóricas publicadas com o objetivo de recolher informações ou conhecimentos prévios sobre o problema a respeito do qual se procura a resposta. Os exemplos mais característicos desse tipo de pesquisa são sobre investigações sobre ideologias ou aquelas que se propõem à análise das diversas posições acerca de um problema.

DISCUSSÃO

Qualidade

Qualidade, na condição de conceito, passou a se destacar, nos últimos anos, em

decorrência do desenvolvimento da tecnologia no mercado da saúde. Com isso, surgiu a preocupação da melhoria dos serviços e produtos no mercado. Sendo assim, qualidade é um valor conhecido por todos, definido diversamente pelos diversos sujeitos, grupos ou camadas sociais. Isso decorre pelo fato de que a percepção dos indivíduos dos produtos ou serviços é influenciada, diretamente, por suas necessidades, experiências e expectativas. Sendo assim, pode-se afirmar que qualidade é um conceito de nível individual.

A história da qualidade inicia-se com a evolução industrial na década de 1920. As indústrias bélicas que, em decorrência da grande guerra mundial, necessitavam aumentar sua produção de armamentos, ocasionando o surgimento da atividade de inspeção com a finalidade de avaliar o produto final, separando os defeituosos, evitando sua comercialização. Esta constitui a primeira fase da evolução da qualidade. Surge o departamento de engenharia de produção das indústrias, onde os instrumentos estatísticos, voltados para a medição e para o controle de qualidade são usados para a análise do produto final. W. Shewart, em 1931, publicou a obra intitulada *Economic Control of Quality Manufactured Product*, embasando, cientificamente, estes conceitos.

Nesta segunda fase, surge a preocupação com a qualidade em todos os processos de produção, admitindo-se que o grau de variabilidade do produto deve-se às variações da matéria prima, máquinas utilizadas e respectivos operadores. Inicia-se o controle estatístico por amostragem, com técnicas de limites de variação aceitável durante todo o processo fabril, não se restringindo apenas ao produto final. No decênio de 1940, Controle de Qualidade torna-se disciplina acadêmica nos cursos de engenharia.

Na mesma década, 1950, J. Juan publica uma obra denominada *Quality Control Handbook* cujo conteúdo contempla o controle de custos da qualidade, onde os termos custos da não qualidade e retrabalho são abordados. A. Feigenbaum, em 1956, propõe o conceito de “controle total da qualidade”, alegando a responsabilidade da qualidade do produto a toda organização e não somente ao departamento de controle de qualidade da empresa.

Neste sentido, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS), na publicação intitulada “*A Transformação da Gestão dos Hospitais da América Latina e Caribe*”, expressam que as inúmeras e diferenciadas formas de se definir qualidade, manifestadas pelos estudiosos do assunto não “são mutuamente excludentes. Em suas diferenças e semelhanças há grande possibilidade de se enriquecer e aprender sobre o conceito de qualidade”. A OPAS defende que qualidade da atenção é a manifestação da aplicação de princípios interdependentes, que são os princípios reitores das reformas no setor saúde. São eles: equidade, eficácia, qualidade, eficiência e satisfação do cliente/usuário.

A qualidade deve ser um hábito que se aprende por treinamento e repetição, e não consequência de uma ação pontual. Portanto, qualidade é fruto de um processo continuado que nunca acaba; fala-se na busca contínua da qualidade como se ela fosse uma jornada

sem fim. Em todos os novos patamares de qualidade alcançados, novos desafios devem se apresentar, levando os objetivos sempre para horizontes mais distantes. É importante esse conceito para que não se pense a qualidade como uma ação acabada a ser alcançada, mas sim como consequência de um processo em contínuo desenvolvimento; daí a importância da adoção de um modelo de gestão que precisa ser acompanhado e monitorado constantemente. Qualidade não pode ser buscada como resultado de ações mágicas e imediatas. Será sempre consequência de trabalho duro e perseverante, sem atalhos ou soluções simplistas.

A qualidade reúne um conjunto de elementos que satisfazem os desejos e as necessidades daqueles que utilizam o serviço. Ela exige o estabelecimento de normas que organizem as atividades e proporcionem benefícios aos clientes que precisam do serviço e aos profissionais que o realizam. Pode-se afirmar, então, que a qualidade oferece satisfação tanto aos clientes como a empresa e a seus funcionários. Ela consiste na relação entre o serviço prestado e as expectativas da instituição, caracterizadas por alguns fatores relacionados com a qualidade: o atendimento às especificações, às necessidades do cliente e ao que foi contratado.

Qualidade é um conjunto de propriedades de um serviço (produto) que o tornam adequado a missão de uma organização concebida como resposta às necessidades e legítimas expectativas de seus clientes.

Existem alguns instrumentos que o serviço de Enfermagem dispõe para a gestão da qualidade, subdividindo-os em internos e externos. Entre os internos encontramos as seguintes comissões: Avaliação Interna da Qualidade, constituída de profissionais multidisciplinares; Auditoria de Enfermagem; Prevenção e Controle das Infecções Hospitalares; Ética em Pesquisa; Gerenciamento de Riscos; Prevenção Interna de Acidentes; Serviço de Educação Continuada; Atendimento ao Cliente. Como instrumento externo, a Acreditação Hospitalar, preconizada por órgãos governamentais, considerando-a uma prática relevante para a gestão da qualidade que vem sendo gradativamente empregada nas instituições de saúde.

Auditoria em enfermagem e auditoria da qualidade

A auditoria é uma ferramenta gerencial usada para avaliar, confirmar ou controlar atividades relacionadas com a qualidade, visando determinar se estas atividades e respectivos resultados cumprem as providências planejadas, se estas providências são implementadas de maneira eficaz, e se estão adequadas para atingir os objetivos. O resultado de uma auditoria estabelece um referencial (benchmark) para desenvolver e avaliar melhorias introduzidas no sistema.

Nas organizações de saúde, a auditoria configura-se como uma importante ferramenta na transformação dos processos de trabalho que vem ocorrendo em hospitais e operadoras de saúde, os quais estão buscando se reestruturar para manterem a qualidade

do cuidado prestado e ao mesmo tempo, garantirem uma posição competitiva no mercado de trabalho. Com isso é necessário que a prática, em qualquer ramo da auditoria, seja baseada em evidências por meio da formação de conceitos sólidos fundamentando a prática.

Auditoria é um sistema de revisão de controle, para informar a administração sobre a eficiência e a eficácia dos programas em desenvolvimento; sua função não é somente indicar os problemas e as falhas, mas, também, apontar sugestões e soluções, assumindo, portanto, um caráter eminentemente educacional. É uma investigação profunda sobre o sistema, em seus aspectos qualitativos e não apenas rotineiros e burocráticos, podendo ser definida como um conjunto de técnicas analíticas destinadas a efetuar diagnósticos, prognósticos e recomendações.

A auditoria em enfermagem tem como finalidade normatizar, orientar, disciplinar, racionalizar e identificar as deficiências existentes nos registros hospitalares, intervindo diretamente nos gastos e glosas desnecessários principalmente nos setores mais críticos como unidade de terapia intensiva, semi-intensiva e centro cirúrgico. É uma avaliação sistemática da assistência de enfermagem prestada ao cliente pela análise de prontuários, acompanhamento do cliente *in loco* e verificação da compatibilidade entre o procedimento realizado e os itens que compõem a conta hospitalar cobrada, garantindo um pagamento justo mediante a cobrança adequada. Seu objetivo é a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem que o hospital se propõe a oferecer ao cliente, sendo importante o vínculo entre o setor administrativo da instituição e a enfermagem, no aspecto estrutural e funcional.

Quando tratamos da auditoria da qualidade, por definição, é uma ferramenta que permite controlar a qualidade de um produto ou serviço prestado por meio da atividade de seleção de pontos críticos do processo. Com a auditoria, é possível à gerência avaliar, confirmar ou verificar as atividades relacionadas com a qualidade, constituindo um processo positivo e construtivo. Fornece evidências objetivas de que as atividades realizadas estão em conformidade com as exigências previstas pela instituição e tem capacidade para atingir as metas e objetivos propostos. Como resultado, a auditoria gera um parecer que servirá de base para a modificação ou implantação de métodos com o propósito de garantir a realização das atividades auditadas. A auditoria determina a eficácia do sistema da qualidade, ou seja, do sistema de documentação e de sua implementação, bem como a adequação da documentação quanto à sua aplicabilidade ao serviço prestado e, ainda, a conformidade das operações à documentação estabelecida. A auditoria da qualidade deve sempre avaliar a documentação e os processos resultantes de alguma norma ou protocolo predeterminado.

A auditoria da qualidade avalia o programa de qualidade, a gestão da qualidade, a qualidade do produto, a qualidade do processo e do serviço. Nas instituições de saúde, mesmo que predominantemente seja realizada a prestação de serviço ao cliente, por meio do atendimento e assistência às suas necessidades, é possível analisar até mesmo

a qualidade dos produtos, já que estes serão utilizados na prestação dos cuidados aos clientes. Pode-se então, analisar a auditoria por diversos aspectos e encontrar diferentes pontos de vista e necessidades a partir dessa análise.

Em relação à qualidade do processo, uma auditoria pode ser realizada para avaliar os elementos do processo passo a passo, para saber se estão de acordo com as normas estabelecidas pela instituição ou pelos programas de certificação da qualidade. O processo da qualidade inclui o gerenciamento da estrutura organizacional, a gestão dos recursos humanos, a capacidade de tomada de decisões, a responsabilidade dos colaboradores e seu envolvimento com os objetivos da instituição. Também verificado a qualidade do serviço, observando a rotina e a capacidade das pessoas que ali trabalham em se organizar, realizar as normas estabelecidas, identificar oportunidades, aproveitá-las da melhor maneira, perceber precocemente as falhas e corrigi-las.

Acreditação e certificação

Acreditar significa *conceder reputação, tornar digno de confiança* e é neste sentido que são utilizados os termos acreditado (que merece ou inspira confiança), acreditador (que ou aquele que acredita) e acreditação (procedimento que viabiliza alguém ou algo ser acreditado).

Acreditação é um sistema de peer review externa para determinar a adesão a um conjunto de padrões. Relaciona-se com a qualidade assistencial, mas é baseado na crença de que os hospitais devam ser locais seguros para os profissionais e para os pacientes e de que certas ações devam ser tomadas para que um hospital seja “um bom hospital”. Seus princípios são baseados na participação voluntária, no uso de padrões previamente estabelecidos, na atuação de avaliadores externos e independentes e na existência, ao final do processo, de uma avaliação final (certificado ou não).

Acreditação é uma palavra originária do inglês, utilizada pelo Manual Brasileiro de Acreditação e pelo Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares. É o procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntários, periódicos, reservados e sigilosos, que tendem a garantir a qualidade da assistência através de padrões previamente aceitos. Originalmente, os sistemas de acreditação foram desenhados para proteger e organizar a profissão médica, aprimorando o ambiente e a prática clínica. Com o passar do tempo o trabalho estendeu-se para outras áreas de assistência à saúde com outras finalidades como educação, consultoria, participação e profissionalismo. Ela tem início com uma avaliação da qualidade e de procedimentos baseada em padrões internacionalmente legitimados, gerando um conjunto de orientações para a organização, visando a melhoria de seu desempenho. Na acreditação não se avaliam setores ou departamentos isoladamente, mas todos os serviços da organização. Um programa de acreditação hospitalar deve ter efetiva responsabilidade em medir o desempenho, em promover melhorias de qualidade, facilitando estímulos externos e o necessário esforço interno, e deve ter também genuína

responsabilidade perante os usuários/consumidores.

A acreditação é um processo contínuo da qualidade, não um fim em si mesma. Conseqüentemente, a menos que o uso dela traga resultados clínicos e operacionais favoráveis, a sua utilidade é limitada para fins de marketing. O verdadeiro valor da acreditação se localiza no seu potencial para melhorar a qualidade e a segurança do atendimento prestado aos clientes/pacientes. Ela necessita produzir um impacto na assistência, como, por exemplo, reduzir a taxa de infecção hospitalar, diminuir o tempo médio de permanência, aumentar a satisfação dos pacientes, obter melhores resultados assistenciais e assim por diante. O impacto positivo é que deve ser utilizado como material de marketing, e não a certificação em si. É a obtenção de resultados clínicos excelentes que produzirá maior atração de novos pacientes, assim como de profissionais altamente qualificados e fornecedores, além do reconhecimento público como um local de excelência.

Atualmente no Brasil, existem algumas organizações desenvolvendo processos de acreditação hospitalar distintos. Dois dos mais representativos tem como referência o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar (Organização Nacional de Acreditação, 2001), desenvolvido com base no Manual de Acreditação da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), e o Manual de Acreditação Hospitalar do Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde (CBA), com base no Manual de Acreditação para Hospitais da “*The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*” (JACHO). Para gerenciar o Sistema Nacional de Acreditação e o Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar foi criada em 1999 a Organização Nacional de Acreditação (ONA), responsável pelo estabelecimento de padrões e pelo monitoramento do processo de acreditação realizado pelas instituições acreditadoras. Em 2000, estas instituições passaram a ser credenciadas pela ONA, podendo atuar em âmbito nacional. Já JACHO atua somente nos EUA, e não autoriza o uso de sua metodologia fora desse contexto. A acreditação internacional fora do território norte-americano é de responsabilidade da *Join Commission International* (JCI), empresa ligada a JACHO que possui critérios, instrumentos e processos que seguem parcialmente o modelo JACHO, mas que não tem o seu reconhecimento.

Certificação é a atividade de comprovação da qualificação de itens, produtos, serviços, procedimentos, processos, pessoal ou de sistema da qualidade, no todo ou em parte. A certificação da qualidade necessariamente será executada por uma entidade especificamente designada para tal (organismo certificador), com base em requisitos previamente estabelecidos e documentados, podendo ou não resultar em emissão de certificados. É um processo pelo qual um órgão autorizado, seja operadora ou organização governamental ou não governamental, avalia uma organização e reconhece que ela atende a padrões ou critérios predeterminados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conceito de qualidade na gestão administrativa de instituições hospitalares evoluiu em busca da garantia da satisfação do cliente/paciente. A eficácia nos processos de gestão e assistência hospitalar somente tem sentido se estiverem a serviço de uma melhor e mais humanizada atenção ao paciente. Essa melhoria na atenção parte do respeito e da valorização do paciente, humanização do atendimento e da adoção de medidas que atendam às crescentes exigências e necessidades da população, objetivos que todos perseguem.

O Ministério da Saúde tem o objetivo de promover a implementação de um processo permanente de avaliação e de certificação da qualidade dos serviços hospitalares, permitindo o aprimoramento contínuo da atenção hospitalar, de forma a garantir qualidade na assistência à saúde, em todos os hospitais do país.

A implementação de programas de qualidade em serviços de saúde proporciona a “estruturação de um sistema gerencial sistêmico”. Assim, as instituições de saúde podem melhor controlar custos, reduzir perdas, melhorar a segurança de pacientes e profissionais, ser competitiva no mercado através dos atendimentos aos requisitos e necessidades dos clientes, bem como demonstrar eficácia e eficiência nos resultados obtidos.

REFERÊNCIAS

1. Vieira, KF. Impacto da Implantação de um Programa de Acreditação Laboratorial, avaliado por meio de indicadores de processo, num laboratório clínico de médio porte (dissertação). São Paulo. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. 2012. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5160/tde-28022013-134542/pt-br.php>. Acessado em 12/06/2022.
2. Vituri, DW. Avaliação como Princípio da Gestão da Qualidade: testando a confiabilidade interavaliadores de indicadores de qualidade da assistência de enfermagem (tese). Ribeirão Preto. Faculdade de Enfermagem, Universidade de São Paulo. 2013. Disponível em: www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-26092013-190013/. Acessado em 14/05/2022.
3. Burmester, H. Gestão da Qualidade Hospitalar. São Paulo. Editora Saraiva. 1ª edição. 2013.
4. Luongo, J. et al. Gestão de Qualidade em Saúde. São Paulo. Editora Rideel. 1ª edição. 2011.
5. Neto, AQ, Bittar, OJN. Hospitais: Administração da Qualidade e Acreditação de Organizações Complexas. Porto alegre. Dacasa Editora. 2004.
6. Gerhardt, TE, Silveira, DT. Métodos de Pesquisa. Porto Alegre. Editora da UFRGS. 1ª edição. 2009. P37-41.
7. Bonato, VL. Gestão de Qualidade em saúde: melhorando a assistência ao cliente, Revista O Mundo da Saúde, v.35, nº5, p.319-331. São Paulo, 2011. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/artigos/gestao_qualidade_saude_melhorando_assistencia_cliente.pdf Acessado em 24/09/2018. Acessado em 24/05/2022.

8. Paim, CRP, Ciconelli, RM. Auditoria de Avaliação de Qualidade dos Serviços de Saúde. Revista Ciências da Saúde Coletiva, v.16, suppl.1, p.1163-1171. São Paulo, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232011000700048&script=sci_abstract&lng=pt. Acessado em 13/04/2022.
9. Neto, AQ. Estética da Acreditação. Porto Alegre. Editora IACHS. 2016.7
10. Luedy, A, Santos, JPG, Dias, MALM, Meirelles, ARN, Luedy, R. Sustentação do Processo da Acreditação Hospitalar. Revista Acreditação, v.06, nº11, p.10-19. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <http://ojs.cbacred.org.br/index.php/Acred01/search/advancedResults>. Acessado em 17/03/2022.
11. Souza, PC, Scatena, JHG. Avaliação da Qualidade da Assistência Hospitalar do *mix* público-privado do Sistema Único de Saúde no Estado de Mato-Grosso: um estudo multicaso. Revista de Administração em Saúde - RAS, v.15, nº59, p.81-88. Abr/Jun, 2013. São Paulo. Disponível em: http://cgh.org.br/portal/pag/anexos/baixar.php?p_ndoc=689&p_nanexo=399

AS DIFICULDADES NA IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ACREDITAÇÃO NAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE

Data de aceite: 01/08/2022

Data de submissão: 21/06/2022

Alan Carvalho Leandro

Must University
Boca Raton – Flórida, EUA
ORCID: 0000-0002-2922-3430

Láisa Rebecca Sousa Carvalho

Universidade Federal do Piauí
Teresina – Piauí, Brasil
ORCID: 0000-0003-4238-683X

Thâmara Machado e Silva

Universidade Estadual de Goiás
Anápolis – Goiás, Brasil
ORCID: 0000-0003-0597-2178

Angela Maria Moed Lopes

Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Uberaba – Minas Gerais, Brasil
ORCID: 0000-0002-8961-1777

Fernanda Cristina Guassú Almeida

Universidade Estadual Paulista
São Paulo – São Paulo, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/4175875510802755>

RESUMO: Apesar dos esforços de estruturação ao Sistema de Acreditação, muitos hospitais encontram dificuldades para implantar seus requisitos. Tendo como principais obstáculos as mudanças na estrutura organizacional e cultural dos colaboradores. Além da rotatividade de pessoas, a dificuldade dos profissionais e gestores em alinhar as atividades da assistência

com a parte burocrática. Esta revisão evidenciou a importância do papel do enfermeiro na gestão dos processos para adequação do hospital, contudo isso gera sobrecarga e estresse ocupacional, não só a esse profissional como a toda equipe multiprofissional, bem como constantes cobranças do processo. O clima organizacional e comunicação efetiva entre as equipes influencia diretamente nas atitudes de adesão deles ao processo. A acreditação promove reorganização gerencial e assistencial, e possibilita otimização dos processos institucionais fazendo com que haja maior racionalização de recursos, melhoras estruturais e aumento da produtividade, que culminarão, principalmente, no aumento da qualidade e segurança ao paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Acreditação de Instituições de Saúde. Cultura Organizacional. Gestão da Qualidade. Segurança do Paciente.

DIFFICULTIES IN IMPLEMENTING THE ACCREDITATION PROCESS IN HEALTHCARE INSTITUTIONS

ABSTRACT: Despite efforts to structure the Accreditation System, many hospitals find it difficult to implement their requirements. Having as main obstacles the changes in the organizational and cultural structure of the employees. In addition to the turnover of people, the difficulty of professionals and managers in aligning assistance activities with the bureaucratic part. This review highlighted the importance of the nurse's role in the management of processes for the adequacy of the hospital, however this generates overload and occupational stress, not

only for this professional but for the entire multidisciplinary team, as well as constant demands in the process. The organizational climate and effective communication between teams directly influence their attitudes towards adherence to the process. Accreditation promotes managerial and care reorganization, and allows for the optimization of institutional processes, leading to greater rationalization of resources, structural improvements and increased productivity, which will culminate, mainly, in increased quality and patient safety.

KEYWORDS: Health Facility Accreditation. Organizational Culture. Quality Management. Patient Safety.

1 | INTRODUÇÃO

Ao longo das últimas três décadas, o processo de acreditação se consolida à medida que as organizações promovem a cultura interna e melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados ao paciente. Nesse sentido, o conjunto padrão de boas práticas norteia a transformação e o aprimoramento técnico (CIRINO *et al.*, 2021). Deve-se notar que o crescimento dos programas de acreditação em saúde acelerou globalmente na década de 1980 e na Europa na década de 1990 como estratégias regionais e nacionais para melhorar a qualidade da assistência à saúde (SHAW *et al.*, 2010).

Com base nesses preceitos, a movimentação em direção à qualidade despertou a necessidade de mudanças fundamentais nas organizações hospitalares, uma vez que a valorização dos pacientes e a atenção às relações sociais tornam-se imprescindíveis para a aquisição do título de excelência (MIGLIORINI, 2021).

Os programas de acreditação na saúde são aceitos por serem considerados um importante motor para melhorar a qualidade e a segurança nas organizações hospitalares. Entretanto, há poucos estudos que tratam os diferentes aspectos da acreditação e os resultados obtidos ao longo dos anos (BAKER; DUNN, 2006). Ocorre que a acreditação não se trata apenas de mais um processo de gestão da qualidade e sim do compromisso com a segurança, a ética profissional e a garantia da qualidade no atendimento à população, procurando beneficiar os usuários, os trabalhadores da saúde e a instituição hospitalar (EMÍDIO *et al.*, 2013).

Nesse contexto, verifica-se que, a acreditação é um procedimento voluntário, periódico e reservado de avaliação dos recursos institucionais, que tende a garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente aceitos. Assim, este processo pode passar por diversas avaliações no que tange a implementação do programa de acreditação (ONA, 2018).

A acreditação hospitalar, no entanto, não pode ser apenas uma ferramenta de qualidade que se dispõe à adesão de hospitais, pois cada sistema nacional de saúde, com seus arranjos de financiamento, meios de pagamento e instrumentos de coordenação da rede de serviços, apropriará seus procedimentos de acreditação (BERTO *et al.*, 2021). Verifica-se que, o foco principal da acreditação é voltado à dimensão clínico-assistencial,

tendo em vista a interrelação com a gestão da qualidade, que repercute de forma positiva a prestação de serviços nas diversas esferas organizacionais (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Nesse raciocínio, a qualidade passa a ser encarada como ferramenta mínima nas instituições de saúde, dada a competitividade entre estas organizações por conta do novo perfil assistencial no cenário da saúde. Estas organizações passaram, então, a investir na excelência da prestação de serviços e conseqüentemente melhoria contínua da segurança do paciente (MIGLIORINI, 2021).

No Brasil, existem instituições que mantêm as determinações metodológicas do processo de acreditação: a Organização Nacional de Acreditação – ONA; a *Joint Commission International* – JCI, que tem representação no país, por meio de convênio com o Consórcio Brasileiro de acreditação – CBA; a *Accreditation Canada International* – ACI (Canadá), através de convênio firmado com o Instituto Qualisa de gestão – IQG e *National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations* – NIAHO (EUA) (MORAES, *et al.*, 2018).

Nesse sentido, a adoção de práticas que potencializem uma transição cultural em direção à melhoria na qualidade e segurança dos pacientes e dos próprios profissionais de saúde comprovam uma associação no fortalecimento da imagem e desempenho de hospitais a partir da acreditação, quando comparados com instituições de saúde que não adotam este tipo de gestão (PIRES; PIRES, 2021).

Essa pesquisa buscou analisar as principais dificuldades na implementação do processo de acreditação nas instituições de saúde, bem como identificar na literatura os principais fatores que podem influenciar de forma negativa a cultura organizacional na implementação do processo de acreditação, e quais profissionais apresentam maior resistência à implementação de uma nova forma de gestão organizacional nas instituições de saúde e demonstrar as principais medidas que visam reduzir impactos referentes à cultura organizacional dos colaboradores nas instituições de saúde.

2 | METODOLOGIA

Esse estudo é uma revisão integrativa da literatura publicada nos últimos seis anos (de 2016 a 2022) que tem cunho qualitativo ao buscar entender e descrever as dificuldades na implementação do processo de acreditação nas instituições de saúde.

A busca, seleção e análise de informações extraída de artigos foi realizada no período entre os meses de abril a junho de 2022 nas bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), com o auxílio dos seguintes descritores, conforme o Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH): Acreditação em Saúde, Gestão da Qualidade, Gestão em Saúde e Cultura Organizacional, a serem combinados nas bases de dados citadas. Posteriormente, os artigos selecionados foram categorizados os dados

em tabela contendo os títulos dos artigos, autores, ano de publicação, idioma principal e metodologia empregada. Para construção dos resultados dessa pesquisa foi construído um banco de dados alimentado por meio das análises obtidas, organizados em programa *Microsoft Word*, versão 2022.

A análise, interpretação e discussão dos resultados ocorreu em uma última etapa embasada pela técnica de análise de conteúdo, que possibilitou a criação das categorias sobre o tema na discussão.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a leitura prévia dos resumos e realizados os cortes conforme os critérios de inclusão e de exclusão, 11 artigos foram selecionados nas bases de dados Medline e LILACS, conforme descrito na Figura 1.

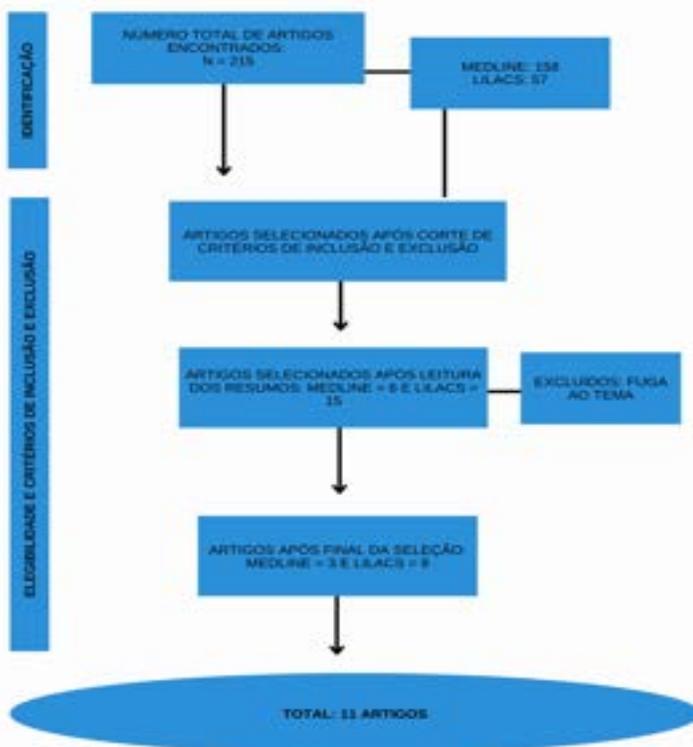


Figura 1 – Fluxograma das etapas de seleção dos artigos, 2022.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2022.

Para compor a pesquisa, foram observadas diversas abordagens metodológicas como as tipologias de estudos (Tabela 1). Essa variedade de abordagens torna o estudo interessante por analisar as várias vertentes de possibilidades que os estudos podem trazer em sua abordagem. Além disso, permite que uma revisão integrativa possa investigar o conhecimento atual sobre uma temática específica, já que é conduzida de modo a identificar, analisar e sintetizar resultados de estudos independentes sobre o mesmo assunto, contribuindo, pois, para uma possível repercussão benéfica na qualidade dos cuidados prestados aos pacientes (Souza *et al.*, 2010).

TÍTULO DO ARTIGO E IDIOMA ORIGINAL	AUTORES E ANO DE PUBLICAÇÃO	TIPO DE ESTUDO
Vantagens e dificuldades da acreditação hospitalar: a voz dos gestores da qualidade (português).	Oliveira e Matsuda, 2016.	Estudo transversal.
Acreditação hospitalar como ferramenta para a gestão da qualidade no Brasil: características, avanços e desafios (português).	Nascimento, et al., 2020.	Revisão integrativa.
Papel do enfermeiro na acreditação hospitalar: Uma revisão integrativa da literatura (português).	Mascarenhas et al., 2020.	Revisão integrativa.
Proposição de uma teoria substantiva para o processo de acreditação hospitalar: o modelo "comprometimento com o cuidado" (português).	Berto et al., 2021.	Estudo longitudinal.
Atuação do enfermeiro no contexto da acreditação hospitalar: uma revisão integrativa (espanhol).	Cunha et al., 2021.	Revisão integrativa.
Acreditação hospitalar: implicações da desistência da busca pela certificação (português).	Cervilheri et al., 2017.	Estudo longitudinal.
Estresse e resiliência de enfermeiros antes e depois da avaliação para acreditação hospitalar (português).	Rhoden et al., 2022.	Estudo longitudinal.
Acreditação e Certificação: Melhoram o Desempenho Financeiro e de Qualidade do Hospital? (inglês).	Brooks et al., 2021.	Estudo longitudinal.
Acreditação como ferramenta de gestão: uma pesquisa nacional de percepções de gestores hospitalares e uso de um programa de acreditação obrigatório na Dinamarca (inglês).	Ellis et al., 2020.	Estudo transversal.
Cultura organizacional na área da saúde: um estudo bibliométrico (português).	Fonseca et al., 2018.	Estudo bibliométrico.
Avaliação do Programa de Acreditação Hospitalar: validação de face e conteúdo (português).	Caldana e Gabriel, 2017.	Estudo transversal.

Tabela 1 - Título dos artigos, autores, ano de publicação e tipo de pesquisa, 2022.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2022.

Diante dos resultados, verifica-se que o processo de acreditação tem a finalidade de buscar meios, para a promoção da qualidade e assistência à saúde. Entretanto, fora verificado que o processo de implementação do processo de acreditação hospitalar correlacionou mudanças no cotidiano dos profissionais de saúde em que resultou na dificuldade quanto a aceitação deste novo modelo gerencial no sistema de saúde brasileiro.

As principais dificuldades observadas na implementação da acreditação hospitalar estão intimamente relacionadas tanto com a cultura organizacional quanto com a rotatividade de pessoal, também conhecida como *turn over* e na comunicação efetiva entre os profissionais dentro das instituições hospitalares na etapa de adequação aos processos de acreditação.

Na cultura organizacional, uma das principais dificuldades na implementação da acreditação está na sensibilização de todos os funcionários e aproximação da alta gestão com os seus colaboradores, de forma que todos possam ter voz na participação de todas as etapas. Para contornar a situação a instituição hospitalar deve criar *links* para melhorar e incentivar a comunicação efetiva, explicando sobre as mudanças e adequações no planejamento, apresentar resultados alcançados, ainda que parciais, para que a evolução seja visualizada e reforce o valor profissional na progressão da qualidade e dessa forma ser valorizado como parte necessária para todo o processo (NASCIMENTO *et al.*, 2020).

O estudo de Berto *et al.* (2021) aponta que em relação à cultura de qualidade e segurança das instituições foi possível observar o amadurecimento organizacional, com a acreditação hospitalar, visto que os trabalhadores puderam a partir dela observar a construção de um novo caminho a seguir, o que demonstra a lógica da melhoria contínua instalada, vista de diferentes formas, dependendo do grau hierárquico do envolvido. Nas culturas organizacionais guiadas para os resultados e para o trabalhador existe diminuição dos níveis hierárquicos, ocorre compartilhamento das decisões e atenção com as necessidades dos trabalhadores por meio da valorização do bem-estar e da satisfação dos indivíduos; do contrário, pode gerar atmosfera competitiva e individualista, fragmentação do cuidado ao paciente, dificultando cada vez mais o trabalho em equipe, a falta de cooperação na atenção à saúde e a dificuldade de conquista da qualidade dos serviços prestados (FONSECA *et al.*, 2018).

Uma organização, ao assumir um modelo compatível e inerente a cultura organizacional da instituição de saúde, acaba por respaldar os benefícios que possam advir deste novo modelo gerencial dentro do processo da acreditação (CALDANA; GABRIEL, 2017).

Estudos relatam a dificuldade de profissionais (enfermeiros, por exemplo) em conseguir alinhar a prática profissional da assistência ao processo de acreditação, visto que a exigência na quantidade excessiva de documentos e evoluções, a prática da assistência passa a ficar em segundo foco, devido as exigências que o processo exige, assim, tomando grande parte do seu tempo resolvendo questões administrativas e deixando o enfoque da

prática em segundo plano (MASCARENHAS *et al.*, 2020).

O hospital, através da acreditação, deve promover a educação permanente, e, além disso, alinhamento entre os processos, gerando conhecimento sobre o conceito de segurança do paciente e elaborando diretrizes e protocolos com linguagem clara. Deve-se haver clareza na descrição dos procedimentos e das responsabilidades de todos da equipe, para que, quando houver incidentes esses profissionais saibam identificar a não conformidade e agir de forma a notificar os eventos, assim gerando indicadores específicos que posteriormente irão auxiliar na identificação das falhas para melhorias contínuas dos processos (CUNHA *et al.*, 2021).

Berto *et al.* (2021), dizem que se deve possibilitar uma atmosfera de fazer o bem, somada ao envolvimento dos profissionais de saúde e ao princípio de pertencimento, para que assim se fortaleça um sentimento de realização e encontrar a força na possibilidade de crescimento que o hospital possibilita a seus funcionários.

Cunha *et al.* (2021), discutem em seu estudo que o enfermeiro está centralizado no processo de acreditação, por possuir as habilidades necessárias para gerenciar as etapas e conduzir a instituição em todo o processo até a certificação, devendo conduzir na padronização das técnicas e maior segurança da equipe em todos os processos pertinentes. Contudo, há dificuldades no engajamento da equipe interdisciplinar ao processo de acreditação, visto que o processo repercute em todos os profissionais (CUNHA *et al.*, 2021).

Há ainda diversas dificuldades no processo de acreditação que podem culminar inclusive na desistência ao processo ou o adiamento. O estudo de Cervilheri *et al.* (2017) aponta barreiras que são relacionadas à mudança da cultura organizacional; envolvimento da equipe; sistematização do uso de registros; e dificuldade de manter o sistema de gestão da qualidade ativa, após a certificação, especialmente devido à rotatividade do capital humano.

Como forma de contornar a situação é preciso criar estratégias focadas nos processos, como a adoção de um modelo de liderança que seja participativa e inovadora, de forma a motivar constantemente os trabalhadores que efetivamente operacionalizam os processos da acreditação. Para Ellis *et al.* (2020), as atitudes e percepções dos colaboradores das organizações de saúde são influência fundamental e direta na implementação da acreditação.

Por último, há de se destacar ainda os custos que a acreditação requer para adequação das instituições. A dificuldade encontra principalmente na gestão de custos ao longo do processo para efetivação da acreditação. Segundo o estudo de Brooks *et al.* (2021) demonstra que o progresso em direção a melhores resultados de atendimento e redução de custos pode ser frustrantemente lento, dificultando todo o processo.

Ellis *et al.* (2020) acrescentam que o processo de acreditação é mais útil na padronização de processos, na melhoria da segurança do paciente e esclarecimento

das responsabilidades na organização, contudo sem alterações ou melhora no ambiente de trabalho, o chamado clima organizacional, ou no apoio na função das equipes ou no desempenho financeiro hospitalar.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A acreditação hospitalar vem se tornando uma prática crescente internacionalmente nas últimas décadas. Apesar de inúmeras vantagens na certificação, o status de acreditado carrega o peso de vários desafios durante todo seu percurso. Com este estudo, foi possível elencar as principais dificuldades encontradas na literatura nacional e internacional relacionada ao processo de acreditação. Podem ser citadas a cultura organizacional como influência direta na acreditação. Além disso, a rotatividade de pessoas, a dificuldade dos profissionais em alinhar as atividades da assistência com a parte burocrática.

Contudo, os estudos foram unânimes ao demonstrarem os benefícios que a acreditação hospitalar pode oferecer. A acreditação promove uma reorganização gerencial e assistencial, e isto possibilita uma otimização de todos os processos institucionais fazendo com que haja maior racionalização de recursos, melhoras estruturais e aumento da produtividade, que culminarão, principalmente para o setor privado, no aumento da qualidade e segurança no atendimento ao paciente.

Assim, para uma cultura de segurança ser implementada, deve-se ter em mente que as ações precisam ser focadas no paciente e na sua proteção, e isso acontece a partir das adequações tanto estruturais, modernização de ambientes como também cuidados com os equipamentos.

REFERÊNCIAS

BAKER, S.; DUNN, D. Accreditation: the hallmark of educational quality. **Radiologic Technology**, v. 78, n. 2, p.123-30, 2006. Disponível em: <http://www.radiologictechnology.org/content/78/2/123.long>. Acesso em: 15 Jun. 2022.

BERTO, A. E. R. H.; ERDMANN, R. H.; UHLMANN, V. O. Proposição de uma teoria substantiva para o processo de acreditação hospitalar: o modelo “comprometimento com o cuidado”. **Cad. EBAPE.BR**, v. 19, n. 4, p.991-1002, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1679-395120200167>.

BROOKS, M.; BEAUVAIS, B. M.; KRUSE, C. S.; FULTON, L.; MILESKI, M.; RAMAMONJIARIVELO, Z.; SHANMUGAM, R.; LIENECK, C. Accreditation and Certification: Do They Improve Hospital Financial and Quality Performance? **Healthcare**, v. 9, n. 7, p. 887, 2021. DOI: <https://doi.org/10.3390/healthcare9070887>.

CALDANA, G.; GABRIEL, C. S. Avaliação do Programa de Acreditação Hospitalar: validação de face e conteúdo. **Rev Bras Enferm.**, v. 70, n. 1, p. 47-53, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0184>.

CERVILHERI, A. H.; OLIVEIRA, J. L. C.; FERREIRA, A. M. D.; SOUZA, V. S.; JAQUES, A. E.; MATSUDA, L. M. Acreditação hospitalar: implicações da desistência da busca pela certificação. **Rev Min Enferm.**, v. 21, e-1008, 2017. DOI: 10.5935/1415-2762.20170018.

CIRINO, J. A.; PRESTES, A.; LOLATO, G.; ROBERTI, I. P.; AFONSO, T. C. **Estratégias para a acreditação dos serviços de saúde**. 1. ed. Curitiba: Appris, 2021. 161 p.

CUNHA, S. G. S.; TORRES, K. P.; MORAIS, M. H. G. ALVES, S. S.; SIMAN, A. G.; BRITO, M. J. M. Atuação do enfermeiro no contexto da acreditação hospitalar: uma revisão integrativa. **Enfermería Actual de Costa Rica**, v. 40, 2021. DOI: <https://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i40.41724>.

ELLIS, L. A.; NICOLAISEN, A.; BOGH, S. B.; CHURRUCA, K.; BRAITHWAITE, J.; PLESSSEN, V. Accreditation as a management tool: a national survey of hospital managers' perceptions and use of a mandatory accreditation program in Denmark. **BMC health services research**, v. 20, n. 1, p. 306, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05177-7>.

EMIDIO, L.; ALONSO, L. B. N.; FERNEDA, E.; HEDLER, H. C. Acreditação hospitalar: estudo de casos no Brasil. **Perspectivas em Gestão & Conhecimento**, v. 3, n. 1, p. 98-113, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/pgc/article/view/13822>. Acesso em: 15 Jun. 2022.

FONSECA, P. H.; LOWEN, I. M. V.; LOURENÇO, M. L.; PERES, A. M. Cultura organizacional na área da saúde: um estudo bibliométrico. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, p. 318-30, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811626>.

MASCARENHAS, A. P. F.; FONTES, K. M.; SILVA, E. M.; SILVA, A. P.; CADETE, I. C. F. S.; MACEDO, K. C.; CHAVES, B. J. P.; SILVA, J. M. A. P. Papel do enfermeiro na acreditação hospitalar: Uma revisão integrativa da literatura. **Braz. J. of Develop.**, v. 6, n. 7, 2020. DOI: 10.34117/ bjdv6n7-642.

MIGLIORINI, B. S. N. **A acreditação ONA como instrumento de melhoria de desempenho organizacional de instituições de saúde**. 2021. (135 f.). Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Aplicadas da Universidade Estadual de Campinas. Limeira. SP, 2021. Disponível em: <https://hdl.handle.net/20.500.12733/1641608>. Acesso: 15 Jun. 2022.

MORAES, M. C. B.; KALNIN, G. F.; KARSTEN, M. A. Uma Análise do Sistema Assurance of Learning Promovido pela Agência de Acreditação Americana AACSB para Cursos de Administração e Negócios. **BASE - Revista de Administração e Contabilidade da UNISINOS**, v. 15, n. 1, p. 68-80, 2018. DOI: 10.4013/base.2018.151.06.

NASCIMENTO, J. C. M.; GRAVENA, A. A. S.; MACHINSKI JUNIOR, M. Acreditação hospitalar como ferramenta para a gestão da qualidade no Brasil: características, avanços e desafios. **RAHIS**, v. 17, n. 4, 2020. DOI: <https://doi.org/10.21450/rahis.v17i4.6347>.

OLIVEIRA, J. L. C.; MAGALHÃES, A. M. M.; BERNARDES, A.; HADDAD, M. C. F. L.; WOLFF, L. D. G.; MARCON, S. S.; MATSUDA, L. M. Influência da Acreditação hospitalar na satisfação profissional da equipe de enfermagem: estudo de método misto. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 27, e3109, 2019. DOI: 10.1590/1518-8345.2799.3109.

OLIVEIRA, J. L. C.; MATSUDA, L. M. Vantagens e dificuldades da acreditação hospitalar: A voz dos gestores da qualidade. **Esc. Anna Nery**, v. 20, n. 1, Jan-Mar, 2016. DOI: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160009>.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. ONA. **Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde**. São Paulo: ONA, 2018.

PIRES, R. P.; PIRES, J. T. **Acreditações, certificações e auditoria da qualidade em saúde**. São Paulo: Editora Senac, 2021. 126 p.

SHAW, C. D.; KUTRYBA, B.; BRAITHWAITE, J.; BEDLICKI, M.; WARUNEK, A. Sustainable healthcare accreditation: messages from Europe in 2009. **Int J Qual Health Care**, v. 22, n. 5, p. 341-50, 2010. DOI: 10.1093/intqhc/mzq043.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 1, n. 8, p.102-6, 2010. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>.

CAPÍTULO 7

COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL NAS BARREIRAS SANITÁRIAS PARA ENFRENTAMENTO DA COVID-19 NO SERTÃO NORDESTINO

Data de aceite: 01/08/2022

Marlla Fernanda Teixeira da Silva

Secretaria Municipal de Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde
Exu (PE) - Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-9821-4343>

Emília Carolle Azevedo de Oliveira

Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz
Recife (PE) - Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-0957-1542>

Maria Olívia Soares Rodrigues

Secretaria Estadual de Saúde, Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária
Petrolina (PE) - Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-2048-1038>

Mleudy Layenny da Cunha Leite

Secretaria Estadual de Saúde
São Paulo (SP) - Brasil
<https://orcid.org/0002-3298-86530000-0002-3298-865>

Laís Eduarda Silva de Arruda

Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória
Vitória (PE) - Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-5023-5460>

Louisiana Regadas de Macedo Quinino

Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz
Recife (PE) - Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-3918-9165>

Celivane Cavalcante Barbosa

Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz
Recife (PE) - Brasil
<https://orcid.org/0000-0001-8405-0432>

RESUMO: Objetivo: Relatar a experiência de implantações das barreiras sanitárias para ações de enfrentamento novo coronavírus a partir da colaboração interprofissional no sertão nordestino. **Síntese dos dados:** Realizaram-se barreiras sanitárias fixas em Exu-Pernambuco, entre 30 de abril a 10 de julho de 2020, resultando em 63 dias de intervenções com a finalidade educativa e preventiva sobre as medidas sanitárias em quatro acessos do município, que interligam os estados de Pernambuco e do Ceará, com ações direcionadas para o enfrentamento da emergência em saúde pública devido à Covid-19. Notou-se que em junho ocorreu o maior percentual de entrada de veículos (59,1%); sendo que, a maioria era proveniente do município de Ouricuri-PE (21,9%). As ações foram executadas por meio do monitoramento do estado de saúde dos indivíduos e da educação em saúde. Tais atividades, possibilitaram identificar na barreira o primeiro caso positivo para Covid-19 em Exu. Essas ações também permitiram a educação permanente dos profissionais envolvidos para atuação no contexto pandêmico. **Conclusão:** As implantações das barreiras sanitárias no início da pandemia auxiliaram na atuação interprofissional no enfrentamento à Covid-19, o que influenciou no controle da disseminação do vírus, proporcionando um atendimento integral

ao usuário.

PALAVRAS-CHAVE: Coronavírus; SARS CoV-2; Saúde Pública; Vigilância em Saúde Pública; Relações Interprofissionais; Educação em Saúde.

INTERPROFESSIONAL COLLABORATION ON SANITARY BARRIERS TO CONFRONT COVID-19 IN THE NORTHEASTERN SERTÃO

ABSTRACT: Objective: To report the experience of implementing sanitary barriers for actions to confront the new coronavirus from interprofessional collaboration in the northeastern hinterland. **Data synthesis:** Fixed sanitary barriers were carried out in Exu-Pernambuco, between April 30 and July 10, 2020, resulting in 63 days of interventions with educational and preventive purposes on sanitary measures in four accesses in the municipality, which interconnect the states of Pernambuco and Ceará, with actions aimed at facing the public health emergency due to Covid-19. It was noted that in June there was the highest percentage of entry of vehicles (59.1%); and the majority came from the municipality of Ouricuri-PE (21.9%). The actions were carried out by monitoring the health status of individuals and health education. Such activities made it possible to identify the first positive case for Covid-19 in Exu at the barrier. These actions also allowed for the continuing education of the professionals involved to work in the pandemic context. **Conclusion:** The implementation of sanitary barriers at the beginning of the pandemic helped in the interprofessional role in fighting Covid-19, which influenced the control of the spread of the virus, providing a comprehensive service to the user.

KEYWORDS: Coronavirus. SARS-CoV-2; Public Health; Public Health Surveillance; Interprofessional Relations; Health Education.

INTRODUÇÃO

A Covid-19, causada pelo vírus Sars-Cov-2, rapidamente extrapolou os limites geográficos de Wuhan/China em dezembro de 2019 ganhando importância mundial⁽¹⁻³⁾. Em janeiro de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) decretou essa doença como Emergência em Saúde de Importância Internacional pelo Regimento Sanitário Internacional^(1,4).

No mundo, foram confirmados 117.833.663 casos de Covid-19 e 2.613.865 mortes pelo vírus até 10 de março de 2021⁽⁵⁾. O primeiro caso confirmado no Brasil, ocorreu em 26 de fevereiro de 2020 em São Paulo⁽²⁾. O país é o terceiro do mundo com a maior quantidade de casos (11.205.972) e possui 270.917 mortes⁽⁵⁾. O Nordeste, neste mesmo período, apresentou 2.601.773 casos e 59.776 óbitos, cujo estado de Pernambuco (PE) ocupou a 13ª posição no *ranking* nacional em número de casos confirmados (311.558) e possui 11.246 óbitos⁽⁵⁾. No município de Exu, até o dia 03 de abril de 2021 foram notificados 2.224 casos⁽⁶⁾.

Diante deste cenário, foram elaboradas estratégias para controle da disseminação da Covid-19 como planos de contingências para respostas rápidas com ações de detecção

precoce, prevenção e controle, vigilância em saúde e avaliação de impactos sanitários⁽⁷⁾. Várias publicações foram realizadas de órgãos internacionais e nacionais para direcionar os gestores de saúde nos planos estratégicos⁽⁷⁻⁹⁾. Entre as ações estabelecidas para o controle da circulação do vírus foi decretado o fechamento das fronteiras aéreas, territoriais, fluviais, marítimas e lacustres⁽⁷⁻⁹⁾. E, fez-se necessária barreiras sanitárias desenvolvidas pela vigilância em saúde para mitigar o avanço do SARS-CoV-2 entre os territórios circunvizinhos^(10,11).

Assim, Pernambuco adotou como medidas de controle: restrição ou suspensão do transporte rodoviário municipal, intermunicipal e interestadual; barreiras sanitárias nos aeroportos e limitação de passageiros em transportes coletivos^(12,13). Desta feita, a Secretaria Municipal de Saúde de Exu realizou ações frente à pandemia, pois o seu território tem limítrofes com os municípios dos estados de Pernambuco e Ceará (CE). O papel da vigilância em saúde em Exu, foi atuar junto a uma equipe interprofissional para obter respostas efetivas no combate do novo coronavírus.

As práticas colaborativas interprofissionais frente a pandemia têm se mostrado um importante instrumento na reorganização do trabalho e, conseqüentemente, traz uma melhora no atendimento na rede de saúde e na linha de cuidado⁽¹⁴⁾.

Salienta-se que, esses profissionais inseridos devem desenvolver ações de combate e enfrentamento de doenças, conforme a Política Nacional de Promoção à Saúde⁽¹⁵⁾. Desse modo, é necessário promover ações que cooperem na prevenção de disseminação do vírus, inserindo no combate à pandemia profissionais para além do setor saúde e a comunidade.

Diante desse contexto, a relevância deste estudo está em vivenciar a experiência da implantação da barreira sanitária no combate à infecção da Covid-19, com a finalidade de fortalecer as medidas preventivas para minimizar as chances de adoecimento e incorporar ações realizadas por uma equipe intersetorial junto ao coletivo, a fim de alcançar maiores conhecimentos a partir do experienciado.

Logo, o presente artigo objetivou relatar a experiência de implantações das barreiras sanitárias para ações de enfrentamento novo coronavírus a partir da colaboração interprofissional no sertão nordestino.

MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência fundamentado no projeto de intervenção “Implantação da barreira sanitária no controle da disseminação do novo coronavírus pela Vigilância em Saúde no Município de Exu, Pernambuco”, realizado com a autorização da gestão local através de carta de anuência. O estudo ocorreu em Exu, no sertão de Pernambuco, situado nos limites dos municípios ao norte Crato-CE e Juazeiro do Norte-CE, ao sul Granito-PE, ao leste Moreilândia-PE e oeste Bodocó-PE, cujas intervenções de

barreiras sanitárias foram realizadas nas fronteiras (Figura 1). O município possui uma área de 1.336,79 km², com população estimada de 31.636 habitantes, densidade demográfica 23,65 hab/km², renda per capita R\$ 8.417,20 e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal 0,58⁽¹⁶⁾.

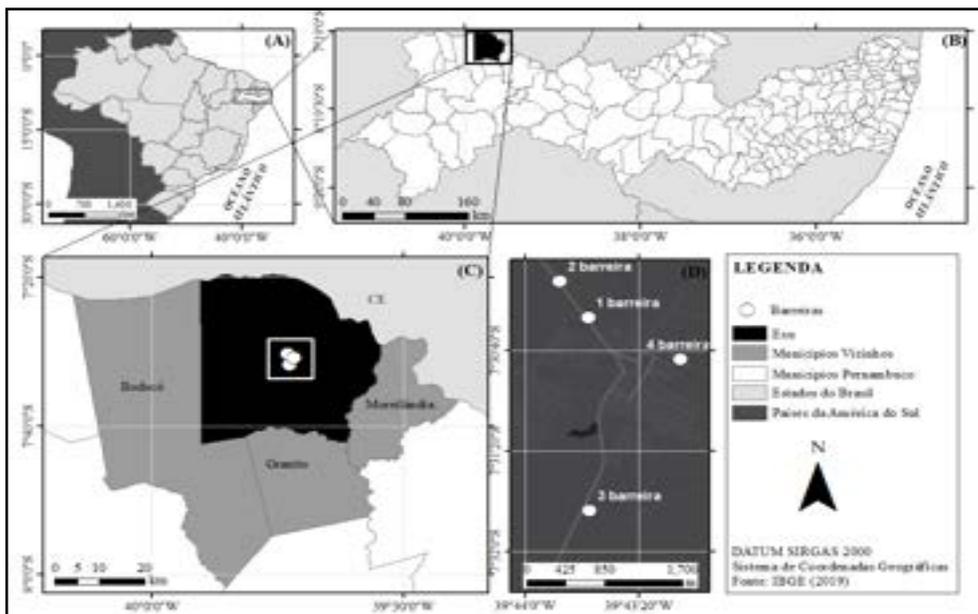


Figura 1 – Localizações do estado de Pernambuco (A), município de Exu-PE (B), limites geográficos (C) e as barreiras sanitárias em Exu-PE (D). Exu, Pernambuco, 2020.

Fonte: Elaborado pelas autoras (2020).

Os sujeitos participantes foram os profissionais da Secretaria Municipal que constituíram os protocolos da barreira sanitária e participaram da execução; assim como, todos os veículos com os seus condutores e os passageiros abordados durante a barreira. Esses últimos, enquadraram-se como viajantes, pessoas não residentes do município; e residentes, indivíduos que possuíam morada fixa atestada mediante apresentação de comprovante^(17,18).

As atividades de planejamento e implantação das barreiras sanitárias ocorreram em três etapas: 1º) construção de instrumentos legais e treinamento; 2º) execução das barreiras sanitárias; e 3º) os principais resultados alcançados. Os dados foram explorados a partir das análises de frequência absoluta e relativa no *Epi Info 7.2.4* (2020) e elaboração de gráficos no *Microsoft Excel* (2019).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A principal forma de transmissão do vírus é através de secreção de gotículas de saliva, sendo acelerada a disseminação pela mobilidade humana^(3,9). Desta feita, a implantação de barreiras sanitárias fez-se necessário a fim de interromper a proliferação do vírus por meio da prevenção⁽¹⁰⁾.

Inicialmente para implantação das barreiras sanitárias foram imprescindíveis as reuniões com debates acerca da prevenção e promoção a saúde para controlar a disseminação da Covid-19. Essas reuniões culminaram na elaboração dos instrumentos legais e treinamentos da equipe, além de formar o comitê de enfrentamento a Covid-19 em Exu, composto pela Atenção Básica, Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), Vigilâncias Sanitária e Epidemiologia, Centro de Especialidades, Programa Municipal de Imunização, equipe do Hospital Municipal, Saúde da Mulher e da Criança, Centro de Atenção Psicossocial, Saúde Bucal, bombeiros civis e professores da rede municipal. Dessa forma, a finalidade era responder de maneira organizada e estratégica ao novo coronavírus e atender às orientações dos planos de contingências estabelecidos pela OMS, pelo Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde⁽⁷⁻⁹⁾.

Para fortalecer a legalidade das ações realizadas nas barreiras sanitárias e nortear a atuação dos profissionais envolvidos, foram elaborados documentos como Ofício Circular nº 02 de 20 março de 2020⁽¹⁷⁾, referente ao isolamento domiciliar de 14 dias a serem cumprindo pelos residentes regressos a Exu e o Decreto Municipal nº 024 de 13 de maio de 2020⁽¹⁸⁾ que determinou o fechamento das vias de acesso ao município e institui barreiras sanitárias. Além dos instrumentos padronizados aplicados nas barreiras: ficha de controle e a declaração de isolamento social. Na Figura 2, observa-se a linha do tempo em relação à pandemia de Covid-19 e as ações realizadas com relação a estruturação das barreiras sanitárias.

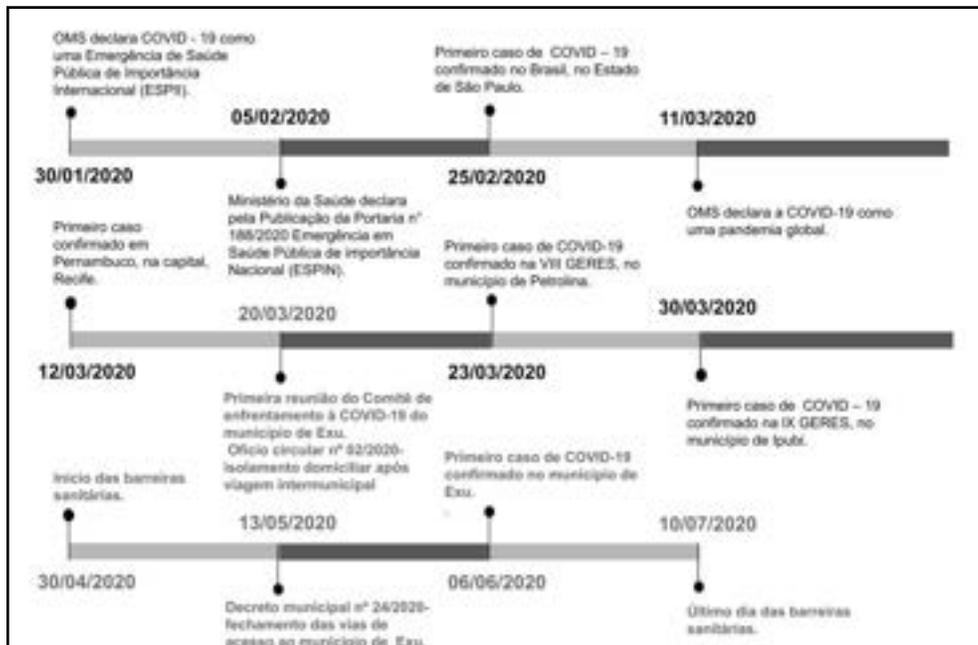


Figura 2 - Linha do tempo dos marcos temporais da Covid-19 no Mundo, Brasil, Pernambuco e Exu-PE no período de janeiro de 2020 a julho de 2020. Exu, Pernambuco, 2020.

Fonte: Elaborado pelas autoras (2020).

Levando-se em consideração o grande número de casos de Covid-19 nas áreas circunvizinhas, o município de Exu-PE teve a iniciativa de implantar ações de controle contra o avanço da doença dentro do seu território, através das ações de vigilância em saúde e dos serviços de assistência. Corrobora com estudos que tratam as ações integradas de vigilância e atenção à saúde como estratégias eficazes e eficientes para o controle da disseminação do vírus e ainda é ressaltado que a velocidade da disseminação da Covid-19 é dependente de decisões rápidas e da capacidade de escolha governamental sobre as melhores medidas de controle^(19,20).

O município de Exu-PE, mostrou-se resiliente diante da situação procurando mitigar o problema de saúde pública vivenciado pela primeira vez em todas as localidades do mundo. Segundo a Decisão do Supremo Tribunal Federal, Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 672⁽²¹⁾, existe o exercício da competência dos governos estaduais e municipais para adoção ou manutenção de medidas restritivas legalmente permitidas durante a pandemia, independente de superveniência de ato federal em sentido contrário.

Ademais, o próximo passo foi a realização de um conjunto de ações educativas e treinamentos de enfrentamento à Covid-19, a partir de 30 de abril de 2020, com a execução de duas oficinas, três reuniões e três palestras para o público alvo da vigilância em saúde, técnicos de vigilância sanitária, ambiental e epidemiológica, equipe de saúde da família, equipe multiprofissional do NASF, profissionais da assistência social, equipe de bombeiros

civis e professores da rede municipal de ensino. Esses treinamentos tinham como objetivo capacitar a equipe multiprofissional a partir dos saberes interdisciplinares sobre os protocolos de combate à Covid-19 e aplicações dos instrumentos de monitoramento e acompanhamento das barreiras sanitárias implantadas. O nível de interação interprofissional, está diretamente relacionado com o estreitamento das relações interpessoais, respeito mútuo, confiança, favorecendo o trabalho colaborativo⁽²²⁾.

As ações da equipe interprofissional possibilitam uma assistência qualificada que resulta no maior sentimento de segurança no indivíduo, proporcionando uma maior interação entre os diferentes profissionais e, por conseguinte, produz desfechos positivos para a rede de atenção à saúde^(14,22).

Para prevenir o Covid-19, as barreiras sanitárias foram executadas entre 30 de abril e 10 de julho (63 dias), em três acessos: duas na Rodovia PE-545, divisa entre os municípios do estado do Ceará, e uma na fronteira de Bodocó-PE (Figura 1). Diante dessa vivência, ocorreu a necessidade de implantar a quarta barreira sanitária no período de 25 de junho até 10 de julho, junto ao apoio de uma “barreira sanitária móvel” numa estrada vicinal nos limites entre Granito-PE e Moreilândia-PE, que consistia em uma motocicleta para agilidade na fiscalização com policiais (Figura 1).

As barreiras funcionaram das 7 às 18 horas (segunda a sábado), em dois turnos pela manhã (7 às 12 horas) e a tarde (14 às 18 horas). Cada turno era composto por quatro assistentes sociais, três profissionais do NASF e da atenção básica, três professores e/ou educadores físicos pertencentes às oito creches do município, dois bombeiros e dois agentes de endemias.

Os profissionais das vigilâncias sanitária e ambiental participavam das barreiras sanitárias de 7 às 8 horas, de 12 às 13 horas e de 17 às 18 horas, apoiando na logística de reposição de materiais, suporte e na troca de turno dos demais profissionais. Eram dois profissionais para cada intervalo de 01 hora, totalizando seis profissionais por dia.

Nas barreiras sanitárias os viajantes e residentes foram abordados com o monitoramento realizado através da ficha de controle, além de realizarem avaliação em saúde com o auxílio de termômetro digital e oxímetro. O principal foco da intervenção eram as ações educativas de promoção e prevenção da saúde, utilizando folders explicativos para discutir medidas não farmacológicas como higienização das mãos, uso de máscaras de proteção individual e isolamento social.

Entre estas medidas, o isolamento social e o uso de máscara foram fortemente recomendados como critérios mais efetivos contra a transmissão do vírus⁽²³⁾. As ações educativas permitem ao cidadão compreender a responsabilidade em saúde tanto individual quanto no âmbito coletivo para o controle das doenças no território⁽²⁴⁾. Tendo em vista que no período da realização da barreira não se tinha a imunização contra a Covid-19.

O acesso dos residentes do município era permitido mediante a comprovação de residência e para os profissionais a autenticação da ocupação. Os viajantes também

eram interrogados sobre a presença de sintomas gripais e orientados a procurar o hospital municipal caso tivessem sintomas. Vale destacar, que nos municípios de pequeno e médio porte existe um grande desafio com relação aos custos financeiros com serviços de alta complexidade, tornando-se inviáveis. Com isso, estabelecem-se contratos intermunicípios, ou entre Estados limítrofes na expectativa de obter um tratamento para as diversas doenças e complicações, sem que os seus residentes se desloquem até a capital, onde concentra um maior número de profissionais e serviços de saúde de média e alta complexidade. Segundo Oliveira et al.⁽²⁵⁾, a Covid-19 expõe as vulnerabilidades estruturais e as dificuldades do Sistema Único de Saúde (SUS), no que tange a falta e/ou distribuição desigual no território, de profissionais de saúde e de infraestrutura nos serviços de saúde.

Ainda no intuito de alcançar a prevenção e o controle da disseminação do vírus foram adotadas estratégias de higienização dos veículos (pneus, maçanetas e outras áreas externas) com a solução de água, cloro e água sanitária pelos profissionais no plantão, além da distribuição de máscaras de tecido e álcool líquido ou em gel, uma vez que estudos comprovam a sobrevivência do vírus em diferentes superfícies de vários materiais como plástico, metal ou vidro^(26,27). Em geral, o SARS-CoV-2 é suscetíveis aos tratamentos de detergentes e desinfecção, quando há limpeza adequada e periódica nas superfícies com o uso de hipoclorito de sódio e peróxido de hidrogênio⁽²⁸⁾.

Por fim, foram verificados alguns resultados em relação ao quantitativo de veículos no período de execução das barreiras sanitárias, sendo abordados 2.140 transportes, na distribuição mensal ocorreu destaque no mês de junho (1.264; 59,1% veículos). Quanto aos municípios de origem dos veículos, destacaram-se Ouricuri -PE (468; 21,9%), Juazeiro do Norte - CE (365; 17,1%), Crato - CE (260; 12,1%) (Figura 3).

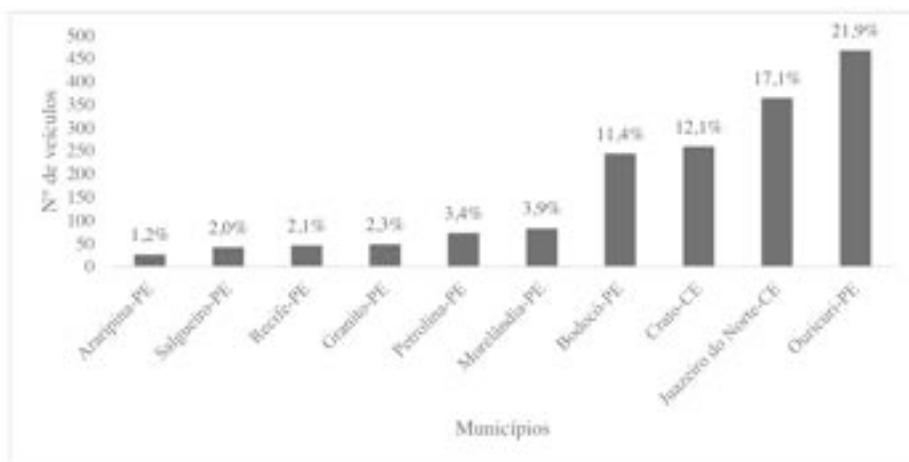


Figura 3- Número absoluto e relativo de veículos contabilizados nas barreiras sanitárias na entrada da cidade de Exu - PE, segundo os dez principais municípios de origem, registrados de 30 de abril a 10 de julho de 2020. Exu, Pernambuco, 2020.

Fonte: Elaborada pelas autoras (2020).

O município de Ouricuri sobressaiu por ser sede da IX Regional de Saúde de Pernambuco. Nele, localiza-se a rede de referência para assistência à saúde de média complexidade e o hospital para onde são regulados os residentes de Exu. Portanto, o alto fluxo de veículos para este destino, fundamenta-se pela busca por atendimento às necessidades de saúde da população. Assim como nos dois municípios cearenses, Crato e Juazeiro do Norte, que são polos médicos procurados pelos municípios, mesmo que o estado de Pernambuco defina outros destinos no desenho oficial da Rede de Saúde de referência para Exu.

Neste contexto, diante do cenário político-econômico e estado de pandemia, ao considerar as diversidades nas cinco regiões do país, o SUS desempenha um papel de garantidor da saúde da população brasileira, no qual muitos usuários passaram a ser atendidos neste sistema para assistência preventiva ou curativa. Toda a população está sendo monitorada e recebe intervenções das vigilâncias em saúde do país de modo descentralizado, com esforços entre os gestores para realizar planejamentos em saúde e desempenhar ações levando em consideração as necessidades de cada território⁽²⁵⁾.

Alguns estudos questionam se o país estava preparado para a chegada do SARS-CoV-2, principalmente, diante da redução dos investimentos no SUS praticada pelas políticas de austeridade. O que foi visto até o momento, mostrou que mesmo diante da experiência e robustez do sistema de vigilância em saúde, ainda há muito a se construir^(25,29).

Para alcançar o fortalecimento deste sistema, alguns pontos são necessários como ampliar o quantitativo de trabalhadores em saúde, investir em qualificação profissional e na valorização das profissões que se dedicam à prevenção e ao alívio do sofrimento, que devem atuar integralmente com as equipes interprofissionais e nas comunidades com uma educação baseada no entendimento de que é preciso haver uma permuta de aprendizado; numa prática clínica capaz de compreender a dinâmica do território, e numa gestão com capacidade de gerar e gerir as situações de cuidado em todo ciclo da vida no enfrentamento de uma pandemia global⁽²⁹⁾.

As implantações das barreiras sanitárias possibilitaram a circulação tardia do vírus SARS-CoV-2 no município de Exu-PE, tendo em vista que localizou o primeiro caso positivo para a Covid-19 em Exu, no dia 06 de junho de 2020 (Figura 2). Em uma abordagem realizada pelo o enfermeiro sanitário, identificou-se um resultado de teste rápido sorológico positivo para SARS-CoV-2, realizado no município de Ouricuri - PE. A partir deste caso, foi realizada uma busca ativa dos contatos, pela equipe de vigilância epidemiológica, e encontrado sete doentes na família, entre os quais portadores assintomáticos. Após essa busca ativa, o município decretou a transmissão comunitária do novo coronavírus, havendo a intensificação de atividades de educação em saúde com a população.

Com a flexibilização do decreto do Estado de Pernambuco nº 49.055, de 31 de maio de 2020⁽³⁰⁾, houve a permissão do retorno das atividades comerciais. Portanto, o comitê discutiu as ações executadas e diante da transmissão comunitária, resolveu finalizar a

barreira sanitária em 10 de julho de 2020.

Portanto, a estratégia das barreiras sanitárias viabiliza o conhecimento e o encaminhamento de casos suspeitos com manejo seguro, sendo possível executar promoção de saúde e prevenção de agravos⁽³¹⁾. Ressalta-se, que todas as ações realizadas foram a luz da Política Nacional de Promoção da Saúde⁽¹⁵⁾, que possui os objetivos de promover a saúde e diminuir os riscos à saúde individual e coletiva.

CONCLUSÃO

Ademais, as implantações das barreiras sanitárias contribuem no controle da disseminação de novos casos da Covid-19 no território, com grande impacto em municípios de pequeno porte, e na organização da rede de atenção à saúde, proporcionando um atendimento integral e resolutivo ao cidadão. Neste contexto, A prática interprofissional é de fundamental importância desde à elaboração até a execução das normas e ações assistenciais no cuidado individual e coletivo para o controle dos casos da doença no território. Para que haja o sucesso das intervenções realizadas, a comunidade deve se engajar como parceiras ativas nos esforços de prevenção de doenças infecciosas primárias e secundárias.

REFERÊNCIAS

1. Organização Pan-Americana da Saúde. OMS declara emergência de saúde pública de importância internacional por surto do novo coronavírus [Internet]. 2020 [acesso em 2021 Jan 5]. Disponível em: [https://www.paho.org/pt/news/30-1-2020-who-declares-public-health-emergency-novel-coronavirus#:~:text=30%20de%20janeiro%20de%202020,de%20Import%C3%A2ncia%20Internacional%20\(ESPII\)](https://www.paho.org/pt/news/30-1-2020-who-declares-public-health-emergency-novel-coronavirus#:~:text=30%20de%20janeiro%20de%202020,de%20Import%C3%A2ncia%20Internacional%20(ESPII))
2. Croda JHR, Garcia LP. Resposta imediata da Vigilância em Saúde à epidemia da COVID-19. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2020 [acesso em 2021 Jan 5];29(1):e2020002. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-4974202000100021>
3. Chen L, Liu HG, Liu W, Liu J, Liu K, Shang J, et al. Analysis of clinical features of 29 patients with 2019 novel coronavirus pneumonia. *Zhonghua Jie He He Hu Xi Za Zhi* [Internet]. 2020 [acesso em 2021 Abr 30];6(43):E005. Disponível em: <https://europepmc.org/article/med/32026671>
4. World Health Organization. International Health Regulations. [Internet]. Geneva: WHO. 2005 [acesso em 2021 Abr 30]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241580496>
5. Governo do Estado de Pernambuco. COVID-19 em Dados [Internet]. 2021 [acesso em 2021 Jan 6]. Disponível em: <https://dados.seplag.pe.gov.br/apps/corona.html>
6. Prefeitura Municipal de Exu. CoronaVírus [Internet]. Boletim Atualizado. 2021 [acesso em 2021 Jan 6]. Disponível em: <https://exu.pe.gov.br/site/corona-virus/>

7. World Health Organization. COVID-19 Strategic preparedness and response plan: Operational planning guidelines to support country preparedness and response [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [acesso em 2021 Abr 30]. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-19-sprp-unct-guidelines.pdf?sfvrsn=81ff43d8_4
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública. Boletim Epidemiológico 01 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [acesso em 2021 Jan 30]. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/04/Boletim-epidemiologico-SVS-04fev20.pdf>
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Diretrizes para diagnóstico e tratamento da COVID-19 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [acesso em 2021 Jan 30]. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/08/Diretriz-Covid19-v4-07-05.20h05m.pdf>
10. Ferreira SC. Sobre a eficiência de barreiras sanitárias restritivas para conter o avanço da COVID-19: Uma modelagem matemática simples. Health Sciences [Internet]. 2020 [acesso em 2021 Jan 5]. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/691/1612>
11. Albuquerque NLS. Planejamento Operacional durante a pandemia de Covid-19: Comparação entre recomendações da Organização Mundial da Saúde e o Plano de Contingência Nacional. Cogitare enferm [Internet]. 2020 [acesso em 2021 Jan 30];25. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/72659/pdf>
12. Governo do Estado de Pernambuco. Plano de contingência para infecção humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV) [Internet]. 1nd ed. 2020 [acesso em 2021 Jan 6]. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/PLANO-DE-CONTINGENCIA-novo-coronavirus-PERNAMBUCO-EM-REVIS--O.pdf>
13. Governo do Estado de Pernambuco. Pernambuco contra a COVID-19: medidas governamentais [Internet]. 2021 [acesso em 2021 Jan 6]. Disponível em: <https://www.pecontracoronavirus.pe.gov.br/>
14. Caneppele AH, Cucolo DF, Mininel VA, Meireles E, Silva JAMD. Colaboração interprofissional em equipes da rede de urgência e emergência na pandemia da Covid-19a. Esc Anna Nery [Internet]. 2020 [acesso em 2021 Abr 30];24. Disponível em: <https://www.scielo.br/ean/a/qwb3vpq9FkWRkskRQSkZRGf/?lang=pt>
15. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Promoção da Saúde [Internet]. 3rd ed. 2010 [acesso em 2020 Abr 13]. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e Estados [Internet]. 2021 [acesso em 2021 Jan 30]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pe/exu.html>
17. Prefeitura Municipal de Exu. Ofício Circular n.º 02, de 20 de março de 2020. Regulamenta as medidas restritivas temporárias para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente da Covid-19. Exu: Secretaria Municipal de Saúde; 2020.
18. Prefeitura Municipal de Exu. Decreto nº 024, de 13 de maio de 2020. Ementa: determina o fechamento das vias de acesso ao município de Exu-PE e das outras providências [Internet]. 2020 [acesso em 2021 Jan 6]. Disponível em: <https://exu.pe.gov.br/site/corona-virus/>

19. Prado NMDBL, Biscarde DGDS, Pinto Junior EP, Santos HLPCD, Mota SEDC, Menezes ELCD, et al. Ações de vigilância à saúde integradas à Atenção Primária à Saúde diante da pandemia da COVID-19: contribuições para o debate. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2021 [acesso em 2021 Set 30];26,2843-2857. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/z5WSwQfqN6348KfWcnS34pL/?lang=pt>
20. Pêgo B, Moura R, Nunes M, Krüger C, Moreira P, Ferreira G, et al. Pandemia e fronteiras brasileiras: Análise da evolução da Covid-19 e proposições [Internet]. Brasília: Instituto Pesquisa Econômica Aplicada – ipea; 2020 [acesso em 2021 Jan 30]. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=35600
21. Moraes A. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 672 [Internet]. 2020 [acesso em 2021 Jan 6]. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/ADPF672liminar.pdf>
22. Fernandes SF, Trigueiro JG, Barreto MAF, Carvalho REFLD, Silva MRFD, Moreira TMM, et al. O trabalho interprofissional em saúde no contexto da pandemia de COVID-19: revisão de escopo. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2021 [acesso em 2021 Nov 30];55. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/Q5xzBG8qVcZcbWmpGktLXQq/?format=pdf&lang=pt>
23. Rios AFM, Lira LSSP, Reis IM, Silva GA. Atenção primária à saúde frente à covid-19 em um centro de saúde. *Enferm Foco (Brasília)* [Internet]. 2020 [acesso em 2021 Jan 30];11(1):246–51. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3666/836>
24. Barreto ACO, Rebouças CB de A, Aguiar MIF de, Barbosa RB, Rocha SR, Cordeiro LM, et al. Percepção da equipe multiprofissional da Atenção Primária sobre educação em saúde. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2019 [acesso em 2021 Jan 30];72:278–85. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/9VjrMMcnrxDBrjK5rdt9qXk/?lang=pt&format=html>
25. Oliveira WK, Duarte E, França GVA, Garcia LP. Como o Brasil pode deter a COVID-19. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2020 [acesso em 2021 Jan 5];29(2):e2020044. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/ress/2020.v29n2/e2020044/>
26. Kampf G, Todt D, Pfaender S, Steinmann E. Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and their inactivation with biocidal agents. *J Hosp Infect* [Internet]. 2020 [acesso em 2021 Abr 24];104(3):246–51. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.01.022>
27. Atzrodt CL, Maknojia I, McCarthy RDP, Oldfield TM, Po J, Ta KTL, et al. A Guide to COVID-19: a global pandemic caused by the novel coronavirus SARS-CoV-2. *FEBS J* [Internet]. 2020 [acesso em 2021 Abr 24];287(17):3633–50. Disponível em: <https://febs.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/febs.15375>
28. Carraturo F, Del Giudice C, Morelli M, Cerullo V, Libralato G, Galdiero E, et al. Persistence of SARS-CoV-2 in the environment and COVID-19 transmission risk from environmental matrices and surfaces. *Environ Pollut* [Internet]. 2020 [acesso em 2021 abr 30];265:115010. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.envpol.2020.115010>
29. Lana RM, Coelho FC, Da Costa Gomes MF, Cruz OG, Bastos LS, Villela DAM, et al. The novel coronavirus (SARS-CoV-2) emergency and the role of timely and effective national health surveillance. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2020 [acesso em 2021 Abr 30];36(3). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/sHYgrSsxqKTZnk6rJVpRxQL/?lang=en>

30. Governo do Estado de Pernambuco. Decreto n.º 49.055, de 31 de maio de 2020. Sistematiza as regras relativas às medidas temporárias para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo coronavírus, conforme previsto na Lei Federal nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020 [Internet]. 2020 [acesso em 2021 Jan 6]. Disponível em: https://www.sefaz.pe.gov.br/Legislacao/Tributaria/Documents/Legislacao/Decretos/2020/Dec49055_2020.htm

31. Figueiredo EAB, Silva KLS, Luz HDH, Martins FLM, Marçal MA, Vitorino DFM, et al. Atuação do Fisioterapeuta na saúde primária no enfrentamento da COVID 19: relato de experiência. Rev bras promoz saúde [Internet]. 2021 [acesso em 2021 Abr 13];34. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/11164>

CAPÍTULO 8

SEGURANÇA DO PACIENTE NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Data de aceite: 01/08/2022

Data de submissão: 07/07/2022

Camilla Pontes Bezerra

Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem
São Paulo – São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/0240028136282226>

Maria Helane Rocha Batista Gonçalves

Universidade Estadual do Ceará, Curso de Bacharelado em Enfermagem
Fortaleza – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/1374972923091474>

Paula Silva Aragão

Universidade de Pernambuco, Curso de Bacharelado em Enfermagem
Recife – Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/3934367740535469>

Silvana Mêre Cesário Nóbrega

Faculdade Santa Emília de Rodat, Curso de Bacharelado em Enfermagem
João Pessoa – Paraíba
<http://lattes.cnpq.br/9369052340628348>

Samara Camila de Sousa Amaral

Centro Universitário Estácio do Ceará, Curso de Bacharelado em Fisioterapia
Fortaleza – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/5535622571117237>

Jessica de Lima Aquino Nogueira

Universidade de Fortaleza, Curso de Bacharelado em Enfermagem
Fortaleza – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/0474875952947236>

Carlos Jerson Alencar Rodrigues

Centro Universitário Estácio do Ceará, Curso de Bacharelado em Enfermagem
João Pessoa – Paraíba
<http://lattes.cnpq.br/6912265642344914>

Maria Lucivânia Pereira da Silva

Centro Universitário Estácio do Ceará, Curso de Bacharelado em Enfermagem
Fortaleza – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/1145464562629076>

Mara Maia Silveira Reis

Centro Universitário Estácio do Ceará, Curso de Bacharelado em Enfermagem
Fortaleza – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/1059001842497549>

RESUMO: INTRODUÇÃO: A segurança do paciente é uma preocupação mundial e pode ser definida como prevenir ou evitar os eventos adversos ou as lesões ocasionadas durante o internamento hospitalar. Dentre os eventos adversos mais comuns relacionados à assistência à saúde, está o erro de medicação, que é definido como qualquer evento evitável que pode causar ou induzir o uso inapropriado medicamentos ou prejudicar paciente enquanto o medicamento está sob o controle do profissional de saúde. **OBJETIVO:** Descrever as estratégias utilizadas pela enfermagem para evitar eventos adversos relacionados à administração de medicamentos e os objetivos específicos: Conhecer a implicações dos erros na administração de medicamentos e Identificar os fatores de risco para eventos adversos no processo de administração de

medicação. **METODOLOGIA:** Estudo exploratório, de abordagem qualitativa, realizado por meio de uma revisão de literatura integrativa. Realizado nas Bases de Dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados em Enfermagem (BDENF), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), usando os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Segurança do paciente; Prescrições de medicamentos; Emergências e Enfermagem, durante o mês de setembro de 2018. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Após refinamento foram analisadas 11 publicações realizadas por enfermeiros, nos últimos cinco anos. Esses artigos pontuavam os motivos que favorecem os eventos adversos e como evitá-los. Dentre as principais causas estão: o erro de medicação, a troca de paciente, o erro de dosagem e de horário. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Esse estudo permitiu identificar inúmeros artigos sobre a temática. Contudo, ainda é grande o número de erros dentro da assistência de enfermagem relacionados à administração de medicação.

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do paciente; Prescrições de medicamentos; Enfermagem.

PATIENT SAFETY IN DRUG ADMINISTRATION

ABSTRACT: INTRODUCTION: Patient safety is a worldwide concern and can be defined as preventing or avoiding adverse events or injuries during hospitalization. Among the most common adverse events related to health care is the medication error, which is defined as any preventable event that can cause or induce the inappropriate use of medicines or harm the patient while the medicine is under the control of the health professional. **OBJECTIVE:** To describe the strategies used by nursing to avoid adverse events related to medication administration and the specific objectives: To know the implications of medication administration errors and To identify the risk factors for adverse events in the medication administration process. **METHODOLOGY:** An exploratory study, with a qualitative approach, carried out through an integrative literature review. In the Virtual Health Library (VHL) databases: Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), Nursing Database (BDENF), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), using the Descriptors in Health Sciences (DeCS): Patient Safety; Prescriptions of medicines; Emergencies and Nursing, during the month of September 2018. **RESULTS AND DISCUSSION:** After refinement were analyzed 11 publications made by nurses in the last five years. These articles punctuated the motives that favor adverse events and how to avoid them. Among the main causes are: medication error, patient change, dosage error and time. **FINAL CONSIDERATIONS:** This study allowed the identification of numerous articles on the subject. However, the number of errors within nursing care related to medication administration is still large.

KEYWORDS: Patient safety; Prescriptions of medicines; Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é uma preocupação mundial, onde o cuidado é fundamental para a vida. Um procedimento feito com segurança pode decidir o tempo que o paciente pode levar na unidade de saúde, além de evitar danos temporários ou definitivos¹.

O cuidado à saúde pode ser prestado por instituições públicas ou privadas, estas

podem oferecer serviços de urgência, emergência, internamento ou somente consultas. Porém, todas elas podem oferecer algum risco para o paciente, e estes podem gerar um incidente ou um evento adverso, mas que em sua maioria podem ser evitados a partir de estudos, pesquisas e aplicação de protocolos voltados para a segurança desses pacientes que buscam esses cuidados.

Dentre os eventos adversos mais comuns relacionados à assistência à saúde, está o erro de medicação, que é definido como qualquer evento evitável que pode causar ou induzir o uso inapropriado de medicamento ou prejudicar o paciente enquanto o medicamento está sob o controle do profissional de saúde. Ou seja, um evento adverso é aquele que acontece causando prejuízos físicos ou psicológicos ao paciente decorrente do cuidado em saúde².

A Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta que a segurança do paciente é um princípio fundamental dos cuidados de saúde, através disso são feitos vários estudos para a melhoria dos resultados, a fim de reduzir os erros causados por profissionais da área hospitalar. Na assistência dos pacientes, muitos são vítimas de falhas, assim, sofrendo e chegando a causar-lhes eventos adversos como podendo levar a morte³.

Segundo o Ministério da Saúde do Brasil, o incremento de estratégias para segurança do paciente depende de conhecimentos e do desempenho de normas e regulamentos que se aplicam ao funcionamento dos estabelecimentos de saúde⁴.

Foram elaborados seis protocolos que constituem instrumentos obrigatórios para os planos de segurança do paciente nas instituições de saúde, por estruturar uma prática assistencial segura e que se refere à Resolução da Diretoria Colegiada (RDC 36/2013). São eles: Identificação do paciente; Prevenção de úlceras por pressão; Cirurgia segura; Prevenção de quedas; Segurança na prescrição, Uso e Administração de Medicamentos e Prática de higiene das mãos em serviços de saúde³.

Muitas são as instituições de saúde que vem despertando para o desenvolvimento de protocolos relacionados a esta temática assim como pesquisadores da área da saúde. A segurança do paciente está diretamente relacionada com a qualidade da assistência prestada.

A primeira medida é a obrigatoriedade de todos os hospitais do país, públicos e privados, criarem os Núcleos de Segurança do Paciente. Estes núcleos têm como prioridade promover ações para a implantação da gestão de risco no serviço de saúde, com vistas à segurança do paciente, e a integração e articulação multiprofissional nos processos de gerenciamento e gestão de riscos. Sua missão é, também, entre outros pontos, implantar e acompanhar o uso dos Protocolos de Segurança do Paciente⁵.

De acordo com o Anexo 3 do Ministério da Saúde, o protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos deverá ser aplicado em todos os estabelecimentos que prestam cuidados à saúde, em todos os níveis de complexidade, em que medicamentos sejam utilizados para profilaxia, exames diagnósticos, tratamento e medidas paliativas. Devendo o enfermeiro supervisionar o preparo e a administração de

medicamentos realizados por técnicos e auxiliares de enfermagem⁶.

Nos Estados Unidos os Eventos Adversos (EA) são a terceira causa de mortes por ano. Já no Brasil estima-se que os EA estejam na quinta colocação nas causas de morte. Vale ressaltar que os erros são multifatoriais e que geralmente estão associados à falha humana⁷.

Estudo aponta que, a cada 3 minutos, 2,47 brasileiros morrem em um hospital privado ou público por consequência de um erro ou de um evento adverso – por exemplo, erros de dosagem ou administração de medicamentos⁷.

As unidades de urgência e emergência são serviços geralmente existentes em hospitais de médio ou grande porte. Esses serviços têm por característica uma alta rotatividade de pessoas e foram criados para prestar atendimento imediato a pacientes com agravo à saúde, a fim de oferecer serviços de alta complexidade e diversidade para atender a essa demanda e garantir todas as manobras de sustentação à vida, com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado⁸.

Considerando que a unidade de urgência e emergência é a porta de entrada de hospitais faz-se necessário observar a implementação de ações por partes dos profissionais que garantam a segurança do paciente, desde o momento de sua admissão até sua alta hospitalar.

Em estudo realizado nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) no Paraná, entre abril de 2015 e março de 2016, identificou algumas situações que favorecem os eventos adversos relacionados ao erro de medicação, dentre eles: falta de rótulos na medicação durante sua infusão no paciente e ausência da conferência de fármacos⁹.

Diante do exposto, surge à pergunta norteadora desse estudo: Quais ações são realizadas pela equipe de enfermagem para a promoção da segurança do paciente no processo de administração de medicamentos?

Acredita-se que a quantidade de profissionais para o contingente de pacientes possa favorecer os erros, assim como falta de atenção e cansaço físico resultante de dupla jornada por parte da equipe de enfermagem. Frente a isso, os profissionais necessitam desenvolver técnicas que promovam a segurança do paciente, dentre elas: a dupla checagem, além de não administrar qualquer medicamento quanto houver dúvida em relação à letra do prescritor.

Esse estudo se justifica pela proximidade e interesse das pesquisadoras pela temática após a vivência da mesma no estágio curricular, que possibilitou evidenciar que o ambiente hospitalar de urgência do Sistema Único de Saúde tem uma demanda enorme de pacientes, por vezes sem identificação adequada e um contingente insuficiente de profissionais, ou seja, um cenário ideal para eventos adversos.

Por tanto, esse estudo é essencial para avaliar a qualidade da assistência prestada e conscientizar a equipe de enfermagem da sua responsabilidade em relação à segurança do paciente.

2 | OBJETIVO

- Identificar na literatura científica os principais erros e quais as estratégias utilizadas pela enfermagem para evitar a ocorrência de eventos adversos no processo de administração de medicamentos.

3 | METODOLOGIA

O referido estudo adotou uma abordagem exploratória, de abordagem qualitativa, realizado por meio de uma revisão de literatura integrativa.

A pesquisa exploratória tem a finalidade de proporcionar maior familiaridade com o problema. Podendo torná-lo explícito ou construir hipóteses sobre ele. Geralmente, assume a forma de pesquisa bibliográfica¹⁰.

A abordagem qualitativa é adequada para a interpretação de questões e representações particulares em relação a alguns fenômenos, construídos com base em valores e crenças, o que não pode ser reduzido a variáveis operacionais¹¹.

A revisão integrativa é constituída por seis etapas: identificar o tema e selecionar a questão norteadora para elaboração da revisão integrativa; determinar os critérios de inclusão e exclusão de estudos e na busca na literatura; definir as informações a serem extraídas dos estudos selecionados e classificar os estudos; avaliar os estudos incluídos na revisão integrativa; interpretar resultados; apresentar a revisão integrativa¹².

Diante do exposto, surge à pergunta norteadora desse estudo: Quais ações são realizadas pela equipe de enfermagem para a promoção da segurança do paciente no processo de administração de medicamentos?

Para desenvolver o estudo foram utilizados as Bases de Dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados em Enfermagem (BDENF), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), com publicações nacionais e internacionais.

A amostra do estudo foi composta por artigos que se encaixavam nos critérios de inclusão publicações em língua portuguesa, nos últimos cinco anos, que estejam disponíveis na íntegra e gratuitos, que descrevam sobre a temática pesquisada, que tenham sido publicados por enfermeiros e que tenham os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Segurança do paciente; Prescrições de medicamentos e Enfermagem.

Foram excluídos do estudo pesquisas do tipo: monografias, teses, trabalhos em outros idiomas, reflexão, editoriais e relato de experiência.

A coleta de dados foi realizada durante o mês de setembro de 2018. De forma, que categorizasse os artigos que se encaixam na temática para assim favorecer a análise dos mesmos.

Os dados foram analisados através da leitura minuciosa de cada artigo e após serem organizados, os mesmos foram tabulados, de maneira que os conteúdos foram comparados

e interpretados para chegar aos objetivos desse estudo. Dessa forma de análise é evidenciada por Ercole, Melo e Alcoforado¹³, que sintetiza os resultados baseando-se na semelhança entre os estudos, assim como a forma de apresentação gráfica e numérica, para facilitar o entendimento do leitor.

A busca nas bases de dados por artigos que contemplasse a temática dessa pesquisa resultou em um total de 11 publicações realizadas por enfermeiros, nos últimos cinco anos. Para fácil compreensão do leitor, abaixo seguem dois quadros que categorizam essas publicações e após serão discutido.

BASE DE DADOS	BUSCA INICIAL	IDENTIFICADOS E ELIMINADOS	LEITURA DOS RESUMOS DOS ARTIGOS (ELIMINADOS)	ARTIGOS NA INTEGRA (Eliminados)	SELECIONADOS
BDEF	237	199	18	17	3
LILACS	302	270	19	9	4
SCIELO	274	94	156	20	4
TOTAL	813	563	193	46	11

Tabela 1: Descritores controlados utilizados, de acordo com as bases de dados selecionadas.

FONTE: As autoras, 2018.

Após a busca inicial com o uso dos descritores foi identificado um grande número de artigos (813), dos quais foram eliminados por não atender aos critérios de inclusão 563 artigos (total das três bases de dados). Dos 250 artigos restantes iniciou-se a leitura dos resumos e com isso foram eliminados 193, pois abordava a segurança do paciente em múltiplas vertentes, visto que a temática específica desse estudo é voltada para administração de medicamentos e eventos adversos. Dessa forma restaram 57 artigos que foram analisados na integra, por meio de uma leitura minuciosa e destes foram eliminados 46 artigos que por sua vez, abordavam a segurança do paciente na totalidade. Portanto, trabalhou-se 11 publicações que voltavam-se com exclusividade para medicamentos, prescrição e administração segura e especificava a equipe de enfermagem dentro desse contexto.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Quadro 1 traz a caracterização dos 11 artigos científicos que fizeram parte da amostra do estudo, segundo as informações que respondem os objetivos propostos.

ESTUDO	TÍTULO	PERÍODICO	ANO	OBJETIVO	MÉTODO	RESULTADOS
E1 (14)	Erro de medicação no exercício da enfermagem: uma revisão integrativa ¹⁴ .	Enfermeria Global	2014	Analisar as publicações nacionais sobre erro de medicação no exercício de enfermagem.	Revisão integrativa	Elencados quatro temas: conhecimento dos critérios que caracterizam o erro de medicação; causas que originam o erro; punição na ocorrência de erro; e educação continuada como ferramenta para redução do erro de medicação.
E2 (15)	Erro de medicação em um hospital universitário: percepção e fatores relacionados ¹⁵	Enfermeria Global	2014	Conhecer a percepção da equipe de enfermagem sobre erros de medicação e discutir os fatores relacionados a esse evento.	Estudo Qualitativo-descriptivo	Os trabalhadores associam o erro de medicação a causas multifatoriais.
E3 (16)	A relação da enfermagem com os erros de medicação: uma revisão integrativa ¹⁶	Revista Cogitare Enfermagem	2016	Identificar na literatura a relação dos erros de medicação com a equipe de enfermagem.	Revisão Integrativa	Os erros diretamente relacionados a enfermagem pode ser provenientes de falta de conhecimento e de experiência, falhas na comunicação e estresse.
E4 (17)	Erros na administração de medicamentos: evidências e implicações na segurança do paciente ¹⁷	Revista Cogitare Enfermagem	2016	Identificar as evidências e as implicações dos erros na administração de medicamentos na segurança do paciente.	Revisão Integrativa	Amostra de 40 artigos e foram submetidos à estatística descritiva, publicados no Brasil com evidência 4, que apresenta os principais erros.
E5 (18)	Erros de medicação e segurança do paciente: uma revisão integrativa da literatura ¹⁸	Revista Eletrônica Gestão e Saúde	2016	Identificar o conhecimento produzido sobre os erros de medicação e as consequências na segurança do paciente.	Revisão de literatura	A segurança do paciente constitui em um problema de saúde pública, e erros com medicamentos são frequentes e graves.

E6 (19)	Fatores de risco para erros de medicação na prescrição eletrônica e manual ¹⁹	Rev. Latino-Am. Enfermagem	2016	Comparar as prescrições eletrônicas e manuais, identificando os fatores de risco para ocorrência de erros de medicação.	Estudo descritivo-exploratório comparativo e retrospectivo	Na comparação com a prescrição manual, observou-se redução significativa dos fatores de risco após implantação da eletrônica.
E7 (20)	O conhecimento do enfermeiro acerca dos cuidados com medicamentos potencialmente perigosos ²⁰	Revista enfermagem UFPE online	2017	Analisar o conhecimento dos enfermeiros das Unidades de Terapia Intensiva acerca dos cuidados com Medicamentos Potencialmente Perigosos	Estudo descritivo de abordagem quantitativa	Dos resultados esperados: conhecer os cuidados em relação aos medicamentos potencialmente perigosos.
E8 (21)	Assistência segura ao paciente no preparo e administração de medicamento ²¹	Revista Gaúcha Enfermagem	2017	Avaliar a conformidade da assistência e a adesão dos profissionais de enfermagem para a administração segura de medicamentos	Estudo quantitativo, descritivo e de corte transversal realizado por meio de observação direta não participante.	Foram classificados como assistência segura os itens via certa e forma certa e como assistência sofrível os itens paciente certo, medicamento certo, dose certa, registro certo, orientação certa e hora certa.
E9 (22)	Cuidados na administração de medicamentos: as responsabilidades dos profissionais de enfermagem ²²	Revista enfermagem UFPE online	2017	Avaliar o conhecimento de profissionais de enfermagem atuantes em uma instituição hospitalar pública	Estudo avaliativo, exploratório, com abordagem quantitativa e qualitativa.	Os profissionais de enfermagem necessitam de maior aprofundamento científico acerca do Código de Ética da Profissão e que o conhecimento dos enfermeiros acerca das responsabilidades perante os erros de medicação foi superior ao dos técnicos e auxiliares de enfermagem.

E10 (23)	Incidentes com medicamentos em unidade de Urgência e Emergência: análise documental ²³	Revista da escola de Enfermagem da USP	2017	Caracterizar os incidentes com medicamentos ocorridos em uma unidade de urgência e emergência	Estudo descritivo, retrospectivo, documental e de abordagem quantitativa.	Analisou-se 119 notificações e respectivas fichas de investigação, nas quais foram documentados 142 incidentes e o processo de administração de medicamentos representou 76,8% (N=109) dos incidentes analisados.
E11 (24)	Adesão aos protocolos de segurança do paciente em unidades de pronto atendimento ⁹	Revista Brasileira de Enfermagem	2018	Investigar o cumprimento dos protocolos nacionais de segurança do paciente em Unidades de Pronto Atendimento Paranaenses.	Estudo exploratório	Observou-se que 52,8% das soluções parenterais em uso não estavam identificadas e que, em apenas 29,4% dos casos, a condição alérgica foi investigada.

Quadro 1 - Caracterização dos artigos, segundo autores, ano de publicação, periódico, objetivos, método, resultados da pesquisa.

FONTE: Dados da pesquisa, 2018.

A partir da análise dos artigos foi possível identificar uma consonância na literatura em relação aos profissionais envolvidos na cadeia medicamentosa, pois estes devem realizar cada etapa do processo que envolve a administração de medicação, observando atentamente todos os riscos favoráveis a eventos adversos a fim de evitá-los⁹.

No estudo que se objetivava identificar a relação da enfermagem com os erros de medicação, os autores ressaltam que o erro de medicação compreende a qualquer evento suscetível de prevenção, que pode culminar em uso inadequado de medicamentos, e esses erros são multifatoriais¹⁵.

Corroborando com a afirmação acima, o estudo realizado com 47 profissionais de enfermagem em um hospital do Rio Grande do Sul evidenciou a partir da fala dos participantes que o erro de medicação está diretamente associado à trajetória que o medicamento percorre até ser administrado no paciente, ou seja, o erro corresponde às fases de preparo e administração do fármaco¹⁴.

Nesse tocante, a literatura também evidencia a existência dos nove certos para administração de medicamentos, que corresponde à prática segura da assistência prestada ao paciente, sendo estas: paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, ação certa, forma certa e resposta certa^{14, 20}.

Ressaltando a importância da prática dos nove certos, a análise de 40 artigos realizada por enfermeiros do Rio Grande do Norte apresentou em seus resultados que

dentre os principais erros cometidos estão: erro de dosagem (n=27; 67,5%), medicação errada (n=25; 62,5%); troca de paciente (n=21; 52,5%); erro de horário (n=20; 50%); via errada (n=17; 42,5%). Contudo, em relação ao erro de horário as enfermeiras relatam que este fato em especial está relacionado à deficiência dos recursos humanos disponíveis nas instituições de saúde, realidade esta que se atrela à sobrecarga de trabalho dos profissionais¹⁷.

Em um estudo realizado na emergência de um hospital no Sul do país identificou-se a partir das fichas de notificação de investigação de incidentes com medicamentos, que o processo de administração representa a última barreira ao incidente com medicamento. Em geral as falhas começam na prescrição (definido como um erro de decisão ou de redação, não intencional e letra ilegível) e dispensação das medicações (medicamento errado; concentração errada; forma farmacêutica errada; medicamento fora do prazo de validade, sem qualidade devido ao armazenamento indevido)²².

Portanto, esses resultados se equivalem à teoria do queijo suíço na cadeia de medicação, ou seja, prescrição, dispensação, armazenamento, administração e por fim o erro, sendo necessária a atuação de um profissional com conhecimento para quebrar essa barreira e assim, evitar o erro, sendo necessária inclusive, educação permanente ao invés de medidas punidas, visto que ações dessa natureza subnotifica os eventos adversos¹⁴.

Reforçando a ideia acima, a administração é a última barreira para evitar um erro de medicação, essa etapa constitui maior responsabilidade do profissional que administra os medicamentos. Frente a isso, outros autores se posicionam e colocam a administração medicamentosa errônea como de causa multifatorial, dando ênfase a letra ilegível, conversas na sala de medicações, sobrecarga de trabalho, desatenção, falta de identificação do paciente, leito, medicamento, hora e via^{14, 17}.

Em estudo realizado em um hospital público do Distrito Federal, os autores apresentam dados que reforçam os demais citados anteriormente. Ou seja, os principais fatores que levam ao erro na administração de medicação são: grafia ilegível, siglas e abreviaturas inapropriadas, rasuras, aprazamentos incorretos e ausência de informações (número do leito, do registro, do nome e CRM do prescritor, data, registro de alergias, data e hora atualizadas, via a ser administrada, forma de diluição, da frequência a ser administrada e medicamentos prescritos com nome comercial)¹⁸.

É importante salientar que o enfermeiro como chefe de equipe, deve orientar e supervisionar toda equipe de enfermagem e ter conhecimento para manipular e administrar medicações, inclusive às potencialmente perigosas. Logo, esse profissional deve dispor de conhecimento das técnicas corretas de manipulação e administração, bem como das reações possíveis, visto que, uma vez que aconteça um evento de natureza adversa, o tempo hábil para detecção e intervenção são fatores atenuantes ao profissional. Dessa forma é de relevância que a equipe de enfermagem conheça os aspectos ético-legais da profissão para garantir uma maior segurança na qualidade da assistência prestada^{19, 21}.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração desse estudo permitiu identificar inúmeros artigos sobre a temática. Contudo, ainda é grande o número de erros dentro da assistência de enfermagem relacionados à administração de medicação.

Esse número pode ser ainda maior, visto que muitos eventos relacionados ao erro de medicação ou eventos adversos podem ser subnotificados.

Frente a isso, entende-se que a metodologia para produção e aplicação de conhecimentos sobre segurança do paciente, não tem sido eficaz.

Identificou-se dentre as ações da equipe de enfermagem que a dupla checagem e não administrar de medicamentos em caso de dúvida favorece a segurança do paciente.

Visto que o setor de emergência é sempre crítico em função da demanda de pacientes é fundamental que o profissional que preste assistência, mantenha-se tranquilo e evite uma longa jornada de plantão. Pois a administração errônea de medicação pode implicar em eventos adversos severos, que podem deixar sequelas irreversíveis no paciente ou até mesmo levá-lo a morte.

Isso demonstra a necessidade das instituições formadoras de profissionais da saúde (especialmente da equipe de enfermagem) serem rigorosas com a metodologia aplicada. E das instituições de saúde em capacitar por meio de educação permanente, a fim de manter seus colaboradores atualizados, com a finalidade de minimizar os eventos adversos e contribuir para a segurança do paciente.

Portanto, sugerem-se mais estudos experimentais com a equipe de enfermagem a fim de identificar fatores que levem aos erros de administração de medicamentos, bem como para conscientizar esses profissionais da importância de se prestar uma assistência segura e de qualidade.

REFERÊNCIAS

- 1- Silva LD. Segurança do paciente no contexto hospitalar. Revista de Enfermagem da UERJ, Rio de Janeiro, jul/set, 2012; 20(3): 291-2.
- 2- Carvalho TA, Riegel F, Siqueira DS. Erros de medicação e segurança do paciente: uma revisão integrativa. Rev Pre Infec e Saúde., 2017; 3(2):53-59.
- 3- Organização Mundial da Saúde. Cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS), 1ª edição. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_salvam_vidas.pdf> . Acesso em: 13 de abr. de 2018.
- 4- Brasil. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html> Acesso em 30 de mar de 2018.

- 5- Bernardes R. Programa Nacional de Segurança do Paciente já tem história para contar. Os avanços se refletem na aprovação de protocolos e na criação do Comitê de Implementação do PNSP. Agosto de 2013. Disponível em: <<http://proqualis.net/blog/archives/3593/43>> Acesso em: 30 de mar de 2018.
- 6- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: ANVISA, 2017. Disponível em: http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf. Acesso em: 28 de mai., de 2018.
- 7- Couto RC, Pedrosa TGM. Erros acontecem: a força da transparência no enfrentamento dos eventos adversos assistenciais em pacientes hospitalizados. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, 2016; 49.
- 8- Santos AE. Humanização em serviços de emergência. In: Calil AM, Paranhos WY, organizadoras. O enfermeiro e as situações de emergência. São Paulo: Editora Atheneu; 2010.
- 9- Paixão, DPSS. Adesão aos protocolos de segurança do paciente em unidades de pronto atendimento. Rev. Bras. Enferm., Brasília, 2018; 71(1):577-584. Disponível em<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672018000700577&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 28 mai. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0504>.
- 10- Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- 11- Minayo MCS. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2013.
- 12- Souza MT; da Silva MD; de Carvalho, R., Revisão integrativa: o que é e como fazer. Revista Einstein, 2010, 8 (1):102-6.
- 13- Ercole FF, Melo LS, Alcoforado CLCG. Revisão Integrativa versus Revisão Sistemática. REME- Rev Min Enferm., jan/mar, 2014, 18(1):1-260.
- 14- Silva F, et al. Erro de medicação no exercício da enfermagem: uma revisão integrativa. Rev Enfermería Global, 2014, 34 (4):338-345.
- 15- Santi T, et al. Erro de medicação em um hospital universitário: percepção e fatores relacionados. Rev Enfermería Global, 2014. 35 (7):172-183.
- 16- Forte ECN, Machado FL, Pires DEP. A relação da enfermagem com os erros de medicação: uma revisão integrativa. Revista Cogitare Enfermagem, 2016, 21(esp): 01-10.
- 17- Gomes ATL, et al. Erros na administração de medicamentos: evidências e implicações na segurança do paciente. Revista Cogitare Enfermagem, 2016, 21(3): 01-11.
- 18- Paim RS, et al. medicação e segurança do paciente: uma revisão integrativa da literatura. Rev. Gest.Saúde (Brasília), Set Ano 2016, 07(3): 1256-70.
- 19- Volpe CRG et al. Fatores de risco para erros de medicação na prescrição eletrônica e manual. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2016;24:e2742.
- 20- Alves KMC et al. O conhecimento do enfermeiro acerca dos cuidados com medicamentos potencialmente perigosos. Revista enfermagem UFPE on line., Recife, ago., 2017, 11(8):3186-9.

21- Llapa-Rodriguez EF et al. Assistência segura ao paciente no preparo e administração de medicamentos. Rev Gaúcha Enferm. 2017;38(4):e2017-0029.

22- Silva MVRS et al. Cuidados na administração de medicamentos: as responsabilidades dos profissionais de enfermagem. Revista enfermagem UFPE on line, Recife, fev., 2017, 11(Supl. 2):950-8.

23- Valle MMF, Cruz EDA, Santos T. Incidentes com medicamentos em unidade de urgência e emergência: análise documental. Rev Esc Enferm USP. 2017;51:e03271.

ACTUAÇÃO DO ENFERMEDRO NA PREVENÇÃO DA PROGRESSÃO DA DOENÇA RENAL

Data de aceite: 01/08/2022

**Maria Sandra da Piedade Malonda Goma
Teixeira**

Centro Médico da Sonamet Industrial SA,
Lobito, Benguela, Angola
<https://orcid.org/0000-0002-5651-0996>

Carolina Luvuno Lembe Taty

Centro de Saúde da Graça, Benguela, Angola

Mónica Patrícia Esperança Silva

Fresenius Medical Care – Hemodiálise Setúbal,
Portugal

Ana Celeste Adriano

Repartição Municipal da Saúde, Benguela,
Angola

RESUMO: A Insuficiência Renal (DR) em todo mundo é considerada um problema de saúde público. Em Angola, a DR emerge da carência de oportunidade para a implementação de prevenção primária, secundária e terciária, em grande parte, muito por culpa da escassez de conhecimento do conceito e categorização dos estágios da doença, bem como a falta do uso de testes de diagnósticos simples, que permitam a identificação e avaliação funcional da doença, fazendo com que a mesma seja subdiagnosticada e tratada de forma inadequada na maior parte das vezes. A colheita de dados ocorreu entre os meses de Janeiro a Março de 2017, nas bases de dados Lilacs, MEDLINE, Scielo.br e publicações médicas, sendo utilizados artigos publicados no período de 2009 a 2016. A

análise dos 4 artigos seleccionados e incluídos no estudo permitiu a identificação a necessidade de serem revistas as políticas e estratégias de saúde a nível primário, com o envolvimento dos profissionais de enfermagem nos principais focos (determinação do diagnóstico precoce; orientação para os serviços especializados, reconhecimento/correção de complicações e comorbidades). As evidências espelham a necessidade de se constituírem e prepararem equipas de enfermagem com a capacidade de adoptarem e implementarem na sua prática clínica os protocolos específicos que já existem para a assistência dos pacientes de risco ou com Doença Renal já diagnosticada, bem como o cumprimento de condutas terapêuticas apropriadas para o adiamento da sua progressão. **PALAVRAS-CHAVE:** Insuficiência Renal, Profissionais de Enfermagem, Prevenção.

INTRODUÇÃO

Actualmente assiste-se ao crescimento do índice de portadores de Insuficiência Renal, inquietando maioritariamente os profissionais da área de saúde. Definida pela perda súbita da capacidade de seus rins filtrarem resíduos, sais e líquidos do sangue, a Insuficiência Renal geralmente ocorre sem sintomas clínicos graves (Guyton e Hall, 2002). Quando tal acontece, os resíduos podem atingir níveis perigosos que podem afectar a composição química do seu sangue. Também designada por lesão renal aguda, que é comum aos indivíduos que já

se encontra no hospital com alguma condição associada. O seu desenvolvimento pode ocorrer em algumas horas ou de forma mais lenta, manifestando-se depois de alguns dias. Dependendo do quadro clínico do indivíduo e apesar de ser reversível, a Insuficiência renal requer uma abordagem terapêutica intensiva, pois pode ser fatal.

Entre os diversos factores que acarretam a Insuficiência Renal, destacam-se como principais, a Diabetes *Mellitus* e a Hipertensão Arterial Sistémica (Barros, Manfro, Thomé e Gonçalves, 1999), pelo que se poderia prevenir o tratamento invasivo com a implementação de um programa de prevenção da Insuficiência Renal em indivíduos com estas patologias, adiando o seu início ao tratamento dialítico. Propusemo-nos analisar a actuação do profissional de enfermagem na prevenção da progressão da Insuficiência Renal, de modo a percebermos através da pesquisa bibliográfica, que estratégias adoptar para que se possa implementar medidas de prevenção capazes de reduzir a progressão da doença, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes, já que a introdução de uma nova definição para a Doença Renal em 2002, permitiu delimitar as fases da patologia que nem sempre dependem da sua causa.

A Insuficiência Renal é uma doença de alta morbidade e mortalidade, com aumento progressivo da incidência e prevalência nas populações mundiais. Estas taxas variam a depender do desenvolvimento das regiões geográficas, pois as condições socioeconómicas, demográfica e ambientais influenciam na determinação dessas variáveis (Barros, Manfro, Thomé e Gonçalves, 1999). Apesar de ser considerado problema de saúde pública a nível mundial, do crescente número de casos, seu mau prognóstico, bem como os importes elevadíssimos para o tratamento dos indivíduos acometidos pela doença, em Angola, durante a realização do presente trabalho eram desconhecidas as taxas de incidência e prevalência da DR, o que impossibilitou a determinação exacta da quantidade de pacientes em tratamento dialítico a nível nacional. São inúmeros os estudos que evidenciam a prevenção como um dos meios a adoptar para impedir e retardar os fins indesejáveis, através do diagnóstico precoce da DR e da implementação atempada de medidas nefro e cárdio-protectoras (K/DOQI, 2002; Directrizes Brasileiras de Doença Renal Crônica, 2004; Levin *et al.*, 2008).

A evolução da situação de cuidados de saúde, as conjunturas económicas e culturais, concorrem para a reflexão dos profissionais de enfermagem sobre a prática de modo a enveredarem para uma nova abordagem do exercício da enfermagem, assegurando a sustentabilidade profissional e a qualidade assistencial. (Erickson e Ditomassi, 2011). A elaboração deste estudo é justificada pela oportunidade de aprofundar os conhecimentos sobre os conteúdos abordados em relação a prevenção e progressão da Insuficiência Renal, contribuir para o desenvolvimento de mais estudos e subsidiar para a melhoria das intervenções dos profissionais de enfermagem, de forma a garantir uma assistência personalizada aos pacientes.

Pelo que, norteados por padrões de excelência, os profissionais de enfermagem,

devem buscar pela aceção de uma descrição actual sobre o que a profissão de enfermagem poderá transformar-se. O papel do profissional de enfermagem na prevenção da doença renal dá-se a partir das necessidades reais dos pacientes, sendo necessário identificar os grupos de risco, bem como os indivíduos com diagnóstico confirmado, nos quais é fundamental fazer-se uma avaliação da função renal. Em relação as estratégias de enfermagem, as suas actividades devem ir além do conhecimento da fase em que a doença se encontra, intervindo junto dos usuários.

Como cuidador, o profissional de enfermagem detém também o importante papel de educador, além do compromisso ético e profissional, que o torna num dos grandes responsáveis pela sistematização e incentivo do autocuidado, desenvolvimento de actividades educativas que promovam a saúde, reduzam a incidência da doença, bem como os que buscam a melhoria da qualidade de vida. Torna-se necessário otimizar o manuseamento clínico da doença, para evitar a progressão da mesma de forma directa, o que requer um atendimento directo. O diagnóstico atempado da doença e a identificação das complicações, a orientação prematura do indivíduo para os especialistas e a implementação de medidas que visam retardar a progressão da doença, faz parte do tipo de abordagem que deve ser feita aos pacientes (Basto *et al.*, 2004). De modo a controlar e minimizar a sua progressão indirecta, faz-se necessária a intervenção dos profissionais de enfermagem. A sua actuação na prevenção da progressão da doença renal é traduzida pela assistência prestada, de forma assistemática, aos pacientes dos cuidados de saúde no nível primário, sem especificar as acções relacionadas com a prevenção e a progressão, como sendo um processo inseparável (Travagim e Kusumota, 2009). Com vista a contribuir na redução do elevado índice de mortalidade, surge a necessidade de se criarem programas eficazes de prevenção da Insuficiência Renal, que incluam a monitorização clínica cuidada, a observação adequada e o controlo do balanço hidro-electrolítico, especialmente o relacionado à hipercalemia e hiponatremia, bem como a correcção de alguns factores que contribuem para o agravamento clínico, tais como, hipovolemia.

A detecção precoce da doença renal e condutas terapêuticas apropriadas para o retardamento da sua progressão podem reduzir o sofrimento dos pacientes e os custos financeiros associados à DR. Sendo a hipertensão arterial e a Diabetes Mellitus as principais causas de insuficiência renal, consideradas preveníveis e controláveis, cabe aos profissionais de enfermagem que intervêm na área de cuidados primários à saúde, serem detentores de conhecimentos cujo domínio garantam cuidados redobrados para os pacientes em risco ou com DR instalada, pois, é sabido que, portadores de disfunção renal leve apresentam quase sempre uma evolução progressiva, insidiosa e assintomática, dificultando o diagnóstico precoce da disfunção renal. Pelo que, a relevância sobre a capacitação, consciencialização e supervisão do profissional de cuidados primários à saúde, é necessária para a circunscrição do diagnóstico e o encaminhamento precoce ao nefrologista, para que sejam instituídas as directrizes apropriadas capazes de retardar

a progressão da DR, prevenir as suas complicações, modificar comorbidades presentes, bem como a preparação adequada caso seja necessária a terapêutica de substituição renal (SECRETARIA DE ATENÇÃO A SAÚDE, 2003).

Actualmente, são muitas as instituições de saúde especificamente voltadas para o tratamento de doentes renais, o que requer conhecimentos e competências dos profissionais, para que seja valorizada a prática de enfermagem. Apesar do que é sugerido pela literatura sobre os modelos de prática profissional em enfermagem em contexto hospitalar constituírem um instrumento para a consecução da excelência nos efeitos dos profissionais de enfermagem e dos utentes (Stallings-Welden & Shirey, 2015; Harwood *et al.*, 2013), algumas instituições hospitalares em Angola ainda não têm definidos os protocolos de atendimento de enfermagem, fazendo com que o tema seja pouco conhecido pelos profissionais. A elaboração deste trabalho é justificada pela necessidade de aprofundar os conhecimentos sobre a prevenção e progressão da Insuficiência Renal, contribuir para o desenvolvimento de mais estudos e subsidiar para a melhoria das intervenções dos profissionais de enfermagem, de forma a garantir uma assistência personalizada aos pacientes.

METODOLOGIA

Alicerçados em tais pressupostos, norteamos esta revisão integrativa, pela seguinte questão: O que foi produzido cientificamente nos últimos 10 anos, sobre a actuação dos profissionais de enfermagem na prevenção da progressão da doença renal? A questão enunciada, permitiu estabelecer como objectivo: identificar a actuação dos profissionais de enfermagem sobre a prevenção da progressão da doença renal, mediante revisão bibliográfica. Pelo que, foi realizada uma extensiva e minuciosa busca nas bases de dados já descritas, sendo identificados 8 artigos, que mereceram uma análise crítica e reflexiva dos títulos e dos resumos. A aplicação dos critérios de elegibilidade e a apreciação da qualidade metodológica, limitou a amostra a 4 artigos. A análise criteriosa dos artigos seleccionados, permitiu evidenciar alguns dos modelos de prática profissional de enfermagem relacionadas com a prevenção da progressão da DR. Para aperfeiçoar a estruturação da análise, através de uma leitura exploratória de cada artigo, foram identificadas, traduzidas e transcritas frases e palavras que se adequavam a componentes de interesse relacionados com os paradigmas da actuação profissional de enfermagem na prevenção da progressão da DR. Na fase de pré-análise, foi feita a selecção do material que precisava de avaliação, sendo realizada uma leitura de modo superficial, de modo a facilitar a percepção das informações. Na fase de exploração do material, foi conseguida através da análise, efectuada no momento com uma leitura mais detalhada dos artigos escolhidos. Por fim, retiramos, classificamos e agregamos os dados dos trechos e informações consideradas relevantes pelos pesquisadores através da categorização. Na

fase de tratamento, inferência e interpretação, de forma a serem relevantes e válidos, os resultados por nós obtidos foram tratados, sofrendo as inferências e as interpretações a partir dos objectivos previstos na pesquisa. Foram adoptados dois instrumentos para a sistematização do trabalho bibliográfico: através da numeração baseada no título, autor, ano de publicação, revista, resultados e distribuição dos estudos em função da amostra, métodos e resultados.

Para a estruturação da informação dos artigos, foram compilados todos os dados obtidos dos estudos, descritivamente, em tabela elaborada previamente, simplificando a identificação e reformulação das categorizações temáticas.

RESULTADOS

Durante a pesquisa nas principais bases de dados em saúde, obtivemos com os descritores estabelecidos, 6 artigos, dos quais, depois de triagem prévia mediante a leitura dos títulos e dos resumos, foram escolhidos 4, que atenderam aos critérios de selecção, compondo nossa amostra. Os 4 (100%) artigos analisados foram desenvolvidos no Brasil, sendo todos publicados português. As publicações foram realizadas entre 2009 e 2016. Os artigos analisados (Tabela 1) abordaram o tema da prevenção de doença renal na perspectiva do profissional de enfermagem. Os artigos foram dispostos na tabela que apresentamos a seguir, contendo o autor, o título, a revista, o ano e os resultados obtidos.

Título	Autor	Revista	Ano	Resultados obtidos
Actuação do Enfermeiro na Prevenção e Progressão da Doença Renal	TRAVAGIM D. e KUSUMOTA L.	Revista de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro	2009	A maioria dos inquiridos, não apresentou directamente os conhecimentos que possuíam sobre o assunto.
Ética na Prevenção da Insuficiência Renal Crónica: Olhar da equipe de saúde	FREITAS P. S., ALMEIDA E. A. e ZIMMERMANN M.	Revista do Departamento de Enfermagem e Saúde Pública da Universidade Estadual de Ponta Grossa	2011	Os profissionais de saúde nem sempre a percebem na prática.
A Ação do Enfermeiro na Prevenção de Doenças Renais Crónicas: Uma Revisão Integrativa	SILVA A. C., SOUZA A. T. S., ARENAS V. G. e BARROS L. F. N. M.	Revista de Enfermagem	2015	As enfermeiras mostraram distintos níveis de conhecimento dos factores de risco para DRC e em relação aos factores mais proeminentes na atenção básica a saúde. Em relação as medidas preventivas, como mudanças nos hábitos de vida, elas adoptam diferentes estratégias no atendimento.

Actuação da enfermagem em atenção básica na prevenção e Progressão da Insuficiência Renal Crónica	ANDRADE L., ALMEIDA M. R. S. A. e SANTOS R. V.	Revista Electrónica Actualiza Saúde	2016	Com este estudo foi possível perceber a necessidade da organização e preparação das equipas de saúde para adoptarem a prática clínica, os protocolos específicos na assistência aos pacientes de risco ou com DRG.
---	--	-------------------------------------	------	--

Tabela 1 – Distribuição dos artigos quanto ao título, autor, revista, ano e resultados obtidos

Fonte: Elaborado pelos autores

Com a análise dos artigos seleccionados, e das evidências científicas descobertas, considerou-se pertinente a exposição da temática: **o conhecimento e a actuação do profissional de enfermagem.**

CONHECIMENTO E ACTUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM

Por conferir segurança na tomada de decisões relacionadas com o paciente, aos profissionais, à equipa e actividades administrativas do serviço em que trabalha, o conhecimento acarreta uma elevada relevância no agir profissional do enfermeiro. Pelo que, carece de uma estreita ligação entre o conhecimento que o mesmo detém, as condutas e atitudes eleitas, permitindo aos enfermeiros um modo de agir seguro, correcto e adequado (Domingues e Chaves, 2005).

Analisando a grelha curricular sobre a formação dos profissionais de enfermagem, confirma-se que, os recém formados, não possuem conhecimentos necessários para pôr em prática métodos específicos na área da nefrologia que lhes permitam qualificar-se para o exercício profissional perante os pacientes, de modo confiante e seguro (Hermida, 2004). Pelo que, é pertinente que as instituições de ensino da enfermagem revejam os planos e conteúdos programáticos leccionados, bem como a implementação de medidas que visam garantir a aquisição de conhecimentos sólidos aos seus formandos.

Na equipa multidisciplinar de saúde, o profissional de enfermagem é essencial para a prevenção, através da aplicação dos seus conhecimentos durante o atendimento dos pacientes, intervindo também na educação para a saúde, o que contribui de certo modo para que sejam verificadas melhorias a nível dos cuidados e condições de saúde do paciente, bem como na qualidade de vida dos mesmos e sua família. É necessário colmatar as falhas verificadas no cumprimento de protocolos clínicos e na ausência de abordagem interdisciplinar nos serviços de saúde em relação ao atendimento da população em risco de desenvolver a DR, pois a actuação da enfermagem com esses indivíduos (hipertensos e diabéticos), deve ser canalizada em intervenções orientadas para as alterações do estilo de vida, através da adopção de estratégias individuais ou em grupos, com pertinência para

a adesão terapêutica.

CONCLUSÃO

A elaboração do presente estudo, permitiu-nos perceber a necessidade da constituição e preparação de equipas de saúde capazes de adoptar e implementar, na prática clínica, os protocolos públicos específicos existentes para a assistência dos pacientes de risco ou com Doença Renal já diagnosticada, para que de certa forma seja garantida a resolubilidade das acções, já que é através da detecção prematura da doença e da adopção de condutas terapêuticas apropriadas para o adiamento da sua progressão, que podem ser conseguidas a redução das complicações em pacientes/família e dos custos financeiros relacionados com a patologia do estudo. Pelo que, é imprescindível que as diversas questões relacionadas com o cuidado de enfermagem na prevenção da doença e promoção da saúde, sejam alicerçadas em trabalhos realizados pelos profissionais de enfermagem, fundamentados em estudos científicos actualizados.

REFERÊNCIAS

BARROS E., MANFRO R.C., THOMÉ F.S., GONÇALVES L.F.S. (1999). *Nefrologia: Rotinas, Diagnóstico e tratamento*, 2ª Ed., Artmed, Porto Alegre.

BASTOS R.M.R. e BASTO M.G. (2007). *Inserção do programa saúde da família na prevenção da doença renal crônica*, J. Bras. Nefrol., N.º29.

Diretrizes Brasileiras de Doença Renal Crônica, *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, Vol.26, N.º1, 2004.

DOMINGUES T.A.M. e CHAVES E.C. (2005). O conhecimento científico como valor no agir do enfermeiro. *Rev Esc Enferm USP*. 39 (n.esp).

ERICKSON J.I. e DITOMASSI M. (2011). Professional practice model: Strategies for translating models into practice. *Nursing Clinics of North America*, 46(1), 35-44.

GUYTON A. C. e HALL J. E. (2002). *Tratado de fisiologia médica*, 10ª Ed., Guanabara & Koogan, Rio de Janeiro.

HARWOOD L., DOWING L. e RIDLEY J. (2013). A renal nursing professional practice model: The next generation. *The CANNT Journal*, 23(3), 14-19.

HERMIDA P.M.V. (2004). Desvelando a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem. *Rev Bras Enferm* [Internet]. In: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n6/a21.pdf>

K/DOQI. (2002). Clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification, *American Journal Kidney Disease*, Vol.39, N.º2.

LEVIN A. *et al.* (2008). Guidelines for the management of chronic diseases, *CMAJ*. Vol.179, N.º115462, In: www.cmaj.ca/cgi/content/full/179/11/1154/DC1, Acesso em Junho de 2017.

SECRETARIA DE ATENÇÃO A SAÚDE. Departamento de Atenção Básica, SIAB. (2003). Manual de Sistema de Informação de Atenção Básica. 1ª Ed. 4ª reimpressão. Ministério da Saúde. Brasília.

STALLINGS-WELDEN L.M. e SHIREY M.R. (2015). Predictability of a professional practice model to affect nurse and patient outcomes. *Nursing Administration Quarterly*, 39(3), 199-210.

TRAVAGIM D. S. A. e KUSUMOTA L. (2009). Atuação Enfermeira na Prevenção e Progressão da Doença Renal Crônica, *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro. Vol.17, Nº3.

DILEMAS DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: LIMITAÇÕES DO CUIDADO DE PACIENTES EM FASE TERMINAL

Data de aceite: 01/08/2022

Data de submissão: 13/07/2022

Adelina Ferreira Gonçalves

HUMAP - UFMS/EBSERH

Campo Grande - MS

<http://lattes.cnpq.br/9577913660083583>

Eline Aparecida Vendas Righetti

HUMAP - UFMS/EBSERH

Campo Grande - MS

<http://lattes.cnpq.br/4400303197935631>

Sabrina Ferreira Furtado Magrin

HUMAP - UFMS/EBSERH

Campo Grande - MS

<http://lattes.cnpq.br/6238448762605164>

RESUMO: Este estudo estabeleceu como objetivo compreender como a equipe de saúde enfrenta os dilemas éticos das limitações de pacientes terminais. O método escolhido foi a pesquisa bibliográfica de cunho qualitativo. A busca eletrônica foi realizada considerando o período de 2018 a 2022, utilizando palavras-chave, como: “Enfermagem”, “Pacientes Terminais”, “Bioética”, “Limitações de tratamento” e “Cuidados Intensivos”, selecionando publicações em inglês, espanhol e português, sendo que 19 artigos auxiliaram na fundamentação teórica desta pesquisa. O estudo deixou claro que incorporar os cuidados centrados na família, em conjunto com a comunicação efetiva de qualquer decisão sobre o estado do paciente, constitui um dos critérios para a qualidade do cuidado no

final da vida. Convém que os profissionais de enfermagem sejam devidamente qualificados quanto às estratégias para o enfrentamento dos dilemas vivenciados na UTI. A equipe de cuidados deve estabelecer uma relação de colaboração contínua com a família, onde a comunicação eficaz, a honestidade e o respeito mútuo sejam ferramentas fundamentais ao longo de todo o processo. A atenção individualizada da família com a incorporação do valor da cultura e da espiritualidade nessa etapa é um aspecto essencial. Enfim, analisar a prática clínica de rotina em relação a um quadro de referência é o primeiro passo para melhorar os cuidados prestados no fim da vida.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Paciente Terminal. Unidade de Terapia Intensiva.

DILEMMAS OF THE INTENSIVE CARE UNIT: LIMITATIONS OF CARE FOR TERMINAL PATIENTS

ABSTRACT: The reason for this study was to understand how the health team faces the ethical dilemmas of the limitations of terminal patients. The method chosen was the bibliographic research of a qualitative nature. The electronic search was performed considering the period from 2018 to 2022, using keywords such as: “Nursing”, “Terminal Patients”, “Bioethics”, “Treatment Limitations” and “Intensive Care”, selecting publications in English, Spanish and Portuguese, with 19 articles helping in the theoretical foundation of this research. The study made it clear that the incorporation of family-centered care, together with the effective communication

of any decision about the patient's condition, constitutes one of the criteria of quality of care at the end of life. Nursing professionals must be properly trained in coping strategies for the dilemmas experienced in the ICU. The care team must establish a continuous collaborative relationship with the family, where effective communication, honesty and mutual respect are fundamental tools throughout the entire process. The individualized attention of the family with the incorporation of the value of culture and spirituality at this stage is a fundamental aspect. Finally, analyzing the usual clinical practice against a frame of reference is the first step to improve care at the end of life.

KEYWORDS: Nursing. Terminal Patient. Intensive Care Unit.

1 | INTRODUÇÃO

Os serviços de medicina intensiva constituem, atualmente, áreas específicas da saúde, as quais são dotadas de tecnologia e de profissionais especializados que disponibilizam os meios adequados, sejam eles humanos ou técnicos, necessários para restabelecer a saúde das pessoas nos hospitais.

A missão da terapia intensiva, segundo Suryadi (2020), é devolver o paciente a um estado de saúde basal livre de incapacidades graves, de acordo com o princípio bioético da beneficência, respeitando a dignidade da pessoa e a vontade de ser tratada, o que significaria atender ao princípio bioético de autonomia, de forma adequada às melhores evidências atuais, justas e sustentáveis, a partir dos princípios da não maleficência e da justiça.

Quando não é possível restabelecer a saúde do paciente ou mesmo a sobrevivência com qualidade de vida mínima aceitável, os profissionais têm a obrigação ética de iniciar um diálogo respeitoso e prudente com o paciente e/ou com a família e demais profissionais envolvidos, a fim de controlar e melhorar a qualidade de vida para preservar a dignidade do indivíduo (FERREIRA; NASCIMENTO; SÁ, 2018).

Esses cuidados, de acordo com Oliveira et al. (2020), permitem evitar o sofrimento e oferecer suporte compassivo, tratamento e acompanhamento durante o processo de morte, caso ocorra, atendendo ao paciente e à família com o máximo cuidado e respeito, pautando-se em um quadro de humanização da saúde. Cuidados intensivos e cuidados paliativos não são disciplinas que se excluem mutuamente, mas são complementares e devem estar cada vez mais presentes no cotidiano de trabalho nas unidades de terapia intensiva.

Para Maingué et al. (2020), essa situação envolve limitações na assistência quando se trata de suporte da vida de pacientes em fase terminal nas unidades de tratamento intensivo. O interesse por este tema surgiu com o objetivo de responder ao seguinte questionamento: “Como a equipe de saúde enfrenta os dilemas éticos das limitações de tratamento de pacientes em fase terminal?”

Na busca dessa resposta, optou-se, como encaminhamento metodológico, pela

abordagem qualitativa, por meio de revisão bibliográfica. Assim, buscou-se apoio em artigos, revistas e livros, encontrados em bancos de dados acadêmicos, como Elsevier, SciElo, Scholar Google, Pubmed e LILACS, para o desenvolvimento desta pesquisa.

2 | A ÉTICA DOS CUIDADOS INTENSIVOS E AS LIMITAÇÕES DE TRATAMENTO

A Medicina Intensiva (MI) é uma especialização médica multidisciplinar que cuida de pacientes críticos, ou seja, pessoas com uma doença ou condição com risco de morte, mas com chances de recuperação. A característica multidisciplinar refere-se à variedade de patologias que atende, e que também podem estar presentes em um mesmo paciente, por vezes, tornando necessário o trabalho conjunto de diferentes especialistas, dependendo do grau de complexidade do acometimento (QUEIROZ, 2018).

Embora haja tanta variedade, todos compartilham uma característica comum, aquela que define o conceito de lesões agudas e graves com risco de morte, mas com potencial capacidade de recuperação. É essa condição de potencial capacidade de recuperação que, de acordo com Motta e Paulo (2020), justifica o grande esforço clínico e a utilização de todos os meios disponíveis, uma vez que o objetivo é restaurar a vida do paciente, superar a lesão e devolvê-lo ao seu estado inicial de saúde, ou mesmo a um estado melhor do que antes.

Dias et al. (2022) ponderam que o objetivo da terapia intensiva não é meramente aumentar ou prolongar a sobrevida, mas reduzir a mortalidade e morbidade que essas patologias são evitáveis. Uma vez expresso o objetivo fundamental da MI, deduz-se uma característica crucial da equipe de saúde e sua responsabilidade ética, isto é, esses profissionais devem ter a capacidade de detectar o potencial de recuperação dos pacientes ou, em outras palavras, a capacidade de reconhecer a natureza da patologia e saber distinguir a lesão crítica recuperável da irrecuperável, principalmente no momento da decisão de internamento, mas também ao longo da sua evolução.

A Ética Médica constitui parte fundamental da Bioética, dando-lhe respaldo científico, ao mesmo tempo em que incorpora dela a luz dos valores e princípios inerentes ao modo específico de existir do ser humano. Conforme Santos, Cardoso e Pereira (2021), a bioética clínica examina aqueles dilemas que aparecem na prática da assistência médica por meio da análise dos valores éticos envolvidos e com o apoio dos princípios utilizados na bioética geral.

Nesse contexto, os dilemas bioéticos enfrentados pela equipe de saúde de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), ao decidir iniciar ou suspender medidas de suporte à vida, são muito complexos, sendo necessário analisá-los de forma sistemática e com perfil multidisciplinar. Dentro desse campo, a bioética é vista como um vigoroso movimento de aplicação nas Ciências Médicas.

Os avanços tecnológicos na área da medicina crítica têm proporcionado resultados

favoráveis significativos, melhorando as taxas de sobrevivência, com a consequente diminuição da mortalidade nas UTIs. No entanto, esses indicadores são questionáveis, no que diz respeito à qualidade de vida preservada, no caso de pacientes recuperáveis, e à qualidade da morte, no caso de pacientes irrecuperáveis (DIAS et al., 2022).

Além disso, o processo de tomada de decisão como a questão de se um paciente deve ser internado em uma UTI, a determinação do grau de agressividade dos tratamentos, quando interrompê-los ou a limitação do esforço terapêutico, a decisão de doar órgãos, a alta médica e outros, constituem grandes dilemas bioéticos permanentes, de modo que um dos desafios que esse tipo de atendimento médico enfrenta é justamente um desafio para a solução de problemas éticos, morais e legais.

Toda essa série de dilemas pode surgir no cuidado ao paciente crítico, especialmente quando se trata de situações como a insistência terapêutica ou distanásia, a eutanásia, a limitação do esforço terapêutico e, até mesmo, a internação do paciente. Assim, a decisão da equipe de saúde deve ser ajustada ao conhecimento atual da medicina, fundamentando-se na medicina baseada em evidências e na assertividade das ações a serem tomadas.

Outro ponto relevante, como afirmam Brauner e Pereira (2021), é que, apesar de as decisões de Limitação de Tratamento de Suporte de Vida (LTSV) serem frequentes em Unidades de Terapia Intensiva e eticamente aceitas como boa prática clínica e até mesmo como um padrão de qualidade, não há um consenso claramente definido que explique de que maneira isso é feito. Essas decisões em nível individual, embora a sociedade de terapia intensiva tenha publicado algumas recomendações a esse respeito, estão atualmente em revisão.

Conforme as autoras, as decisões são profundamente influenciadas pelas previsões clínicas sobre o prognóstico dos pacientes, uma vez que

[...] para que uma ação seja considerada autônoma, ela deve ser realizada sem qualquer manipulação ou influência que reduza a liberdade de decisão do protagonista. Na maioria dos casos é difícil acreditar no pleno exercício da autonomia. Quando se discute a importância da autonomia no contexto do consentimento aos procedimentos médicos, é natural a associação com dependência física, psicológica ou social dos indivíduos. Nesse contexto, o consentimento torna-se uma questão de grande importância no interesse dos pacientes e, sobretudo, face ao paternalismo médico que, mesmo visando promover o bem do paciente, leva o médico a desconsiderar sua autonomia. (BRAUNER; PEREIRA, 2021, p. 159)

Ou seja, os profissionais, na maioria dos casos, baseiam seu prognóstico na própria experiência ou em estudos unicêntricos ou multicêntricos de patologias específicas, decidindo de acordo com escalas de gravidade que utilizam múltiplas variáveis e são úteis associadas a outros sistemas de medição prognóstica. Contudo, é sempre necessário discutir com o paciente essas decisões, visto que, em geral, não existe uma ferramenta clara e única que auxilie na tomada de decisão, sendo mais um conjunto delas que ajudam a iniciar a abordagem LTSV.

Sob essa perspectiva, Pegoraro e Paganini (2020) explicitam que a percepção da morte como falha médica e o apego a certas atitudes terapêuticas como mecanismo de fuga para evitar enfrentar o inevitável são duas atitudes que precisam ser modificadas. Há diferentes avaliações entre pacientes, familiares e médicos que podem diferir no que poderia ser considerado uma “boa morte”. Portanto, o prognóstico clínico é importante para pacientes e familiares, principalmente quando há divergências com o prognóstico oferecido a eles, devendo ser discutido.

No mesmo sentido, é preciso entender que os valores dos doentes e da família são importantes para o prognóstico numa decisão de fim de vida, razão pela qual se defende cada vez mais a tomada de decisão partilhada. A existência de protocolos que sirvam de guia para a ação e que esclareçam as obrigações nessas situações é positiva, pois facilita a tomada de decisão, reduz a variabilidade e, ao mesmo tempo, favorece a segurança jurídica dos profissionais.

3 | TOMADA DE DECISÕES PARA O ENFRENTAMENTO NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

Segundo Barros (2018), quando se trata de tomada de decisão na área da saúde, desempenham um papel fundamental, os seguintes elementos: o doente com o seu estado de saúde, os seus conhecimentos teóricos e saberes práticos da equipe de saúde, os objetivos que se pretendem atingir, a estratégia que será escolhida para o enfrentamento da situação do enfermo e o ambiente para desenvolver esse processo de tomada de decisão, levando em consideração os meios disponíveis para a equipe de profissionais, o paciente e a sua família.

Por esse motivo, a tomada de decisão na UCI é um processo que requer a correta formulação de um problema e, conseqüentemente, a análise de cursos de ação para atingir o objetivo proposto. A cátedra de bioética deve ser incluída na formação dos profissionais de saúde, sendo identificada como uma necessidade de aprendizagem para professores e alunos. Ou seja, é preciso passar do aprendizado teórico para o prático, permitindo que se aplique o que foi aprendido e se possa refletir em mudanças de comportamento e aptidões na prática médica.

Na prática assistencial, as condições de formação da equipe de saúde na tomada de decisões determinam de alguma forma a facilidade ou dificuldade para fazê-lo. Para Gomes (2021), duas situações podem surgir: a tomada de decisões sem pressa e a com urgência devido a situações críticas, de modo que

Isso se torna ainda mais complexo em se tratando de situações de terminalidade da vida, quando podem ocorrer conflitos principalmente quanto às condutas e procedimentos a serem adotados. [...] o atendimento de situações de emergência, especialmente pela premência do tempo, apresenta o desafio de poder estabelecer um relacionamento interpessoal e de troca de informações.

Quando o paciente não está em condições de participar deste processo, a complexidade aumenta. [...] Esta é uma situação de tomada de decisão paternalista pode ser justificada, na presunção de atender aos melhores interesses do paciente. Por outro lado, os médicos podem ser influenciados por suas convicções pessoais ou outros fatores externos, tais como desejos familiares, questões financeiras, ou medo de repercussões legais. Estes interesses de do médico e de terceiros podem levar a conflitos éticos com os interesses do próprio paciente. (GOMES, 2021, p. 18)

Assim, situações extremas testam a capacidade teórica, experiência prática e coragem da equipe médica, visto que é preciso considerar o que é melhor para o paciente, a vontade dos familiares e o que o sistema de saúde pode oferecer com a ciência e tecnologia disponíveis. Essas decisões, portanto, têm implicações éticas importantes, pois além de um certo limite, a beneficência que se busca pode se transformar em maleficência ao submeter o paciente a uma morte longa, dolorosa e custosa.

A pessoa como um todo deve ser avaliada, levando em consideração a evolução da doença, além da proporção entre benefícios e riscos que dela possam derivar, de modo que, com base no princípio da beneficência, deve-se promover um cuidado adequado e compassivo para o maior número de pacientes, inclusive os que se encontram em fase terminal (GARCÍA, 2018).

Além disso, Lluch-Canut et al. (2020) afirmam que é preciso, também, gerenciar adequadamente a ansiedade, a frustração e a angústia causadas pela má evolução ou morte eminente do paciente. Para Andersson, Nordin e Engström (2022), isso será possível se for estruturado um nível adequado de comunicação com a família, levando em consideração suas necessidades afetivas e existenciais, o que dá sentido e dimensão humana à situação de crise pela qual está passando, possibilitando o cuidado da saúde mental do paciente e, consequentemente, de seus familiares.

Segundo Cunha (2019), considerar a posição do paciente é entender a existência de uma relação entre a autonomia, o grau de individualidade e a atitude diante da morte, uma vez que

[...] institui o respeito e o livre exercício do direito à autonomia do paciente, assim como ao direito de liberdade deste, em que o paciente atua no sentido de a ele pertencer o poder de determinar e concretizar a sua vontade, tratando-se de uma inequívoca manifestação do fundamento da dignidade da pessoa humana, de forma que a sua vontade deve ser reconhecida, respeitada e imposta, vinculando a todos que de alguma forma tiveram participação na tomada de decisão (os médicos, os demais profissionais de saúde, os familiares, o Estado). [...] progresso médico-científico, o desenvolvimento das inúmeras tecnologias relacionadas à área da saúde, apesar de permitirem que o indivíduo possa intervir diretamente em todas as fases da sua vida, inclusive, e, principalmente, no processo de terminalidade, devem conduzir para a autonomia da pessoa e não à sua instrumentalização, com o olhar sempre voltado para a qualidade e melhoria das condições de vida, ou seja, para a dignidade da pessoa humana, respeitando a individualidade e diversidade de pensamentos.(CUNHA, 2019, p. 22-23)

Nesse sentido, a capacidade de decisão do indivíduo não pode ser ignorada, pois é dotado de atitudes sociais e culturais, discernimento para escolher de acordo com seu estilo de vida, objetivos e valores de referência a decisão sobre o futuro que lhe diz respeito.

Os resultados, após a tomada de decisão, podem variar desde a cura do paciente até sua deterioração. Uma intervenção médica influencia na sobrevida e na qualidade de vida do paciente, portanto, esse resultado pode ter consequências éticas e legais. O cuidado ao paciente em contexto de gravidade tem incentivado a criação de UTIs, com o intuito de prolongar e melhorar a qualidade de vida do paciente. Nesses locais de atendimento, o suporte de vida é aplicado como substituição ou substituição de diversos órgãos, sistemas e funções do paciente em estado crítico (FERREIRA; NASCIMENTO; SÁ, 2018; RATRE; BHATNAGAR, 2022).

O julgamento clínico ou a capacidade de prever resultados em pacientes críticos depende de muitas variáveis. Além da experiência, do conhecimento e da capacidade analítica, há outras não menos importantes, como os valores éticos, a formação humanística e outras características tão individuais quanto imprevisíveis.

O surgimento de novas tecnologias e sua utilização, nas UTIs, permitiu a sobrevivência de determinados tipos de pacientes críticos que antes não sobreviviam. Embora não se possa duvidar do saldo positivo que a aplicação dos recursos terapêuticos modernos tem representado, em alguns casos, retardar a morte em vez de prolongar a vida pode se tornar um procedimento cruel. Assim, a medicina não deve representar uma luta cega contra a morte, uma vez que ela faz parte de um dos ciclos da vida.

4 | A COMUNICAÇÃO COMO FERRAMENTA INTERMEDIADORA DAS DECISÕES DE ENFRENTAMENTO

De acordo com Kirsch et al. (2018), a relação clínica, entre a equipe de saúde, o paciente e sua família, é pautada no respeito à autonomia da vontade do paciente, sua dignidade como pessoa e sua liberdade individual. O processo de tomada de decisão, assim, é compartilhado entre os profissionais responsáveis pelo cuidado, os pacientes e/ou familiares, em um contexto de comunicação efetiva e transparente.

Dessa forma, é fundamental que o profissional estabeleça uma correta relação de confiança com o paciente e a família como parte principal do processo de tomada de decisão correta no final da vida.

Assim, para que seja possível que a equipe de saúde possa lidar com os dilemas das limitações de enfrentamento de uma determinada enfermidade do paciente em fase terminal, a comunicação é uma ferramenta terapêutica essencial que proporciona acesso à informação, confiança mútua e a segurança mínima que pacientes e familiares precisam para participar do processo de tomada de decisão e colaborar em todo o processo de adoecimento (BRAUNER; PEREIRA, 2021).

Nesse sentido, é importante a anamnese da personalidade do paciente, assim como a compreensão da qualidade das relações familiares, das reações em situações semelhantes ou da perda de outros parentes, das características do lar e do nível de apoio que a família está disposta a prestar a esse indivíduo. Com isso, entende-se que as “conferências familiares” são uma recomendação atual, de modo que o encontro com pacientes e familiares, desde o início e periodicamente depois, facilita a tomada de decisões.

No entanto, não só deve ser estabelecida uma comunicação adequada com o paciente e família, mas também com o restante das disciplinas. O estudo de Metaxa (2021) aponta que a comunicação interdisciplinar permite a realização de intervenções profissionais, reduzindo a permanência na UTI para pacientes que faleceram sem aumentar a mortalidade na UTI.

Para Metaxa (2021), o cuidado familiar é um dos critérios para a qualidade do cuidado no final da vida. Durante a internação, o apoio dos profissionais da equipe de saúde é essencial. As intervenções baseadas na assertividade e na comunicação efetiva melhoram a satisfação, a compreensão e a aceitação da morte pelas famílias. As famílias valorizam especialmente o compromisso, a compaixão e a honestidade dos profissionais que prestam cuidados.

Um aspecto essencial é, conforme Rosário (2021), a atenção individualizada da família com a incorporação do valor da cultura e da espiritualidade ao longo do processo de cuidados paliativos, sendo que

[...] desde o diagnóstico, curso da doença ao prognóstico, os familiares encontram-se a vivenciar um processo de luto antecipatório que se vai intensificando à medida que a doença progride e com a confrontação de comunicação de más notícias. O luto antecipatório pressupõe uma reestruturação familiar, por um lado, em modo experimentação onde são redistribuídos os papéis e funções que pertenciam ao elemento que se encontra sob uma doença ameaçadora da vida, pelos restantes elementos da família. Por outro, é necessário definir uma nova organização no seio familiar, focada no presente. (ROSÁRIO, 2021, p. 27)

Com isso, no final da vida, é importante detectar pendências, tanto econômicas quanto relacionais, especialmente quando o paciente expressa o desejo de antecipar a morte. A elaboração da perda é um processo normal que requer meses, se manifesta com sentimentos, mudanças de comportamento e sintomas físicos, concluindo-se com o retorno das capacidades funcionais e relacionais anteriores.

Assim, incorporar os cuidados centrados na família, em conjunto com a comunicação efetiva das decisões, deve ser evidenciado pela equipe de saúde, de forma que sejam considerados como cuidados extensivos aos cuidados paliativos. A equipe de cuidados deve estabelecer uma relação de colaboração contínua com a família, onde a comunicação eficaz, a honestidade e o respeito mútuo sejam ferramentas fundamentais ao longo de todo o processo (ROSÁRIO, 2021). Nos pacientes com longa permanência na UTI, as famílias

podem ficar devastadas quando o paciente morre, de modo que o acompanhamento subsequente nos primeiros meses pode ser útil para promover o processo de luto.

5 | MATERIAIS E MÉTODOS

Para cumprir com o objetivo de compreender como a equipe de saúde enfrenta os dilemas éticos das limitações de tratamento de pacientes terminais, optou-se, como encaminhamento metodológico, pela pesquisa bibliográfica, de abordagem qualitativa. Assim, buscou-se apoio em artigos, revistas e livros, encontrados em bancos de dados acadêmicos, como Elsevier, SciElo, Scholar Google, Pubmed e LILACS.

A busca eletrônica foi realizada considerando o período de 2018 a 2022, utilizando palavras-chave como: “Enfermagem”, “Pacientes Terminais”, “Bioética”, “Limitações de tratamento” e “Cuidados Intensivos”, selecionando publicações em inglês, espanhol e português.

A partir disso, foram pré-selecionados 39 artigos para verificação do atendimento aos critérios de inclusão, por meio da leitura das informações apresentadas no título, resumo, palavras-chave e do corpo do texto. No total, 20 artigos foram excluídos por não atenderem aos requisitos necessários para esta pesquisa, restando 19 artigos que auxiliaram na fundamentação desta pesquisa.

6 | CONCLUSÃO

A assistência médica oferecida nas UTIs visa apoiar as funções orgânicas prejudicadas para a recuperação do paciente. Apesar dos esforços, a morte de alguns pacientes sempre fará parte da realidade da vida. Assim, os cuidados atuais na maioria das unidades de terapia intensiva não possuem a visão holística exigida pelo paciente que morre.

Este estudo cumpriu com o objetivo de responder como a equipe de saúde enfrenta os dilemas éticos das limitações de tratamento de pacientes em fase terminal. A partir das fundamentações encontradas, foi possível compreender que a tomada de decisões, quando mediada pela comunicação com o paciente e seus familiares, pode ser acordada com os envolvidos, facilitando a experiência do enfermo no final de sua vida, assim como do núcleo familiar.

A comunicação é uma ferramenta que permite que a equipe médica seja capaz de, a partir de uma perspectiva bioética, proporcionar a esses indivíduos, uma experiência humanizada e o acompanhamento adequado para cada caso, individualmente. A escolha do enfrentamento das limitações de tratamento do paciente em fase terminal pode ser resolvida a partir da reflexão ética e da realidade das experiências nacionais e internacionais, considerando-se o consenso de especialistas que propõem processos padronizados.

Analisar a prática clínica de rotina em relação a um quadro de referência é o primeiro passo em qualquer projeto para melhorar os cuidados de fim de vida prestados na UTI. A análise dos estudos destaca o papel da equipe de saúde no cuidado ao paciente em fim de vida em unidades de terapia intensiva que se direcionam em um cuidado direto ao paciente e outro à família.

Ambas as atenções colocam os profissionais da área, especialmente os enfermeiros, como elemento essencial alcançar a humanização do processo de morrer, garantindo o atendimento de suas necessidades físicas e espirituais, demonstrando conhecimento e comprometimento no cuidado ao paciente.

Em relação à família, a equipe de enfermagem que atua nas unidades de terapia intensiva os apoia na comunicação e auxilia na tomada de decisão, são facilitadores para o acesso ao familiar na última fase do paciente, promovendo privacidade, mesmo com limitações estruturais.

Muitas vezes, o cuidado no final da vida é suporte para a dignidade e respeito à morte. Portanto, esse cuidado final deve ser confortável, tranquilo, com a presença de uma família com uma assistência compassiva, compreensiva e sensível. Contudo, também existem obstáculos e dificuldades no desenvolvimento do cuidado ao paciente em fim de vida, ainda há deficiência na comunicação e participação nas tomadas de decisão, a equipe de enfermagem sente exaustão e estresse diante de algumas situações como como negação familiar, luto.

Assim, é necessário que os profissionais dessa área sejam devidamente qualificados quanto às estratégias para o enfrentamento dos dilemas vivenciados na UTI. Para isso, recomenda-se que a equipe multidisciplinar esteja atenta aos protocolos e às diretrizes, que permitem um atendimento homogêneo, integral, oportuno, com maior qualidade e segurança, com o desenvolvimento de estratégias aplicáveis durante o enfrentamento e o acompanhamento do enfermo, impactando positivamente a experiência desse paciente e de sua família, gerando satisfação com o cuidado.

REFERÊNCIAS

ANDERSSON, Maria; NORDIN, Anna; ENGSTRÖM, Åsa. Critical care nurses' perception of moral distress in intensive care during the COVID-19 pandemic—a pilot study. **Intensive and Critical Care Nursing**, p. 103279, 2022.

BARROS, I. C. **Reflexões sobre o ensino de bioética e cuidados paliativos em uma escola médica do Distrito Federal**. 2018. 88f. Dissertação (Programa de Mestrado em Ensino em Saúde) - Universidade José do Rosário Vellano, Belo Horizonte. Disponível em < <http://tede2.unifenas.br:8080/jspui/handle/jspui/263> >

BRAUNER, Maria Claudia Crespo; PEREIRA, Sheron dos Santos. O consentimento ao ato médico no Brasil: entre o paternalismo médico e a busca pela proteção dos pacientes e responsabilidade dos médicos. **Revista Ibérica do Direito**, v. 2, n. 1, p. 158-177, 2021.

CUNHA, Fernanda Condurú dos Santos. **Diretivas antecipadas de vontade**: a autonomia do paciente terminal. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Direito) - Centro Universitário do Estado do Pará, Belém, 2019. Disponível em <<http://repositorio.cesupa.br:8080/jspui/handle/prefix/122>>

DIAS, Q., TRINDADE, S., DOS SANTOS, L., SANTANA, J., PATRÍCIO, D. DESAFIOS DA ENFERMAGEM NO CUIDADO DE PACIENTES TERMINAIS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: revisão integrativa. **Scientia Generalis**, v. 3, n. 1, p. 117-126, 2022.

FERREIRA, Julia Messina Gonzaga; NASCIMENTO, Juliana Luporini; SÁ, Flávio César de. Profissionais de saúde: um ponto de vista sobre a morte e a distanásia. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, p. 87-96, 2018.

GARCÍA, Marta C. **A percepção dos profissionais de enfermagem da dimensão ética dos cuidados**. 2018. Dissertação de Mestrado. Disponível em <<https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/23420>>

GOMES, Paula Azambuja. **Diretivas antecipadas de vontade em uma unidade de emergência**. Dissertação de Mestrado – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-graduação em Medicina: Ciências Médicas. Porto Alegre, 2021. Disponível em <<https://lume.ufrgs.br/handle/10183/220339>>

KIRSCH, R. E., BALIT, C. R., CARNEVALE, F. A., LATOUR, J. M., LARCHER, V. et al. Ethical, cultural, social, and individual considerations prior to transition to limitation or withdrawal of life-sustaining therapies. **Pediatric Critical Care Medicine**, v. 19, n. 8S, p. S10-S18, 2018.

LLUCH-CANUT, T., Sequeira, C., Falcó-Pegueroles, A., Pinho, J. A., Rodrigues-Ferreira, A., Olmos, J. G., Roldan-Merino, J. Ethical conflicts and their characteristics among critical care nurses. **Nursing ethics**, v. 27, n. 2, p. 537-553, 2020.

MAINGUÉ, P. C. P. M., SGANZERLA, A., GUIRRO, Ú. B. D. P., PERINI, C. C. Discussão bioética sobre o paciente em cuidados de fim de vida. **Revista Bioética**, v. 28, p. 135-146, 2020.

METAXA, Victoria. End-of-life issues in intensive care units. In: **Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine**. Thieme Medical Publishers, Inc., 2021. p. 160-168.

MOTTA, Oswaldo Jesus Rodrigues; PAULO, Arthur Santana. Revisão de literatura: aspectos bioéticos da tomada de decisão do Enfermeiro em Terapia Intensiva. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 2, p. 2456-2474, 2020.

OLIVEIRA, A. L. C. B., AMORIM, A. C. R. B., BARRETO, R. E. S. N., CARVALHO NETO, A. L. Palliative care in nursing in the intensive care unit: integrative review/Cuidados paliativos em enfermagem na unidade de terapia intensiva: revisão integrativa/Cuidados paliativos en enfermería en la unidad de cuidados intensivos. **Revista de Enfermagem da UFPI**, v. 9, 2020.

PEGORARO, Martha Maria de Oliveira; PAGANINI, Maria Cristina. Cuidados paliativos y limitación del soporte de vida en cuidados intensivos. **Revista Bioética**, v. 27, p. 699-710, 2020.

QUEIROZ, Kariny Tabosa. **Percepções dos enfermeiros acerca dos cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva**: revisão integrativa. Trabalho de conclusão de curso de Graduação, 2018. Disponível em <<http://repositorioinstitucional.uea.edu.br/handle/riuea/1021>>

RATRE, Brajesh Kumar; BHATNAGAR, Sushma. Ethical Issues at End of Life Care in the ICU. In: **Onco-critical Care**. Springer, Singapore, 2022. p. 525-531.

ROSÁRIO, Romina Silva do. **As técnicas de comunicação em cuidados paliativos: na relação entre a civilidade e o coping**. 2021. Dissertação de Mestrado. Disponível em < <https://repositorio.ual.pt/handle/11144/5198> >

SANTOS, Rubens Roque Pinheiro; CARDOSO, Benuncia de Paula; PEREIRA, Mayara Cândida. As dificuldades da assistência de enfermagem com o paciente idoso em cuidados paliativos-Revisão integrativa. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, v. 10, n. 2, p. 240-249, 2021.

SURYADI, Taufik. Identification of Ethical and Medicolegal Problems in the Care of Patients in the Intensive Care Unit. **Britain International of Exact Sciences (BioEx) Journal**, v. 2, n. 2, p. 547-555, 2020.

CONTROLO DE QUALIDADE DE SUPLEMENTOS ALIMENTARES À BASE DE PLANTAS MEDICINAIS

Data de aceite: 01/08/2022

Ana Paula Fonseca

Instituto Politécnico de Coimbra, ESTESC-
Coimbra Health School, Departamento de
Farmácia
LabinSaúde
Coimbra Portugal

Mariana Mendes

Instituto Politécnico de Coimbra, ESTESC-
Coimbra Health School, Departamento de
Farmácia
Coimbra Portugal

RESUMO: Os suplementos alimentares à base de plantas são considerados seguros e sem efeitos adversos em comparação com os medicamentos químicos, o que levou ao aumento do seu consumo por parte dos utentes. Contudo existem vários fatores que podem alterar as suas características e segurança, como por exemplo, a presença de substâncias tóxicas, substâncias farmacologicamente ativas, substâncias aditivas ou psicotrópicas, interações medicamentosas, variantes genéticas entre as espécies de plantas e diferentes condições de processamento e fabricação. Por estas razões, torna-se imperativo a criação de técnicas de controlo de qualidade destes suplementos para garantir a segurança e a eficácia dos mesmos. Neste artigo de revisão, após serem usados os critérios de exclusão, foram selecionados e analisados 17 artigos com objetivo de avaliar os critérios de qualidade dos suplementos. A adulteração deste tipo de

suplementos, a não existência de métodos que garantam a qualidade e segurança, assim como a falta de regulamentação destes produtos foram as principais descobertas deste estudo. Deste modo concluímos que não existe regulamentação nem métodos que atestem a qualidade e segurança destes suplementos o que leva a uma elevada taxa de adulteração, verificando-se a presença de contaminantes com o objetivo de aumentar a eficácia do produto, colocando a saúde da população em risco.

PALAVRAS-CHAVE: Suplementos alimentares à base de plantas medicinais; Controlo de qualidade; Adulteração; Regulamentação.

QUALITY CONTROL OF HERBAL FOOD SUPPLEMENTS

ABSTRACT: Herbal supplements are considered safe and without adverse effects when compared to chemical medicines, increasing their use. However, there are several factors that can change its characteristics and safety, such as the presence of toxic substances, pharmacologically active substances, additive or psychotropic substances, drug interactions, genetic variants between plant species and different processing and manufacturing conditions. For these reasons, it is imperative to create quality control techniques for these supplements to ensure their safety and effectiveness. In this review article, after using the exclusion criteria, 17 articles were selected and analyzed to assess the quality criteria of the supplements. The adulteration of this type of supplements, the lack of methods to ensure quality and safety, as well as the lack of regulation of these products were the main findings of this

study. In this study, we conclude that there are no regulations or methods that certify the quality and safety of these supplements, which leads to a high rate of adulteration, checking the presence of contaminants to increase the effectiveness of the product, putting the health of the population at risk.

KEYWORDS: Herbal food supplements; Quality control; Adulteracion; Regulation.

INTRODUÇÃO

Os suplementos alimentares à base de plantas são fontes concentradas de nutrientes ou de outras substâncias, com efeito nutricional ou fisiológico, cujo principal objetivo é complementar a dieta normal, devido ao seu presumível benefício para a saúde.⁴ Estes contêm principalmente partes de plantas cruas ou processadas (folhas, caules, flores e/ou raízes) como ingredientes ativos.¹

Os suplementos alimentares à base de plantas são comercializados sob a forma de pílulas, comprimidos, cápsulas, xarope ou ampolas.²

O consumo de suplementos alimentares à base de plantas tem vindo aumentar, uma vez que são considerados mais seguros, saudáveis e livres de efeitos adversos do que os medicamentos sintéticos.^{2,3}

Para o consumidor, a qualidade de um suplemento alimentar à base de plantas significa boas práticas, confiabilidade, eficácia e acima de tudo, segurança. No entanto, existem fatores que podem afetar a segurança, como: a presença de substâncias tóxicas; a presença de substâncias farmacologicamente ativas; a presença de substâncias aditivas ou psicotrópicas, reações adversas e interações medicamentosas, variantes genéticas entre as espécies de plantas, diferenças nas condições de processamento e fabricação, identificação incorreta da fonte inicial da planta; adulteração com outras plantas; contaminação ambiental; contaminação biológica.^{4,5}

O aumento do consumo de suplementos alimentares à base de plantas levou à discussão sobre autenticidade e qualidade. A possível adulteração com matérias ou produtos farmacêuticos, sejam inadvertidas ou deliberadas, abaixo do padrão científico são motivos de preocupação porque pode alterar a eficácia dos suplementos alimentares à base de plantas ou levar a reações de efeitos adversos.⁶

Os suplementos alimentares à base de plantas são menos regulamentados do que os medicamentos sintéticos. Estes são classificados como alimentos ou suplementos, de forma a evitar os mesmos critérios de segurança, rigorosidade e eficácia no processo de fabrico existentes para os medicamentos sintéticos.⁷

Os suplementos alimentares à base de plantas devem atender a muitos requisitos legais relativos à sua fabricação, constituição, teste, armazenamento e distribuição. Isso significa, que as substâncias de referência usadas, para calibrar e validar os métodos de teste, que são aplicados dentro da estrutura de controle de qualidade, tem que cumprir os regulamentos.⁸

Realizam-se padrões e investigação nos suplementos alimentares à base de plantas, além disso, existem várias ferramentas de controlo de qualidade que são usadas para garantir a qualidade dos suplementos, tanto qualitativamente como quantitativamente.^{1,9}

São usadas diversas técnicas analíticas para avaliar a qualidade e a quantidade das plantas utilizadas. São utilizadas técnicas de espectroscopia ultravioleta (UV) e infravermelhos (IV) para os aspetos qualitativos, enquanto a cromatografia líquida de alta eficiência (HPLC) e cromatografia gasosa (GC) acoplado a detetor de massas, são usados para uma análise quantitativa dos produtos naturais na avaliação do controle de qualidade.¹³

As avaliações de quantidade e qualidade de constituintes químicos são fundamentais para a padronização, e conseqüentemente, para aumentar a eficácia terapêutica e a segurança dos produtos utilizados.⁸

Este artigo de revisão bibliográfica teve como objetivo a avaliação dos critérios de qualidade dos suplementos alimentares à base de plantas.

MATERIAL E MÉTODOS

A literatura utilizada nesta revisão encontra-se disponível nas bases dados Pubmed, Google Académico e Science Direct. As palavras-chaves utilizadas foram: “Suplementos alimentares à base de plantas”; “Controlo de qualidade”; “Métodos analíticos”; “Fitoterapia”; “Adulteração” e “Regulamentação”.

Os critérios de inclusão e exclusão foram artigos científicos, pesquisas ou revisão sistemáticas em inglês, com data de publicação igual ou inferior a 13 anos (entre 2008 e 2021) e disponibilidade de texto completo.

RESULTADOS

Foram selecionados e analisados 16 artigos, sendo que a tabela 1 apresenta os principais temas dos artigos selecionados.

Autor	Tipo	Assunto
Olivara J., et al (2016) ¹	Experimental	Este estudo relata aplicações bem-sucedidas de Código de Barras de DNA na autenticação preliminar de produtos à base de <i>lagundi</i> vendidos nas Filipinas
Fibigr J., et al (2018) ²	Experimental	Este artigo apresenta uma visão geral de várias preparações, amostras e técnicas analíticas que podem ser utilizadas para a determinação de substâncias bioativas em suplementos alimentares à base de plantas para uma avaliação de pureza de extratos nessas mesmas preparações
Mathon C., et al (2013) ³	Experimental	É apresentado um método multidireccionado para triagem de botânicos em suplementos alimentares com objetivo de melhorar avaliação de segurança, quantidade e composição destes mesmos suplementos.
Sanzini E., et al (2011) ⁴	Revisão	Exposição de regulamentação relacionada com o controlo de qualidade de suplementos alimentares, assim como tipos de adulteração que podem ocorrer durante a confeção dos mesmos, salientando a necessidade de um sistema de controlo mais unificado.
Marcus D (2015) ⁵	Revisão	Compara o que esta no rotulo com o que está realmente no suplemento alimentar a base de plantas
Pawar R., et al (2017) ⁶	Experimental	Pretende determinar a presença de DNA nos ingredientes que estavam rotulados nos suplementos alimentares à base de plantas, comparando os resultados para avaliar o contributo de cada um na determinação da identidade das amostras através da utilização de dois métodos.
Ruhsam M., et al (2018) ⁷	Experimental	O objetivo deste estudo é usar a sequenciamento de DNA para avaliar se há evidências de adulteração suplementos alimentares à base de plantas no mercado do Reino Unido. Especificamente pretende testar se pode recuperar o DNA de espécies alvo a partir das dos suplementos utilizados e avaliar se há evidências da correta rotulagem dos produtos presentes nos suplementos testados.
Zöllner T., et al (2013) ⁸	Revisão	Este artigo, fornece um breve resumo das definições oficiais, requisitos práticos e aplicação para padrões de referência de ervas dentro do quadro
Balekundri A., et al (2020) ⁹	Experimental	Pretende-se determinar os aspetos de qualidade dos suplementos alimentares à base de plantas utilizando vários métodos químicos, fitoquímicos e técnicas analíticas
Cianchino V., et al (2008) ¹⁰	Experimental	Análise de quatro suplementos alimentares para controlo de peso para avaliar a presença de compostos adulterantes nesses produtos.
Saberi N., et al (2018) ¹¹	Experimental	Pretende-se perceber a presença de ingredientes farmacológicos ocultos, através da análise de suplementos alimentares à base de plantas, para ganho de peso, vendidos em ervanárias, utilizando as técnicas UHPLC E GC/MS
Thongkhao K., et al (2020) ¹²	Experimental	Utilização de métodos integrativos, incluindo NGS, caracteres microscópios, técnicas de terapia e HPTLC, para desmarcar os componentes à base de plantas de um suplemento alimentar.
Booker A., et al (2020) ¹³	Revisão	Este estudo tem como objetivo investigar a possível variação fitoquímica existente entre produtos obtidos no mercado que possuem registo (THR) e produtos obtidos no mercado sem qualquer registo.

Crighton E., et al (2019) ¹⁴	Experimental	Este estudo mostra-nos a presença de contaminação e adulteração de amostras de suplementos alimentares à base de plantas através de uma triagem toxicológica e sequenciamento de DNA, usando uma combinação de metabocodificação de DNA e espectrometria de massa avançada técnicas (LC-MS)
Dwyer J., et al (2018) ¹⁵	Revisão	Resumo de alguns dos desafios na ciência do suplemento e fornece um estudo de caso de pesquisa no Office of Dietary Supplements nos National Institutes of Saúde, EUA, junto com alguns recursos que desenvolveu e estão disponíveis para todos os cientistas
Ratajczak M., et al (2020) ¹⁶	Revisão	Exposição de assuntos associados à qualidade microbiológica dos suplementos alimentares à base de plantas, focando-se nos mais recentes relatórios sobre contaminação bacteriana e fúngica e presença de micotoxinas.
Güzelmeriç E., et al (2020) ¹⁷	Experimental	Investigação comparativa de especificações quantitativas e qualitativas dos produtos de folha de oliveira comercializados sob forma de chá e suplementos alimentares a partir da HPTLC e da HPLC

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os suplementos alimentares à base de plantas têm vindo a aumentar a sua popularidade, verificando-se um aumento de vendas nesta área, que juntamente com a falta de compromisso para a aprovação de uma legislação eficaz, tornam este mercado vulnerável a produtos desonestos com maior probabilidade de suplementos contaminados por adulterantes e a outros problemas associados à qualidade, eficácia e segurança dos mesmos.⁴

Os processos de adulteração permitem a substituição de uma planta medicinal por outra com propriedades similares ou por uma espécie completamente diferente, o que pode comprometer a eficácia do suplemento e levar a resultados indesejáveis para o consumidor. Este processo, realizado de forma intencional ou deliberado, pode alterar a eficácia do suplemento, tornando-o menos eficaz e em casos mais graves causar reações adversas.^{2,3}

Os adulterantes mais importantes das matérias-primas à base de plantas são os pesticidas, metais pesados, micotoxinas, contaminantes microbiológicos como bactérias, bolores ou leveduras.¹⁴

A adulteração intencional pode surgir por diversas razões, nomeadamente a substituição de espécie alvo com uma espécie de menor valor no mercado, a substituição de uma planta por outra espécie medicinalmente comum, por exemplo, o género *Rhodiola* e *Eleutherococcus* contêm muitas espécies que têm propriedades medicinais reconhecidas.³

A adulteração de suplementos alimentares à base de plantas é uma prática comum. De acordo com os estudos elaborados, existem vários compostos farmacêuticos que devem ser investigados como possíveis adulterantes em produtos utilizados para o controlo de peso, como por exemplo anorexigénios, diuréticos, estimulantes, laxantes entre outros.¹

Os suplementos alimentares à base de plantas para ganho de peso usados pelos

fisiculturistas e atletas para promover o aumento de força muscular, demonstraram compostos químicos como tadina, dexametasona, sildenafil, tramadol acetaminofeno, ciproheptadina e cafeína.⁶

A planta *Vitex negundo* L. (Lagundi) é eficaz no combate à tosse, dor de garganta, asma e febre, no entanto, resultados demonstraram que suplementos alimentares continham espécie semelhante ou não continham qualquer tipo de vestígio da espécie.⁸

Um estudo demonstrou que um suplemento alimentar à base de plantas medicinais com fins diatéticos continha *Senna alexandrina* como adulterante, uma vez que esta planta tem efeitos laxantes, que proporciona uma sensação de perda de peso, no entanto, esta adulteração pode ter também carácter intencional, uma vez que esta espécie acarreta metade dos custos comparado com a *Garcinia*.¹¹

No uso de *Hypericum perforatum* L. Hypericaceae são amplamente utilizados no tratamento de mudanças de humor e depressões leves, verificou-se a adulteração dos suplementos alimentares com outras espécies *Hypericum*, como de *H. perforatum* ou com corantes alimentares.¹⁸

Todos os suplementos alimentares são rotulados consoante os compostos ativos presentes, no entanto, verificou-se uma rotulagem inequívoca, uma vez que, não foram rotulados com outros compostos ativos presentes.²

O grande número de suplementos alimentares que contém substâncias vegetais não declaradas, indicam a substituição generalizada de substâncias, ou que, os métodos atuais usados para identificar essas mesmas substâncias são inadequados. Num estudo realizado na Austrália, que possui atualmente um dos regulamentos mais rigorosos de suplementos alimentares, verificou-se que em análises de conformidade pós-mercado, conduzidas pelo Departamento de Saúde Australiano durante o período de 2016-17, 79% dos produtos revisados violaram os regulamentos atuais.¹⁶

O desafio fundamental em qualquer discussão sobre a regulamentação dos suplementos alimentares é a falta de consenso global, sobre a categoria de produtos conhecidos como: suplementos dietéticos, produtos naturais de saúde, medicamentos complementares ou suplementos alimentares.¹⁷

Métodos que garantem a qualidade e segurança desses produtos devem ser desenvolvidos

A presença de contaminantes, como pesticidas, toxinas ou disruptores endócrinos e adição ilegal de substâncias farmacologicamente ativas, com intenção de aumentar o efeito terapêutico, pode ser uma grave consequência para os consumidores.^{x,10}

Não há regulamentos que definam se um produto pode ser classificado como suplemento alimentar à base de plantas ou por um alimento. Na EU, os suplementos são classificados como alimentos, neste sentido, toda a legislação alimentar aplica-se aos suplementos.^{4,7, 19} A diretiva define um suplemento como “alimento cuja finalidade é complementar a dieta normal e que são fontes concentradas de nutrientes ou outras

substâncias com efeito nutricional ou fisiológico, isoladamente ou em combinação, comercializado sob a forma de cápsulas ...”

Os suplementos alimentares à base de plantas são menos regulamentados do que os medicamentos sintéticos, uma vez que podem ser classificados como alimentos, evitando assim processos rigoroso de controlo. Este facto, leva a uma diminuição nos padrões de qualidade dos suplementos ¹³

Devido à falta de controlo por parte das autoridades de saúde, a qualidade dos suplementos alimentares à base de plantas podem, ocasionalmente, apresentar sérios riscos para a saúde, principalmente devido a fraudes, neste sentido, a análise de qualidade/controlo de qualidade é fundamental antes e depois da comercialização. ⁹

Embora a regulamentação dos suplementos alimentares à base de planta varie consoante o país, a fabricação deve estar em conformidade com as boas práticas agrícolas e as boas praticas de fabricação para garantir a qualidade do produto, eficácia e segurança.¹¹

O controlo de qualidade deve ser aplicado nas várias etapas de processamento, desde a matéria-prima até ao produto acabado. Os suplementos alimentares devem cumprir os requisitos relativos à sua fabricação, constituição, teste, armazenamento e distribuição. O uso de padrões de referência apropriados, ou marcadores fitoquímicos são essenciais para garantir o controlo de qualidade dos mesmos, garantindo a sua segurança e eficácia. O mercado dos suplementos tem-se tornado cada vez mais internacional, tornando a colaboração entre reguladores essencial, uma vez que decisões nacionais podem ter implicações internacionais evitando assim um esforço acrescido entre Nações. Esta realidade transporta-nos para a necessidade de se criarem padrões que respeitem a qualidade global dos produtos. Infelizmente não existe um método único para garantir 100% de eficácia no controlo da qualidade dos suplementos, recorrendo-se a um conjunto de técnicas para se aproximar desse objetivo. Já existem alguns recursos e ferramentas disponíveis onde são apresentados conhecimentos científicos relacionando a influência de determinados suplementos na saúde. Os suplementos alimentares, possuem matrizes complexas o que aumenta o esforço e despesa necessários, por parte dos fabricantes e fornecedores, para cumprir todos os regulamentos, garantindo que são produtos seguros.^{7,14, 17}

CONCLUSÃO

Uma vez que os suplementos alimentares à base de plantas têm vindo aumentar, era fundamental que houvesse uma regulamentação mais restrita e universal para que todos os suplementos cumprissem os requisitos de fabricação, constituição, armazenamento e distribuição, ou seja, fossem rigorosamente controlados e desta forma aumentasse o grau de segurança.

Contudo, são insuficientes métodos analíticos que permitam garantir o controlo de

qualidade de todos os parâmetros dos suplementos.

O facto de não haver uma regulamentação para este tipo de produtos, faz com que os produtores “adulteram” os suplementos, de forma que estes sejam mais rentáveis a nível económico, colocando a saúde da sociedade em risco.

A maioria dos suplementos alimentares à base de plantas são auto-prescritos, o que aumenta a probabilidade de toxicidade provocada pelos mesmos, uma vez que alguns suplementos podem interferir com medicamentos ou outros suplementos que estejam a ser administrados em simultâneo, assim como também será importante perceber os efeitos a longo prazo dos mesmos.

É necessário estabelecer normas adequadas, para que haja um uso mais seguro e um tratamento eficaz, proporcionando meios de bem-estar à sociedade.

A adulteração de suplementos alimentares à base de plantas é um fenómeno bastante recorrente e perigoso para a saúde da sociedade.

Com este estudo conseguiu-se concluir que existe uma grande taxa de adulteração de suplementos alimentares à base de plantas, contendo a presença de contaminantes como toxinas, pesticidas, produtos farmacologicamente ativos para aumentar a eficácia do suplemento, colocando a saúde da população em risco. Dado o crescente interesse mundial em suplementos alimentares seria interessante a elaboração de mais estudos ao nível do controlo da qualidade, que permitissem determinar um conjunto de *guidelines* para regulamentação dos mesmos, que incluísse a prevenção dos diversos tipos de adulteração, salvaguardando assim a saúde do consumidor a curto, médio e a longo prazo.

REFERÊNCIAS

1. Cianchino V, Acosta G, Ortega C, Martínez LD, Gomez MR. Analysis of potential adulteration in herbal medicines and dietary supplements for the weight control by capillary electrophoresis. *Food Chem.* 2008;108(3):1075–81.
2. Pawar RS, Handy SM, Cheng R, Shyong N, Grundel E. Assessment of the Authenticity of Herbal Dietary Supplements: Comparison of Chemical and DNA Barcoding Methods. *Planta Med.* 2017;83(11):921–36.
3. Ruhsam M, Hollingsworth PM. Authentication of *Eleutherococcus* and *Rhodiola* herbal supplement products in the United Kingdom. *J Pharm Biomed Anal* [Internet].
4. Fibigr J, Šatínský D, Solich P. Current trends in the analysis and quality control of food supplements based on plant extracts. *Anal Chim Acta.* 2018;1036:1–15. 2018;149:403–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpba.2017.11.025>
5. Marcus DM. Dietary supplements: What’s in a name? What’s in the bottle? *Drug Test*
6. Saberi N, Akhgari M, Bahmanabadi L, Bazmi E, Mousavi Z. Determination of synthetic pharmaceutical adulterants in herbal weight gain supplements sold in herb shops, Tehran, Iran. *DARU, J Pharm Sci.* 2018;26(2):117–27. *Anal.* 2016;8(3–4):410–2.

7. Zöllner T, Schwarz M. Herbal reference standards: Applications, definitions and regulatory requirements. *Rev Bras Farmacogn [Internet]*. 2013;23(1):1–21. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-695X2012005000144>
8. Olivar JEC, Alaba JPEP, Atienza JFM, Tan JJS, Umali MT, Alejandro GJD. Establishment of a standard reference material (SRM) herbal DNA barcode library of *Vitex negundo* L. (*lagundi*) for quality control measures. *Food Addit Contam - Part A Chem Anal Control Expo Risk Assess*. 2016;33(5):741–8.
9. Güzelmeriç E, Çevik D, Yeşilada E. Quality assessment of marketed food supplements and herbal tea products of olive leaf in Turkey. *J Res Pharm*. 2020;24(1):159–69.
10. Mathon C, Duret M, Kohler M, Edder P, Bieri S, Christen P. Multi-targeted screening of botanicals in food supplements by liquid chromatography with tandem mass spectrometry. *Food Chem [Internet]*. 2013;138(1):709–17. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.foodchem.2012.10.091>
11. Thongkhao K, Prombutara P, Phadungcharoen T, Wiwatcharakornkul W, Tungphatthong C, Sukrong M, et al. Integrative approaches for unmasking hidden species in herbal dietary supplement products: What is in the capsule? *J Food Compos Anal [Internet]*. 2020;93(August):103616. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jfca.2020.103616>
12. Pruitt R, Lemanski A, Carroll A. Herbal supplements. *Nurse Pract*. 2018;43(5):32–7.
13. Balekundri A, Mannur V. Quality control of the traditional herbs and herbal products: a review. *Futur J Pharm Sci*. 2020;6(1).
14. Sanzini E, Badea M, Santos A Dos, Restani P, Sievers H. Quality control of plant food supplements. *Food Funct*. 2011;2(12):740–6.
15. Eichhorn T, Greten HJ, Efferth T. Self-medication with nutritional supplements and herbal over-the-counter products. *Nat Products Bioprospect*. 2011;1(2):62–70.
16. Crighton E, Coghlan ML, Farrington R, Hoban CL, Power MWP, Nash C, et al. Toxicological screening and DNA sequencing detects contaminants. Crighton E, Coghlan ML, Farrington R, Hoban CL, Power MWP, Nash C, et al. Toxicological screening and DNA sequencing detects contamination and adulteration in regulated herbal medicines and supplements. *J Pharm Biomed Anal [Internet]*. 2019;176:112834. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpba.2019.112834>
17. Dwyer JT, Coates PM, Smith MJ. Dietary supplements: Regulatory challenges and research resources. *Nutrients*. 2018;10(1):1–24.
18. Booker A, Agapouda A, Frommenwiler DA, Scotti F. Tracing quality along the value chain : an investigation of St John ' s Wort (*Hypericum perforatum*) products.
19. Ratajczak M, Kaminska D, Świątly-Błaszkiwicz A, Matysiak J. Quality of dietary supplements containing plant-derived ingredients reconsidered by microbiological approach. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(18):1–19.

LUTO DA COVID-19 E ISOLAMENTO SOCIAL: UM OLHAR DE ATENÇÃO AOS IDOSOS SOB A LUZ DA PSICOLOGIA

Data de aceite: 01/08/2022

Jessica Hellen Lima Teixeira

Acadêmica de Psicologia, Escola Superior da Amazônia (ESAMAZ)
Belém, Pará, Brasil

Tayna Matos do Vale

Bacharel em Medicina, pela Universidade Estadual do Pará - UEPA
Santarém, Pará, Brasil

RESUMO: A pesquisa reúne o intuito de compreender as questões emocionais ligadas aos sentimentos manifestados em decorrência do processo do luto e demais incertezas sobre as questões de mudanças de rotina e as influências desse processo na vida dos idosos e, como a partir disso, a psicologia pode entrar como auxiliar à saúde mental do público-alvo da pesquisa. Para isso, foram selecionados diversos autores que agregam valores e percepções, na busca por justificar a pauta defendida e sua devida importância, com subsídios teóricos, como por exemplo os estudos de Romero *et al.* (2021), Lukachaki *et al.* (2020) e Irigaray (2020) que deliberaram sobre essa perspectiva dos impactos ocasionados pelo luto e isolamento social em decorrência da COVID-19, na saúde mental dos idosos afim de proporcionar a devida atenção e bem-estar, promovendo o amparo emocional necessário para essas pessoas.

PALAVRAS-CHAVE: Luto; Saúde Mental; Idosos; Covid-19.

1 | INTRODUÇÃO

A comunidade científica global direciona a atenção do mundo para um novo coronavírus, que se apresentava como uma mutação de altíssima transmissibilidade, elevando em potencial a nocividade à saúde em escala global, definindo-se em pandemia. Acompanhando esse cenário, a presente pesquisa agrega o intuito de dissertar acerca do impacto da pandemia causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, detectado na China em 2019 (OLIVEIRA, 2021 p. 3719) cabendo a investigação, instigar principalmente, os aspectos emocionais ligados aos idosos, que foram impostos, em muitos casos, a ficar à mercê de cuidados de parentes ou pessoas próximas, devido à interrupção dos hábitos sociais, em decorrência da necessidade de se realizar uma “quarentena” sem período determinado, que perdura até a atualidade.

Trata-se de um estudo direcionado sistematicamente para deliberar sobre os idosos no contexto da pandemia no Brasil, quais foram os seus efeitos na condição de saúde emocional abordada pelos efeitos do isolamento, restrições dos hábitos sociais e até a perda de pessoas conhecidas e próximas, depreendendo seus comportamentos mediante outras pesquisas desse âmbito. Para isso, a pesquisa foi embasada no referencial teórico de interesse, podendo ser identificados autores como Romero *et al.* (2021) que teve como

alicerce o estudo descritivo da base nos dados da ConVid – *Pesquisa de Comportamentos* (ConVid) que apresenta uma verificação de saúde de corte-transversal, em nível nacional, realizado pela Fundação Oswaldo Cruz, em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais e a Universidade Estadual de Campinas. Neste sentido, parte-se do enfoque teórico com base na fenomenologia e no existencialismo utilizando publicações disponíveis em institutos ligados à saúde como Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e Organização Mundial da Saúde (OMS).

Com isso, o trabalho expõe mudanças nos rendimentos sociais dos idosos, analisando as dificuldades na realização das atividades de rotina, que foram modificadas em decorrência da quarentena, principalmente pelas condições de saúde as quais foram expostas aos idosos, que dentre os públicos, é o público de alto risco, em prejuízos à vida e seu bem-estar, afim de descrever as mudanças de comportamentos desse público-alvo, adotados durante a pandemia de COVID-19.

Assim, corresponde afirmar que a pesquisa tem intuito de perpassar um estudo baseado em três reflexões: o luto decorrente da covid-19, as características comportamentais dentro desse contexto e por fim, a atuação da psicologia como uma ferramenta fundamental para o tratamento eficaz dessas dificuldades reais.

2 | METODOLOGIA

A metodologia busca sistematizar através de diferentes fontes de revisão narrativa da literatura, assuntos que dissertam sobre o processo do luto sob um olhar de luz dentro da psicologia, em destaque aos idosos que, por sua vez, além de apresentarem-se como grupo de maior risco entre a população, acaba por ser o grupo que vem requerendo mais atenção pela fragilidade emocional apresentada. Para isso, tornou-se necessário entender diversos pontos de vista de diferentes autores, fazendo dessa busca uma pesquisa de análise qualitativa vale deixar evidente a importância de se conhecer a fonte da informação correlacionada ao tema da pesquisa, compreendendo as características fundamentais, para isso foram selecionados os referenciais teóricos mais pertinentes, fazendo jus as características de metodologia exploratória, originada da necessidade do isolamento social ou até mesmo a dor do luto justificada pela perda de pessoas para o coronavírus.

Portanto, fica confirmada que a presente pesquisa caracteriza sua essência em valores qualitativo, representada através da interpretação de algumas análises sistematizadas, com referencial teórico que faz jus à percepção emocional referente aos idosos, deliberando sobre o distanciamento social, imposto pela pandemia, as restrições e perigos iminentes, bem como, de suas exposições ao risco.

3 | FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA OU RESULTADOS E DISCUSSÕES

A seguinte seção abordará a fundamentação teórica compreendendo as manifestações emocionais dos idosos, apresentando os resultados de pesquisas dessa área, após seleção rigorosa de artigos concernentes à temática. A representação dos resultados obtidos faz jus ao intuito de fortalecer as discussões sobre o luto em decorrência da COVID-19, no que diz respeito aos idosos e como a psicologia pode atuar a favor da recuperação desses fatores.

Assim, segundo Tatiana Quarti Irigaray (2020, p. 6) “devido às restrições impostas pela quarentena, como a separação de pessoas queridas, a perda de liberdade e as incertezas sobre a situação da doença, pode tornar-se um período desagradável e acarretar prejuízos para a saúde física e mental”, portanto, a consideração da afirmativa reforça a necessidade de compreender os aspectos manifestados no público-alvo da presente pesquisa, os idosos, que por sua vez demandam atenção deliberadamente

Os autores Lukachaki *et al.* (2020 p. 4 apud Kovács, 1992) afirma que o “processo de luto não ocorre apenas quando há a morte de alguém, mas pode se desenvolver também por outras perdas, como, por exemplo, o fim de um relacionamento, o fim de um ciclo, a perda de um emprego, aposentadoria, dentre outros”. Com isso, é possível confirmar que o sentimento do luto pode ser manifestado de diversas formas, inclusive, nesse período de afastamento da rotina e distanciamento de pessoas. O autor considera também que “durante uma pandemia é comum também que as pessoas sofram com o que é chamado de luto antecipatório que se expressa sem a pessoa ter perdido alguém de fato” (LUKACHAKI *et al.*, 2020 p. 4). Portanto, é válido considerar que a afirmativa aduz a justificativa, revelando como vai além dos sintomas físicos, devem ser consideradas, essencialmente, as questões psicológicas presentes nos indivíduos. “Este processo é provocado diante das incertezas e das mudanças na rotina da pessoa, que agora vive isolada de seus entes queridos e enfrentando o medo de perdê-los por conta da pandemia.” (LUKACHAKI *et al.*, 2020 p. 4), por esses motivos, fica evidenciado o sofrimento psicológico experienciado, intencionando os riscos com independência da composição familiar, pois, os “idosos morando sozinhos podem precisar de ajuda para adquirir alimentos, suporte afetivo, econômico, cuidados à saúde e outros, e idosos que moram com outras pessoas correm risco de serem contagiados por integrantes do lar que mantenham contato com o exterior. (ROMERO *et al.*, 2021 p. 9). Identificando a importância de se trabalhar os aspectos psicológicos para o fortalecimento da saúde mental dos idosos, uma vez que esses aspectos refletem nos âmbitos sociais e de bem-estar.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde o início da pandemia da COVID-19, independente da composição familiar e domiciliar dos idosos, o vírus vem representando demasiado risco à saúde do público-alvo

da pesquisa, principalmente pela sua exposição às várias formas de transmissibilidade do mesmo, e ainda pelo agravante emocional: o fator do luto de fato e até o luto antecipatório, como vimos na seção anterior, retrata a vulnerabilidade dos aspectos condicionais considerados na presente pesquisa. Além disso, alguns estudos representaram acentuada diferença entre homens e mulheres idosos, no que diz respeito às condições socioeconômicas, rendas familiares dos idosos e até a reinserção no mercado de trabalho, o que sugere ser sempre considerada o fator de gênero entre os estudos do envelhecimento. Pesquisas apontam também alguns dados relevantes como a frequência em que mulheres são o público que mais se apresentam desamparado de cuidados, reconhecendo que tais dados são apontados também em outros estudos, mostram a necessidade de se atuar com a psicologia na busca por lidar com as perdas, sabendo reconhecer a importância de vivenciar e respeitar o processo do luto e isolamento social, conhecendo o papel do psicólogo como mediador dessa compreensão. Portanto, conclui-se que, além do sentimento de perda, provocado pela ansiedade instigada pelos sentimentos vivenciados, é necessário identificar esse processo e assim, possa ser trabalhado a mediação da psicologia que busca o equilíbrio na saúde mental dos idosos, para que esse fator não o deixe ainda mais fragilizado e assim, suscetível aos riscos impostos pela pandemia até os dias atuais, assoladores do bem-estar mental e físico.

REFERÊNCIAS

KOVÁCS, M. J. Morte, separação, perdas e o processo de luto. In M. J. Morte e desenvolvimento humano. São Paulo, SP: **Casa do Psicólogo**. 1992. (pp. 149-164).

LUKACHAKI, K. R. S. TOMEIX, B. R. OSÓRIO, A. J. **Luto e Covid-19: alguns aspectos psicológicos**. Cadernos Psicologias. Número 01/2020. Disponível em: https://cadernosdepsicologia.crppr.org.br/edicoes/numero_1_2020 Acesso em 17 jan 2022.

OLIVEIRA, V. V. OLIVEIRA, L. V. ROCHA, M. R. LEITE, I. A. LISBOA, R. S. ANDRADE, K. C. L. Impactos do isolamento social na saúde mental de idosos durante a pandemia pela Covid-19. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v.4, n.1, p.3718-3727 Jan/Feb. 2021.

ROMERO, D. E. MUZY, J. DAMACENA, G. N. SOUZA, N. A. ALMEIDA, W. S. SZWARCOWALD, C. L. MALTA, D. C. BARROS, M. B. A. JÚNIOR, P. R. B. S. AZEVEDO, L. O. GRACIE, R. PINA, M. F. LIMA, M. G. MACHADO, I. E. GOMES, C. S. WERNECK, A. O. SILVA, D. R. P. Idosos no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: efeitos nas condições de saúde, renda e trabalho. **Cad. Saúde Pública** 2021; 37(3):e00216620.

IRIGARAY, T. Q. **Promovendo Qualidade de Vida em Tempos de Pandemia: um Manual para Idosos e seus Cuidadores**. Promovendo qualidade de vida em tempos de pandemia [recurso eletrônico]: um manual para idosos e seus cuidadores. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2020. 1 Recurso on-line (78 p.). Disponível em: <<http://www.pucrs.br/edipucrs/>> Acesso em 12 jan 2022.

IDENTIFICAÇÃO DE SINAIS DE ALERTA NO ENVELHECIMENTO: SUSPEITA DE VIOLÊNCIA E MAUS TRATOS

Data de aceite: 01/08/2022

Data de submissão: 05/07/2022

Thiago Leite dos Santos

Universidade São Judas Tadeu
São Paulo, SP
Orcid: 0000-0001-8476-6158

Priscila Larcher Longo

Universidade São Judas Tadeu
São Paulo, SP
Orcid: 0000-0003-2235-3512

RESUMO: A população mundial está em crescimento, a perspectiva de vida aumentou, com isso o avanço na qualidade de vida da população devido aos recursos tecnológicos da área de saúde. Entretanto, em se tratando de uma visão histórica, o idoso sempre foi destacado como um agente que outrora foi responsável por grandes feitos em sua vida ativa sendo espelho a sua geração, familiar em seu processo construtivo. Com um montante do envelhecimento populacional, um dos problemas biopsicossociais que se desencadeou como grande problemática dentro da sociedade e na realidade do idoso é questão da violência e maus-tratos. A violência doméstica contra o idoso, é um fenômeno crescente em nossa sociedade, uma problemática da saúde pública. Dessa forma o presente ensaio vem problematizar os possíveis sinalizadores de maus-tratos na velhice. A conscientização, a educação para uma qualidade de vida, são medidas necessárias para

uma eficácia para o melhor viver e envelhecer.

PALAVRAS-CHAVE: Envelhecimento. Maus tratos. Saúde Coletiva.

IDENTIFICATION OF WARNING SIGNS IN AGING: SUPECTED VIOLENCE AND MISTREATMENT

ABSTRACT: The world population is growing, the perspective of life has increased, with this the advancement in the population's quality of life due to technological resources in the health area. However, in the case of a historical view, the elderly have always been highlighted as an agent who was once responsible for great deeds in their active life, mirroring their generation, family in their constructive process. With an amount of population aging, one of the biopsychosocial problems that has emerged as a major problem within society and in the reality of the elderly is the issue of violence and mistreatment. Domestic violence against the elderly is a growing phenomenon in our society, a public health problem. In this way, the present essay problematizes the possible signs of abuse in old age. Awareness, education for a quality of life, are necessary measures for effective living and aging.

1 | INTRODUÇÃO

A população mundial está em crescimento, a perspectiva de vida aumentou, com isso o avanço na qualidade de vida da população devido aos recursos tecnológicos da

área de saúde: vacinas, radioterapias, quimioterapias, fármacos e outros fizeram com que a vida humana tivesse uma expressa expansão, e assim chegar à terceira idade saiu de algo meramente difícil para algo de extrema naturalidade (Vera, Oliveira et. al 2018).

O envelhecimento pode ser definido, de forma geral, como o declínio funcional dependente do tempo que afeta a maioria dos organismos vivos. Esse processo natural sempre foi observado com curiosidade e despertou a imaginação ao longo da história da humanidade (López-Otín, et. al 2013).

Estimativas demonstram que em 2025 o Brasil será a sexta maior potência mundial em relação ao número de idosos, onde poderá atingir valores aproximados em 32 milhões de pessoas acima de 60 anos (Ramos, et. al 2011).

Por outro lado, observamos a taxa de polimorbidades em indivíduos em sua maioria acima de 85 anos, que acabam por evoluir patologias crônicas que levam a altos níveis de dependência como por exemplo o Alzheimer, o Parkinson, ICC, Depressão, Osteoartrose, Glaucoma e outras que de forma ativa impactam na realização de atividades básicas de vida. Do ponto de vista clínico podemos considerar idoso “bem sucedido” aquele possui problemas crônicos de baixa complexidade (Carvalhoes,2001).

Em suma, o Processo do Envelhecimento pode ter resultados naturais da idade, onde existem alterações fisiológicas, orgânicas e morfofuncionais normais com o avanço da idade, na qual damos o nome de senescência. Sob uma visão clínica, o avanço desses declínios dados por questões patológicas que levam a uma maior dependência atribui-se o nome de senilidade (Santos, et. al 2007).

Entretanto, em se tratando de uma visão histórica, o idoso sempre foi destacado como um agente que outrora foi responsável por grandes feitos em sua vida ativa sendo espelho a sua geração, familiar em seu processo construtivo.

Porém o viés construído neste tempo traz a imagem desse idoso sendo “descartado” do processo da civilização pela chegada da idade e assim causando a pausa dentro do seu processo de escolhas e centro de referência.

Norteando-se do avanço da Ciência, observa-se que a imagem do simples idoso frágil parou de ser um veredito dentro da longevidade.

Com a crescente expectativa de vida, a promoção da Qualidade de Vida prestada ao idoso se torna cada vez mais frequente no Sistema de Saúde, já que o idoso em seu adoecer, acaba ocupando leitos por um prazo maior de tempo e assim gerando mais gastos. O papel educativo dado na atenção básica a cada dia promove um controle maior de Doenças Crônicas Não Transmissíveis e assim desocupa e desafoga o sistema público de saúde (Schenker, Costa, et. al 2019).

Dentre as ações que protegem e garantem ao idoso o atendimento integral de suas necessidades, a Constituição Federal em seu artigo 1 e inciso III garante a dignidade humana em sua totalidade, e o Artigo 3 e inciso IV garante a promoção do bem de todos, sem preconceito de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.

Este artigo demonstra a soberania da importância ao respeito a vida em todas as fases da evolução. (Constituição Federal et al, 1988)

O fator Dignidade ao idoso toma então um montante crescente que pode ser definida como Qualidade intrínseca e distinta dada de forma individual proveniente do poder e trabalho do Estado e da Comunidade como um todo. Outra principal vertente de proteção à pessoa idosa promulgada no Brasil foi o Estatuto do Idoso, criada a partir da lei 10.743 / 2003 que visou a proteção de forma integral a pessoa maior de 60 anos que dá prioridade em todos os aspectos de atendimentos. O Estatuto do Idoso passa a ter importância sob a perspectiva de vida e individualismo da pessoa idosa em todas as suas necessidades e especificidades. (Estatuto do idoso, et . al 2003).

2 | DESENVOLVIMENTO

Com um montante do envelhecimento populacional, um dos problemas biopsicossociais que se desencadeou como grande problemática dentro da sociedade e na realidade do idoso é questão da violência e maus- tratos, onde a Organização Mundial de Saúde (OMS) trás consigo a definição direta de maus-tratos na velhice como uma ação única ou repetida, ou ainda, como ausência de ação apropriada que cause lhe dano, sofrimento ou angústia, e que ocorra dentro de um relacionamento de cenário de confiança da vítima. (Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde OPAS/O MS)

Segundo pareceres do Ministério da Saúde (OPAS/OMS) mostram que no Brasil, 27% das internações, dos 93 mil idosos tabulados apenas no ano de 2005, foram resultados de violências e agressões. As agressões que chegam ao Sistema Único de Saúde (SUS) são principalmente as explícitas, mas existe uma grande parte dessa realidade em que os casos não discriminados, como os que ocorrem no ambiente intrafamiliar, que são bastante complexos, delicados e de difícil penetração no se embasando no silêncio da do agredido e negligência por parte do agressor pois em macro contextos há uma envoltura de relações e sentimentos de insegurança, medo, conflitos, proximidade, de afetividade, relações de amor e instinto de proteção em defesa do agressor. (Santos, et al 2007).

A violência doméstica contra o idoso, é um fenômeno crescente em nossa sociedade, uma problemática da saúde pública. Dessa forma o presente ensaio vem problematizar os possíveis sinalizadores de maus-tratos na velhice. No Brasil, os familiares são os cuidadores mais frequentes dos idosos. (Brasil, 2003 apud Pinto, Barham e Albuquerque, 2013). Desta forma, quais os possíveis indicadores de violência e ou maus-tratos nos idosos em caráter domiciliar visto que segundo dados das literaturas pesquisadas o domicílio é o local de maior incidência de violência contra os idosos.

Atualmente cada vez mais os idosos com queda de funcionalidade dependem de um cuidador de forma integral e ou parcial variando conforme sua dependência, a ausência

desses cuidados pode caracterizar situações de abandono e negligência, sendo esses comportamentos caracterizados como violência família contra o idoso. (Minayo, 2005, apud Pinto et. al 2013).

Em se tratando da violência entre os idosos, estamos dizendo de uma amplitude de possibilidades dentre elas segundo (Pavlik et. al. 2001 apud Pinto et. al. 2013), físico, psicológico, abandono, negligência, abuso financeiro e ou sexual ou ainda a permissão de autonegligência do próprio idoso. Os possíveis desdobramento desses comportamentos violentos na velhice afetam aspectos mentais, cognitivos, motores levando também a adoecimentos mentais, como depressão, fobias levando em alguns casos a morte ou ao comportamento suicida. (Alarcon, Damaceno, Cardoso, Sponchiado, Braccialli, Marin, 2020).

Em referir-se a abuso físico sinalizam-se: provocar dor com uso de força física, incapacitá-lo ou privá-lo fisicamente podendo chegar até a morte, algumas vezes o abuso sexual ou erotismo com o idoso ou utilizando dele como aliciamento erótico. Abuso psicológico: agressões gestuais e verbais de humilhação, restrição da liberdade de escolha, isolamento social ou confinamento bem como, desrespeito aos valores transgeracionais. Abandono: ausência de responsabilidades dos familiares e ou negligência de direitos e deveres do Estado para com o idoso, bem como coerção em atitudes que o idoso não deseja dentre eles o abuso financeiro, ou seja, a exploração de uso de recursos sem o consentimento do idoso. (Minayo 2005 apud Pinto et. al. 2013).

A autonegligência há quando a pessoa idosa está em risco ou recusa de prover seu autocuidado colocando em risco sua integridade e saúde de uma forma geral. Cabe ressaltar que em sua maioria há simultaneamente diversos tipos de violência realizadas ao mesmo idoso. (Machado at. al. 2006 apud Pinto et. al. 2013). A intensidade dessas violências pode variar em periodicidade: de forma contínua ou esporádica bem como na intensidade leve, moderada e grave. (Stelko-Pereira at. al. 2010 apud Pinto et. al. 2013).

Alguns fatores que incitam os comportamentos de violência como apontam (Baptista, 2007 apud Pinto et. al. 2013), são: padrões de comportamentos familiares influenciados por aspectos socio-culturais, bem como processos de antecedentes psiquiátricos dos familiares de abusadores, história de exposição intergeracional dentre outros. Para os autores os comportamentos normativos de agressiva são construções de valores morais de violência muitas vezes manifestado de gerações a gerações. A problematização da violência doméstica ao idoso é um fenômeno complexo podendo envolver diversos personagens dentre eles o abusador, a vítima e o espectador. A ação ativa, passiva ou a negligências são consideradas violências.

Pesquisas (Minayo, 2003 apud Pinto et. al. 2013), revelam que dentre os familiares, são os filhos e os cônjuges os abusadores mais frequentes, visto que os cuidados aos idosos são em sua grande maioria ofertado por familiares em domicílio, a exposição desses idosos são frequentes neste ambiente. Ainda falando dos abusadores o maior índice são

entre os filhos do sexo masculino, seguidos por noras e netos. Em se tratando do estado civil o idoso casado está mais exposto a agressões dos que são solteiros e ou viúvos. Muitas vezes um agravante para denúncias e medidas interventivas na proteção aos idosos, diz respeito ao fato de os próprios cuidadores serem os agressores dessa população. (Oliveira et. al. 2018 apud Alarcon et. al., 2020).

As mulheres idosas são em maior número dentre as vítimas. (Moraes at. al. 2008 apud Pinto et. al.2013). Ainda em relação ao abusador observa-se que o agressor co-reside com o idoso, muitas vezes mantem-se uma relação de dependência afetiva entre si, apresentando vínculos socio-afetivos de forma empobrecida e com isolamentos sociais, não raro há dependências de álcool e drogas ou outras substancias, ainda transtornos mentais e psicopatologias.

Entretanto, mesmo vítimas de diversos tipos de violência, não é raro os idosos, omitirem, defenderem e ou minimizar as agressões, justificando os atos como algo passageiro e ou transitório por parte dos agressores membro da família. Observa-se muitas vezes que há medo em perderem o contato afetivo desses familiares, retaliação, ou ainda receio de serem abandonados e transferidos para instituições asilares para idosos. Em alguns casos o idoso adota o silêncio e a reclusão emocional como estratégia de enfrentamento na tentativa de viabilizar a sobrevivência, o que possivelmente favorecerá sentimentos de menos valia, inferioridade, medo e insegurança. (Alarcon, et. al., 2020).

Em se tratando de ações na intervenção dessas violências, o cuidado e orientação familiar é de extrema importância. A quebra do ciclo de violência intergeracional é em sumo uma das ações necessárias visando a prevenção de futuras agressões. (Gomide, 2003 apud Pinto et. al, 2013). Existe ainda a problemática do idoso não terem a dimensão que está sendo vítima de agressões, de forma equivocada eles acreditam que a comunicação dos comportamentos agressivos sofrimento por parte de seus familiares, poderá trazer prejuízos ao ambiente doméstico. Sendo assim, as denúncias ficam na dependência de agentes comunitários, equipe de saúde e ou ainda segundo terceiro, na formalização da comunicação de maus-tratos para intervenções efetivas.

3 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por fim, a população longeva é uma realidade de todo a população mundial, bem como de nosso país, para um avanço da sociedade de forma saudável e inclusiva em se tratando dos idosos, temos a necessidade de um melhor preparado do governo com a manutenção e criação de políticas públicas favorecendo e acolhendo a população em suas diversas demandas de forma contemplativa para toda sociedade. A conscientização, a educação para uma qualidade de vida, são medidas necessárias para uma eficácia para o melhor viver e envelhecer.

REFERÊNCIAS

Alarcon, M.F.S., Damaceno, D.G., Cardoso, B.C., Sponchiado, V.B.Y., Bracciali, L.A.D., Marin, M.J.S. (2020). Percepção do idoso acerca da violência vivida. *Revista Bahiana*. 34e34825.

Pinto, F.N.F.R., Barham, E.J., Albuquerque, P.P. (2013). Idosos vítimas de violência: fatores sociodemográficos e subsídios para futuras intervenções. *Estudos e Pesquisa em psicologia*. 13,3, 1159-1181.

Buss, P.M. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Revista Ciência e saúde coletiva*. 5,1, 165-173.

Veras, R.P, Oliveira, M. (2018). Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidados. *Revista Ciências & Saúde*. 23,6.

Ramos, J, Jr do Valle, Ramos L,R. *Atualização Terapêutica*. Ed Artes médicas. 20ed. 524-525.

Carvalhoes N. *Atualização Terapêutica*. Ed Artes médicas. 20ed. 526-527.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. 1988

BRASIL. Estatuto do Idoso, criada a partir da lei 10.743 / 2003

Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) - No Dia Internacional da Pessoa Idosa, OPAS chama atenção para envelhecimento saudável. www.paho.org. 20-abril-2020.

Schenker M, Costa, D,H. (2019) Avanços e desafios da atenção a saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária a saúde. *Revista ciência e saúde coletiva*. 24,4

López-Otín C, Blasco MA, Partridge L, Serrano M, Kroemer G. (2013) The hallmarks of aging. *Cell* . 2013;153(6):1194-217.

Santos A,C,P,O, et al (2007). A construção da violência contra idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*;10,1.115-127.

Machado L, Queiroz Z,V. (2006) Negligência e maus-tratos. In: Freitas EV, et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1152-1159.

Paixão Jr. C,M, Reichenheim M,E. (2016) Uma revisão sobre instrumentos de rastreamento de violência doméstica contra o idoso. *Caderno de Saúde Pública* 22,6: 1137-1149.

FATORES ASSOCIADOS À VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA ADOLESCENTES ESCOLARES NO INTERIOR DO MARANHÃO

Data de aceite: 01/08/2022

Data de submissão: 12/07/2022

Felipe Barbosa de Sousa Costa

Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares
-EMSERH
Caxias-MA
<http://lattes.cnpq.br/7171353720925075>

Cássio Eduardo Soares Miranda

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Teresina-PA
<http://lattes.cnpq.br/5708616724845522>

Brenda Rocha Sousa

Secretaria Municipal de Saúde de Caxias-MA
Caxias-MA
<http://lattes.cnpq.br/2574984609620880>

RESUMO: Objetivo: Caracterizar o abuso sexual contra adolescentes no ambiente escolar e nas parcerias íntimas. **Metodologia:** estudo transversal com 367 adolescentes escolares do ensino médio de Caxias, MA, selecionados por amostragem probabilística estratificada proporcional. Realizaram-se análises univariada, por meio de estatística descritiva; bivariada, por meio de Odds Ratio e multivariada, através de regressão logística múltipla, com Odds Ratio ajustadas e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%) com nível de significância estatística de 5%. **Resultados:** os estudantes apresentaram idade média de 17,3 ($\pm 1,2$) anos, predomínio do sexo feminino (65,9%), autodeclarados pretos/pardos (83,9%), de religião

católica (54,2%) e morando com ambos os pais (43,6%). A prevalência de vitimização por abuso sexual foi de 35,9%. Observou-se alta prevalência de vitimização sexual por namorado(a)/ex-namorado(a) (14,4%; IC95%: 10,6-18,3). Os fatores associados significativamente ($p < 0,05$) com sofrer violência sexual incluíram, dentre outros, ter realizado consulta com profissional especializado (OR=3,05; IC95%: 1,55-5,98), ideação suicida (OR=2,31; IC95%: 1,14-4,68) e uso de drogas nos últimos 12 meses (OR=2,55; IC95%: 1,01-6,43). **Conclusão:** verificou-se alta prevalência de violência sexual entre os escolares do ensino médio, associada a fatores como consumo de bebidas alcóolicas e outras drogas, ideação suicida e importantes problemas emocionais e/ou psicológicos.

PALAVRAS-CHAVE: Adolescentes. Escolares. Violência Sexual. Violência por Parceiro Íntimo.

FACTORS ASSOCIATED WITH SEXUAL VIOLENCE AGAINST ADOLESCENTS IN THE INTERIOR OF MARANHÃO

ABSTRACT: Objective: To characterize sexual abuse against adolescents in the school environment and in intimate partnerships. **Methodology:** Cross-sectional study was performed with 367 high school students from Caxias, MA, selected by proportional stratified probabilistic sampling. Univariate analyzes were performed using descriptive statistics; bivariate, by means of Odds Ratio; and multivariate analysis using multiple logistic regression with adjusted Odds Ratio and respective 95% (95%CI) confidence intervals with a statistical significance

level of 5%. **Results:** The students had a mean age of 17.3 (± 1.2) years, predominantly female (65.9%), self-declared blacks/browns (83.9%), of catholic religion (54.2%) and living with both parents (43.6%). The prevalence of sexual abuse victimization was 35.9%. There was a high prevalence of sexual victimization by boyfriend (girlfriend)/ex-boyfriend (girlfriend) (14.4%, 95%CI: 10.6-18.3). The factors significantly associated ($p < 0.05$) with suffering sexual violence included, among others, having consulted with a specialized professional (OR=3.05, 95%CI: 1.55-5.98), suicidal ideation (OR=2.31, 95%CI: 1.14-4.68) and drug use in the last 12 months (OR=2.55; 95%CI: 1.01-6.43). **Conclusion:** There was a high prevalence of sexual violence among high school students, associated to factors such as alcohol consumption and other drugs, suicidal ideation and important emotional and/or psychological problems.

KEYWORDS: Adolescents. Students. Sexual violence. Violence by intimate partner.

INTRODUÇÃO

Definir adolescência é uma tarefa difícil, visto que fatores que determinam seu início e final, assim como as suas características, estão associados com determinantes socioculturais e não apenas com faixa etária (CARVALHO, 2012).

De acordo com o Estatuto da Criança e Adolescente, “nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão[...]” (BRASIL, 1990).

No Brasil, todavia, os últimos dados oficiais disponibilizados pela Secretaria Nacional de Direitos Humanos (SEDH) mostram que, no ano de 2017, foram registradas mais de 84 mil denúncias de violação dos direitos das crianças e adolescentes por meio dos canais da Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos, o que representou 58,91% de todos os casos recebidos pelo serviço (BRASIL, 2018).

Estima-se que 40 milhões de crianças e adolescentes sejam vítimas de abuso sexual anualmente no mundo, porém é preciso considerar a grande subnotificação nestes casos. Dentre todas as denúncias nas plataformas da SEDH em 2017, mais de 24% dos casos envolveram crimes de violação sexual (BRASIL, 2018).

Estima-se que 7,9% dos homens e 19,7% das mulheres tenham sido vítimas de abuso sexual antes dos 18 anos de idade no mundo. Estima-se também uma maior prevalência no continente africano, seguida de Europa, América e Ásia (SINGH; PARSEKAR; NAIR, 2014).

De acordo com os dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), de 2015, 4,0% dos escolares brasileiros com idade entre 11 e 19 anos já foram forçados a ter relação sexual pelo menos uma vez na vida. No Nordeste, este número é de 3,9% dos escolares. No Maranhão 5,7% dos escolares já tiveram esta experiência violenta (IBGE, 2016).

A violência sexual inclui o contato ou manipulação das partes íntimas ou das roupas que revestem essas partes íntimas, contato que envolva ou não a penetração não consensual, beijo e carícias, pelo exercício de força física ou coerção psicológica (HAILE; KEBETA; KASSIE, 2013), e atos em que não se estabelece contato físico, a

exemplo do *voyeurismo*, exibicionismo, produção e divulgação de fotos e vídeos, e outros (HOHENDORFF; KOLLER; HABIGZANG, 2015).

Segundo a OMS, as situações de violência sexual são mais comuns no ambiente familiar. Porém, ambiente de trabalho, escolas, prisões, estradas, espaços de amplo acesso, como parques, são locais onde frequentemente observa-se a ocorrência dessa violência (WHO, 2003).

A violência sexual é considerada um grave problema de saúde pública, dentre outros fatores, por conta dos efeitos emocionais, psicológicos, mentais e físicos que produz nas vítimas, em suas famílias e sociedade, além de repercussões no processo saúde e doença, como possibilidade de infecção por doenças sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada que potencialmente pode levar à prática do aborto, muitas vezes sem assistência adequada (BASILE; SMITH, 2011; SOARES et al., 2016; BRASIL, 2010).

Este estudo objetiva analisar as características e fatores associados ao abuso sexual contra adolescentes escolares de uma cidade do interior do Maranhão.

METODOLOGIA

Este estudo é resultante do projeto original de mestrado intitulado “Abuso Sexual em Adolescentes Escolares: experiência de vitimização e seus impactos”.

Os participantes da pesquisa foram adolescentes escolares com idade de 10 a 19 anos matriculados no ensino médio de uma cidade do interior do Maranhão. A cidade possui em sua área urbana 11 escolas públicas de ensino médio, com um total de 5.915 estudantes matriculados nesse nível de ensino no ano de 2017, segundo dados da Gerência Regional de Educação. Dentre as escolas, 1 localiza-se na zona Leste, 2 na zona Norte, 1 na zona Sul, 2 na zona Oeste e 5 na região central.

A amostragem foi do tipo probabilística estratificada proporcional. Inicialmente foram selecionadas as escolas participantes, uma de cada área geográfica da cidade (zonas), perfazendo um total de 5 escolas. A seleção dos alunos foi realizada através de sorteio, conforme a série do ensino médio e segundo o sexo, após a listagem dos alunos matriculados e ativos em cada escola sorteada. A obtenção da amostra mínima foi realizada com o uso do programa Epi Info 7.2.1.0 (*Centers for Disease Control and Prevention*, Atlanta, Estados Unidos), sendo a população total de 5.915 estudantes do ensino médio da rede pública estadual de ensino, adotou-se intervalo de confiança de 95%, prevalência de 50% para maximizar a amostra (visto que não há dados específicos a esse público na literatura), precisão de 5% e nível de significância de 5%. Obteve-se a amostra mínima de 361 escolares. A amostra foi distribuída proporcionalmente ao número de escolares em cada zona da cidade. A amostra inicial ainda foi aumentada em 10% para compensar possíveis perdas durante a coleta de dados, resultando em uma amostra final de 397 escolares. Após a exclusão de questionários incompletos (n=30), foram incluídos no

estudo 367 escolares.

As escolas foram selecionadas por sorteio e os alunos selecionados proporcionalmente nas turmas de ensino médio. A investigação da magnitude e características da vitimização por abuso sexual em estudantes do ensino médio da rede pública foi realizada por meio da aplicação do questionário *Parcours Amoureux des Jeunes-PAJ*, cujo conteúdo foi adaptado e validado para o contexto brasileiro por Nascimento (2014).

Os participantes do estudo responderam o questionário de forma anônima, em sala de aula e em horário acordado com a direção e docentes da escola.

O estudo teve como variável dependente ter sofrido abuso sexual em alguma ocasião da vida, a exemplo de toques, carícias, apalpamentos indesejados, tentativa de relação sexual não consentida e/ou relação sexual forçada. As variáveis independentes foram: sexo, idade, com quem mora, raça, escolaridade da mãe, ocupação da mãe, ocupação do pai, religião, participa de grupo de pessoas com problemas psicológicos/emocionais, uso de medicamentos para problemas psicológicos/emocionais, ideação suicida, tentativa de suicídio, já consumiu bebida alcoólica/drogas, consumo de bebida nos últimos 12 meses, uso de drogas nos últimos 12 meses.

Realizou-se dupla digitação dos dados no programa estatístico IBM *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0, visando a observação de possíveis erros de digitação dos dados. Os dados foram analisados nesse mesmo pacote estatístico.

A análise univariada foi realizada por meio de estatística descritiva com a distribuição de frequências absolutas e relativas para as variáveis sociodemográficas. As análises bivariadas foram realizadas através de *odds ratio* (OR) com respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%) e valor de p. A análise multivariada por meio de Regressão Logística Múltipla foi realizada para explicar o efeito conjunto das variáveis independentes sobre a variável dependente. Foram inclusas no modelo final as variáveis com nível de significância de $p < 0,20$ na análise bivariada, sendo que no modelo final foram consideradas significativamente associadas variáveis com valor de $p < 0,05$.

Estimou-se ainda a prevalência, com intervalo de confiança de 95% (IC95%), de vitimização por abuso sexual segundo autor da agressão, e verificou-se a associação entre ter sofrido violência sexual no namoro e ser autor de violência sexual no namoro com a utilização do teste Exato de Fisher com significância estatística de $p < 0,05$.

ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em 14/08/2017, sob parecer nº 2.216.562. Os responsáveis pelos alunos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE, e os escolares, já esclarecidos, receberam o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido-TALE e manifestaram sua decisão sobre a participação neste estudo.

RESULTADOS

Foram avaliados 367 escolares com idade média de 17,3 ($\pm 1,2$) anos, sendo 34,1% do sexo masculino e 65,9% do sexo feminino. A cor/raça parda e preta foi referida por 83,9% dos escolares entrevistados. A maioria dos escolares morava com os pais na mesma casa (43,6%). 54,2% dos escolares se declararam católicos, 58% eram filhos de mães com nível médio de escolaridade. A tabela 1 apresenta a caracterização da amostra avaliada.

Variável	N	%
Total	367	100
Sexo		
Masculino	125	34,1
Feminino	242	65,9
Idade (em anos)		
15	32	8,7
16	70	19,1
17	74	20,2
18	108	29,4
19	83	22,6
Raça		
Branca	51	13,9
Parda/Negra	308	83,9
Indígena	3	0,8
Outra	5	1,4
Com quem mora		
Pais (na mesma casa)	160	43,6
Pais dividem a guarda	14	3,8
Apenas com a mãe	91	24,8
Apenas com o pai	13	3,5
Com outro familiar	70	19,1
Com parceiro	15	4,1
Outro	04	1,1
Escolaridade da mãe		
Sem escolaridade	43	11,7
Fundamental completo/incompleto	53	14,5
Médio/técnico completo/incompleto	213	58
Superior completo/incompleto	38	10,4
Não soube informar	20	5,4
Ocupação da mãe		
Trabalha/aposentada	215	58,6
Não trabalha	138	37,6
Faleceu/não soube informar	14	3,8
Ocupação do pai		
Trabalha/aposentado	285	77,7
Não trabalha	26	7
Faleceu/não soube informar	56	15,3
Religião		
Católica	199	54,2
Evangélica	104	28,3
Outra	10	2,7
Ateu/Nenhuma	54	14,8

Tabela 1. Caracterização dos adolescentes do ensino médio. Caxias, MA, 2018.

Fonte: Dados da pesquisa.

A análise bivariada da vitimização por violência sexual com as variáveis independentes foi realizada para verificar a magnitude das associações; os resultados podem ser verificados na Tabela 2. Sofrer violência sexual foi significativamente associada ($p < 0,05$) com as variáveis independentes: religião, participar de grupo de pessoas com problemas psicológicos/emocionais, consulta com profissional sobre problema emocional, uso de medicamentos para problemas psicológicos/emocionais, ideação suicida, tentativa de suicídio, consumo de bebidas e drogas.

Adolescentes que relataram serem ateus ou não terem religião apresentaram maiores chances de terem sofrido uma experiência de violência sexual (OR=1,58; IC95% 0,86-2,90). Escolares que participaram de grupos de pessoas com problemas psicológicos/emocionais (OR=2,59; IC95% 1,30-5,15), que consultaram com profissional sobre problema emocional (OR=4,27; IC95% 2,38-7,66), e fizeram uso de medicamentos para problemas psicológicos/emocionais (OR=10,59, IC95% 2,31-48,5) apresentaram maiores chances de terem sido vítimas de violência sexual.

Observou-se maiores chances de terem sofrido uma experiência de violência sexual escolares que responderam “sim” para as variáveis: ideação suicida (OR=3,37; IC95% 2,13-5,32), tentativa de suicídio (OR=2,86; IC95% 1,69-4,82), consumo de bebida alcoólica ou drogas em alguma ocasião da vida (OR=3,75; IC95% 2,29-6,11), ter consumido bebida alcoólica nos últimos 12 meses (OR=3,61; IC95% 2,22-5,86) e uso de drogas nos últimos 12 meses (OR=2,99; IC95% 1,35-6,61).

Variável	Sofreu violência sexual		OR	IC95%	p-value
	Sim n(%)	Não n(%)			
Sexo					0,172
Masculino	39(31,2)	86(68,8)	0,73	0,45-1,14	
Feminino	93(38,4)	149(61,6)	1,00	-	
Total	132(35,9)	235(64,1)	-	-	
Idade (em anos)					0,394
15	8(25,0)	24(75,0)	0,43	0,17-1,08	
16	23(32,9)	47(67,1)	0,64	0,33-1,23	
17	25(33,8)	49(66,2)	0,67	0,34-1,27	
18	40(37,0)	68(63,0)	0,77	0,42-1,37	
19	36(43,4)	47(56,6)	1,00	-	
Com quem mora					0,713
Pais dividem a guarda	6(42,9)	8(57,1)	1,43	0,47-4,33	
Apenas com a mãe	35(38,5)	56(61,5)	1,19	0,70-2,03	
Apenas com o pai	4(30,8)	9(69,2)	0,85	0,25-2,88	
Com outro familiar	28(40,0)	42(60,0)	1,27	0,71-2,27	
Com parceiro/outro	3(20,0)	12(80,0)	0,48	0,12-1,76	
Pais (na mesma casa)	55(34,4)	105(65,9)	1,00	-	
Raça					0,265
Indígena	5(62,5)	3(37,5)	0,82	0,44-1,51	
Parda/Negra	107(34,7)	201(65,3)	2,58	0,55-12,0	
Branca	20(39,2)	31(60,8)	1,00	-	

Religião					0,010
Ateu/Nenhuma	27(50,0)	27(50,0)	1,58	0,86-2,90	
Evangélica	26(24,3)	81(75,7)	0,51	0,30-0,86	
Outra	2(28,6)	5(71,4)	0,63	0,12-3,34	
Católica	77(38,7)	122(61,3)	1,00	-	
Participa de grupo de pessoas com problemas psicológicos/emocionais					0,007
Sim	21(56,8)	16(43,2)	2,59	1,30-5,15	
Não	111(33,6)	219(66,4)	1,00	-	
Consulta com profissional sobre problema emocional					<0,001
Sim	39(65,0)	21(35,0)	4,27	2,38-7,66	
Não	93(30,3)	214(69,7)	1,00	-	
Uso de medicamentos para problemas psicológicos/emocionais					0,002
Sim	11(84,6)	2(15,4)	10,59	2,31-48,5	
Não	121(34,2)	233(65,8)	1,00	-	
Ideação suicida					<0,001
Sim	67(54,9)	55(45,1)	3,37	2,13-5,32	
Não	65(26,5)	180(73,5)	1,00	-	
Tentou suicídio					<0,001
Sim	41(56,2)	32(43,8)	2,86	1,69-4,82	
Não	91(31,0)	203(69,0)	1,00	-	
Já consumiu bebida alcoólica/droga					<0,001
Sim	104(47,1)	117(52,9)	3,75	2,29-6,11	
Não	28(19,2)	118(80,8)	1,00	-	
Consumo de bebida últimos 12 meses					<0,001
Sim	103(47,0)	116(53,0)	3,61	2,22-5,86	
Não	29(19,7)	118(80,3)	1,00	-	
Uso de drogas últimos 12 meses					0,007
Sim	17(60,7)	11(39,3)	2,99	1,35-6,61	
Não	115(34,0)	223(66,0)	1,00	-	

Tabela 2. Análise bivariada dos fatores associados à experiência de vitimização por violência sexual em escolares do ensino médio. Caxias, MA, 2018.

Fonte: Dados da pesquisa.

A Tabela 3 apresenta as variáveis: sexo, religião, participar de grupo de pessoas com problemas psicológicos/emocionais, consulta com profissional sobre problema emocional, uso de medicamentos para problemas psicológicos/emocionais, ideação suicida, tentativa de suicídio, consumo de bebidas e drogas; todas incluídas no modelo de regressão logística multivariada. Nessa etapa de ajuste, após ser analisado o efeito das variáveis independentes sobre a vitimização por violência sexual, permaneceram significativas: a religião evangélica, ter realizado consulta com profissional especializado sobre problemas emocionais, ideação suicida e uso de drogas nos últimos 12 meses ($p < 0,05$).

Escolares que se declararam evangélicos apresentaram menores chances de serem

vítimas de violência sexual (OR=0,53, IC95% 0,28-0,99). Estudantes que consultaram com profissional especializado sobre problemas psicológicos/ emocionais permaneceram com maiores chances de serem vítimas de violência sexual (OR=3,05, IC95% 1,55-5,98). Apesar de tentativa de suicídio não ter permanecido associada após ajustes, escolares com ideação suicida apresentaram maior probabilidade de terem sido vítimas de alguma experiência de violência sexual (OR=2,31, IC95% 1,14-4,68). O uso de drogas nos últimos 12 meses também permaneceu associado, com maiores chances de vitimização em escolares que fizeram uso dessas substâncias (OR=2,56, IC95% 1,01-6,43).

Variável	OR.a	IC95%	p-value
Sexo			
Masculino	0,71	0,40-1,24	0,23
Feminino	1,00	-	
Religião			
Ateu/Nenhuma	1,19	0,59-2,39	0,62
Evangélica	0,53	0,28-0,99	0,04
Outra	0,55	0,08-3,79	0,54
Católica	1,00	-	0,15
Participa de grupo de pessoas com problemas psicológicos/emocionais			
Sim	1,18	0,47-2,91	0,72
Não	1,00	-	
Consulta com profissional sobre problema emocional			
Sim	3,05	1,55-5,98	0,001
Não	1,00	-	
Uso de medicamentos para problemas psicológicos/emocionais			
Sim	4,42	0,84-23,30	0,07
Não	1,00	-	
Ideação suicida			
Sim	2,31	1,14-4,68	0,02
Não	1,00	-	
Tentou suicídio			
Sim	0,75	0,33-1,69	0,49
Não	1,00	-	
Já consumiu bebida alcoólica/droga			
Sim	3,97	0,205-76,840	0,36
Não	1,00	-	
Consumo de bebida últimos 12 meses			
Sim	0,63	0,03-11,73	0,76
Não	1,00	-	
Uso de drogas últimos 12 meses			
Sim	2,56	1,01-6,43	0,04
Não	1,00	-	

Tabela 3. Análise multivariada dos fatores associados à experiência de vitimização por violência sexual em escolares do ensino médio. Caxias, MA, 2018.

Fonte: Dados da Pesquisa.

A tabela 4 apresenta os principais envolvidos nos casos de violência sexual contra os adolescentes escolares entrevistados. Nota-se que em mais de 80% dos casos o agressor pertence a alguma esfera relacional da vítima, sendo as maiores prevalências observadas em vitimização por namorado(a)/ex-namorado(a) nos últimos 30 dias (14,4%, IC95% 10,6-18,3), vizinho(a)/pessoa da comunidade (13,6%, IC95% 10,1-17,4) e amigos(as)/conhecidos(as) da família (11,4%, IC95% 8,2-15,0).

Autor da violência				
	N	%	Limite inferior	Limite superior
Namorado(a)/ex-namorado(a)**	53	14,4	10,6	18,3
Membro familiar próximo	18	4,9	2,7	7,4
Outros parentes	19	5,2	3,0	7,6
Treinador/instrutor	17	4,6	2,7	7,1
Professor(a)	18	4,9	2,7	7,4
Vizinho(a)/Pessoa da comunidade	50	13,6	10,1	17,4
Amigos(as)/conhecidos da família	42	11,4	8,2	15,0
Desconhecido	53	14,4	10,9	18,5

**Nos últimos 30 dias

Tabela 4. Prevalência de vitimização por violência sexual em escolares do ensino médio, por autor de agressão, com respectivos intervalos de confiança. Caxias, MA, 2018

Fonte: Dados da Pesquisa.

A tabela 5 buscou estabelecer a relação entre sofrer e ser autor de violência sexual no namoro, observando-se que 72,7% dos escolares que sofreram violência também se declararam autores de violência sexual.

Autor violência sexual no namoro	Sofrer violência sexual no namoro				<i>p-value</i>
	Sim		Não		
	n	%	N	%	
Sim	24	72,7	9	27,3	<0,001*
Não	29	8,7	305	91,3	

*Teste Exato de Fischer

Tabela 5. Relação entre sofrer e ser autor de violência sexual no namoro em escolares do ensino médio. Caxias, MA, 2018.

Fonte: Dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

A saúde da população adolescente tem se tornado uma crescente preocupação de pesquisadores nas últimas décadas em todo o mundo, sobretudo devido à constatação de que as experiências vivenciadas nessa fase da vida são cruciais para a formação desses indivíduos, além de ser uma fase propícia ao investimento de esforços preventivos, visto que nela ocorre o ponto alto do desenvolvimento físico, mental, emocional, social e sexual (BESERRA et al., 2016).

A prevalência de violência sexual nesse estudo (35,9%) foi elevada, sendo muito superior aos 4,0% observados na Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015 (PeNSE 2015). Entretanto, destaca-se que a PeNSE 2015 abordou apenas a vitimização por relação sexual forçada, enquanto este estudo aborda formas mais sutis de violência sexual, a exemplo de carícias e toques indesejados. Um estudo de Haile, Kebeta e Kassie (2013) com estudantes da Etiópia indicou que menos de 5% dos estudantes sofreram violência por relação sexual forçada, porém quase 70% já sofreram alguma experiência de assédio sexual.

Não foram observadas diferenças significativas, do ponto de vista estatístico, em relação ao sexo dos escolares, embora o sexo masculino apresente as menores chances de vitimização. Conforme Levine (2015), dados epidemiológicos indicam que aproximadamente 20% das mulheres e menos de 1% dos homens serão vítimas de violência sexual por relação sexual forçada nos Estados Unidos em alguma ocasião da vida. Estes autores destacam ainda que 50% das mulheres e 20% dos homens terão alguma experiência sexual indesejada.

A OMS estima que 1 em cada 3 mulheres sofrerá uma experiência de violência sexual, sendo a maioria violência doméstica, envolvendo parceiro íntimo, o que corresponde a 12 milhões de pessoas anualmente no mundo (FONTES et al., 2017). As meninas apareceram como principais vítimas de violência sexual, corroborando com a maioria dos estudos sobre esse tipo de violência. Viana e Sousa (2015) afirmam que isso se deve principalmente à manifestação de poderes desiguais que estabeleceu uma espécie de inferioridade feminina que a faz submissa aos homens, sendo que estes são apontados como principais autores de violência sexual na maioria absoluta dos estudos.

Há, entretanto, estudos que apontam uma inversão dessa lógica, a exemplo de um estudo realizado em Portugal com escolares de 14 a 19 anos, no ensino médio, em que o sexo masculino relatou maior prevalência de vitimização sexual no relacionamento de namoro por comportamentos como ser forçado a manter atos sexuais indesejados e contra a vontade e tentativa de contato físico com conotação sexual (BESERRA et al., 2016).

É comum a literatura indicar a presença de fatores sociais e econômicos associados aos indicadores de violência, inclusive violência sexual. Dados da OMS, por exemplo, indicam menores prevalências de violência sexual em países com elevado desenvolvimento

social e econômico e maiores prevalências observados em países com os menores indicadores de desenvolvimento humano, a exemplo da prevalência de violência contra mulheres na faixa de 15 a 49 anos, de 6,2% no Japão a 58,6% na Etiópia (FONTES et al., 2017). Menor poder aquisitivo e ser de cor preta/parda são frequentemente associados a maiores chances de vitimização, porém o grau de influência desses fatores não está claramente estabelecido na literatura.

Os dados desse estudo mostraram que adolescentes com problemas psicológicos e emocionais estiveram associados com maiores chances de terem sofrido ao menos uma experiência de abuso sexual. A vivência de abuso sexual na infância e adolescência sofre a influência de diversos fatores no que diz respeito à experiência de vitimização, bem como nos impactos e consequências produzidos.

Impactos físicos, psicológicos e alterações comportamentais e emocionais, como depressão e ideação suicida, tentativa de suicídio, isolamento social e afetivo, transtornos de personalidade, sentimentos de medo e culpa, ansiedade, labilidade emocional prejudicada, comportamento social inadequado para a idade, comprometimento do desempenho escolar são esperados em vítimas de abuso sexual, podendo ocorrer manifestações de curto prazo e danos tardios (KAUFMAN, 2008; MEKURIA; NIGUSSIE; ABERA, 2015; MARTINS; DO NASCIMENTO, 2017; OMS, 2012).

De acordo com Florentino (2015) e Kaufman (2008), a curto prazo destacam-se lesões físicas, queixas sintomáticas, medo do autor da violência e de indivíduos do mesmo sexo do agressor, distúrbios do sono, vergonha, desempenho escolar deficitário, etc. No que se referem aos danos tardios, estes envolvem ideação suicida, níveis mais intensos de medo, sensação de estar constantemente em perigo, culpa, isolamento social, uso abusivo de álcool e outras drogas, disfunções sexuais, comportamento homossexual, dentre outros.

Constatou-se que adolescentes escolares vítimas de violência sexual aparecem associados a maiores chances de ideação suicida e tentativa de tirar a própria vida. Escolares que já consumiram bebidas alcoólicas e/ou drogas apresentaram maiores chances de terem sofrido abuso sexual, porém apenas o uso de drogas nos últimos 12 meses permaneceu associado estatisticamente.

Young, Furman e Jones (2012) enfatizam que adolescentes vítimas de abuso sexual por parceiros íntimos apresentam maior risco de suicídio e uma tendência a desenvolver um padrão de vitimização contínua, com um risco de eventos violentos subsequentes aumentados em até sete vezes, impactando as relações amorosas futuras.

Por ser uma experiência potencialmente traumática, a maioria dos adolescentes não sabem como lidar com sentimentos de medo e vergonha, além de se sentirem desamparados e desprotegidos, uma vez que o violentador frequentemente pertence a alguma de suas esferas relacionais, e a violência pode ser recorrente. Por essas e outras razões tendem a surgir pensamentos suicidas e até mesmo tentativas de suicídio, na intenção de pôr fim ao sofrimento e ao ciclo de violência.

A maior propensão ao consumo de substâncias psicoativas, tais como álcool e outras drogas, inclusive medicamentos prescritos ou não, visa aliviar o sofrimento decorrente da vitimização sexual, de sentimentos de culpa e vergonha por não se saber como lidar com as consequências emocionais e psicológicas das experiências sexuais vivenciadas, e por não haver coragem para romper a barreira do silêncio (OMS, 2012; GUNBY et al., 2012; ESPELAGE et al., 2018; GUERREIRO et al., 2015).

O estudo de Young, Furman e Jones (2012) constatou que em um momento mais imediato, após a experiência de vitimização sexual, o adolescente tende a recorrer ao uso dessas substâncias, inclusive, aumentando o consumo em casos em que já fazia uso pré-vitimização, porém o mesmo estudo observa que, após um período, há um retorno aos níveis de consumo anteriores à situação de violência. Assim, o aumento no consumo nos parece ser uma tentativa de diminuir o impacto imediato da vitimização.

O comportamento sexual dos adolescentes também precisa ser levado em consideração, visto que adolescentes com iniciação sexual mais precoce, e que possuem maior número de parcerias sexuais, e ainda a associação do uso de álcool com outras drogas, aumentam o risco de coerção sexual. No tocante ao uso de álcool e outras drogas, observa-se que até mesmo uma relação consensual pode se tornar um evento violento na medida em que as “fronteiras” sexuais não forem respeitadas (YOUNG; FURMAN; JONES, 2012). Destaca-se, ainda, que o uso dessas substâncias aumenta o risco de comportamentos sexuais inadequados, pois reduzem as habilidades cognitivas e motoras dos adolescentes, e também a capacidade de detectar potenciais riscos de violação sexual.

Na avaliação da prevalência de abuso sexual segundo o autor da agressão, observa-se que o membro familiar próximo, o que inclui o pai ou padrasto, apresentou uma das menores prevalências, sendo que a maioria dos estudos aponta para altas prevalências nesse grupo. Chama-nos atenção a elevada prevalência de violência sexual nas relações de namoro, com taxa igual à de violência perpetrada por um desconhecido da vítima. Deve-se destacar, porém, que em aproximadamente 85% dos casos o agressor é conhecido da vítima e pertence a alguma de suas esferas relacionais.

Costa et al. (2018) destaca que a família é vista socialmente como espaço seguro e de proteção para criança e adolescente, o que favorece processos de segredo nesse tipo de violência, e por essa razão ela pode aparecer como menos prevalente em relação a outros agressores.

Dados do Balanço Anual do Disque 100 da Secretaria de Direitos Humanos indicam que 60,0% das denúncias de violação sexual de crianças e adolescentes no Brasil em 2017 envolveram um membro familiar próximo (pai, mãe, padrasto, madrastra) e mais da metade dos casos aconteceram na residência das vítimas (BRASIL, 2018).

De acordo com dados da PeNSE 2015, foi observada maior prevalência de vitimização sexual no sexo feminino, tendo o(a) namorado(a)/ex-namorado(a) como principal autor da agressão (26,6%; IC: 24,3-28,9), seguido por amigos (21,9% IC: 19,4-24,1). O membro

familiar próximo foi apontado como agressor menos prevalente, responsável por 11,9% (IC: 10,2-13,6) (COSTA et al., 2018). De qualquer forma, fica evidente que na absoluta maioria dos casos de violência sexual o agressor pertence a alguma esfera relacional da vítima.

Como já mencionamos, nessa fase da vida são estabelecidas as primeiras experiências afetiva-sexuais com grande potencial de vitimização e/ou perpetração de violência no namoro por ser um período de iniciação sexual, de pouca ou nenhuma maturidade psicológica/emocional e inexperiência relacional (GUERREIRO et al., 2015).

Um dado importante da pesquisa é a dualidade agressor-vítima presente no relacionamento amoroso dos adolescentes; a absoluta maioria (72,7%) daqueles que relataram ser autor de violência sexual no namoro também já tiveram ao menos uma experiência de vitimização.

Carvalho, Assis e Pires (2017) constataram, em estudo realizado com adolescentes escolares de 15 a 19 anos de idade, em 10 capitais brasileiras, que quase metade dos meninos e meninas já foram tocados sexualmente mesmo quando não desejavam, com altas prevalências de ameaça na tentativa de obtenção de relação sexual para ambos os sexos, concluindo que os comportamentos sexuais inadequados são bilaterais.

CONCLUSÃO

Observou-se uma alta prevalência desse tipo de violência na cidade de Caxias, estado do Maranhão, associado a fatores como consumo de bebidas alcóolicas e outras drogas, ideação suicida e importantes problemas emocionais e/ou psicológicos. A elevada prevalência de eventos sexuais violentos contra adolescentes escolares chama atenção, sendo o(a) (ex)namorado(a)/ficante identificados como agressores mais prevalentes, superando os achados em outros grupos de agressores, como o de membros familiares próximos, um grupo apontado frequentemente como principal agressor pela literatura. Destaca-se o fato de a grande maioria dos adolescentes se identificarem como vítimas e autores de violência ao mesmo tempo. Observou-se, ainda, que os impactos da experiência sofrida são variados e dependem da interação de diversos fatores, como a relação estabelecida entre agressor e vítima, a duração e frequência dos eventos violentos e a sobreposição de violências, mas que geram grande repercussão sobre a saúde física, mental, social e emocional dos adolescentes.

O estudo apresenta limitações que precisam ser consideradas. Baseou-se em um questionário autoaplicável extenso e as respostas podem sofrer a influência de vários fatores, inclusive da interpretação que os adolescentes possuem sobre o que é violência ou não. Destaca-se o fato de o questionário quantitativo contemplar manifestações mais sutis desse tipo de violência.

Os resultados obtidos nesse estudo podem contribuir para o desenvolvimento de estratégias, planos de ação e políticas públicas de saúde, de segurança e educacionais

a serem implementadas pelos gestores, secretarias, sociedade e comunidade escolar, na perspectiva da prevenção e rompimento dos ciclos de violência.

REFERÊNCIAS

BASILE, K. C.; SMITH, S. G. Sexual violence victimization of women: Prevalence, characteristics, and the role of public health and prevention. **American Journal of Lifestyle Medicine**, v. 5, n. 5, p. 407-417, 2011.

BESERRA, M. A.; LEITÃO, M. N. D. C.; FABIÃO, J. A. D. S. A.; DIXE, M. D. A. C. R.; VERÍSSIMO, C. M. F.; FERRIANI, M. D. G. C. Prevalência e características da violência no namoro entre adolescentes escolares de Portugal. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 20, n. 1, 2016.

BRASIL. Lei n 8.069 de 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, p. 13563, Brasília, DF, 16 jul. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Ministério de Estado dos Direitos humanos. **Balanco Anual da Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos 2017**. Brasília, DF, 2018.

CARVALHO, L. S.; ASSIS, S. G.; PIRES, T. O. Violência sexual em distintas esferas relacionais na vida de adolescentes. **Adolesc Saude**. 2017;14(1):14-21

CARVALHO, L. S. **A violência sexual na adolescência: significados e articulações**. 2012. 204 f. Tese (Doutorado em ciências)- Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

COSTA, F. B. S.; MIRANDA, C. E. S.; RODRIGUES, M. T. P.; MASCARENHAS, M. D. M. Violência Sexual entre Adolescentes Escolares Brasileiros. **Adolesc Saude**. 2018;15(2):72-80

ESPELAGE, D. L.; DAVIS, J. P.; BASILE, K. C.; ROSTAD, W. L.; LEEMIS, R. W. Alcohol, Prescription Drug Misuse, Sexual Violence, and Dating Violence Among High School Youth. **J Adolesc Health**. 2018 Nov;63(5):601-607.

FLORENTINO, B. R. B. As possíveis consequências do abuso sexual praticado contra crianças e adolescentes. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 27, n. 2, p. 139-144, 2015.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, Jan. 2008.

FONTES, K. B.; ALARCÃO, A. C. J.; NIHEI, O. K.; PELLOSO, S. M.; ANDRADE, L.; CARVALHO, M. D. de BARROS. Regional disparities in the intimate partner sexual violence rate against women in Paraná State, Brazil, 2009-2014: an ecological study. **BMJ open**, v. 8, n. 2, p. e018437, 2018.

GUERREIRO, A.; PONTEDEIRA, C.; SOUSA, R.; MAGALHÃES, M. J.; OLIVEIRA, E.; RIBEIRO, P. Intimidade e violência no namoro: refletir a problemática nos/as jovens. **Atas do colóquio internacional @s jovens e o crime: transgressões e justiça tutelar**, 2015.

GUNBY, C.; CARLINE, A.; BELLIS, M. A.; BEYNON, C. Gender differences in alcohol-related non-consensual sex; cross-sectional analysis of a student population. **BMC public health**, v. 12, n. 1, p. 216, 2012.

SOARES, E. M. R.; DA SILVA, N. L. L.; DE MATOS, M. A. S.; ARAÚJO, E. T. H.; DA SILVA, L. D. S. R.; LAGO, E. C. Perfil da violência sexual contra crianças e adolescentes. **Revista Interdisciplinar**, v. 9, n. 1, p. 87-96, 2016.

HAILE, R. T.; KEBETA, N.; D. KASSIE, G. M. Prevalence of sexual abuse of male high school students in Addis Ababa, Ethiopia. **BMC international health and human rights**, v. 13, n. 1, p. 24, 2013.

HOHENDORFF, J. V.; KOLLER, S. H.; HABIGZANG, L. F. Psicoterapia para crianças e adolescentes vítimas de violência sexual no sistema público: panorama e alternativas de atendimento. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 35, n. 1, p. 182-198, 2015.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

KAUFMAN, M. Care of the adolescent sexual assault victim. **Pediatrics**, v. 122, n. 2, p. 462-470, 2008.

LEVINE, E. Sexual violence among middle school students: the effects of gender and dating experience. **Journal of interpersonal violence**, v. 32, n. 14, p. 2059-2082, 2017.

MARTINS, A. G.; DO NASCIMENTO, A. R. A. Violência doméstica, álcool e outros fatores associados: uma análise bibliométrica. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 69, n. 1, p. 107-121, 2017.

MEKURIA, A.; NIGUSSIE, A.; ABERA, M. Childhood sexual abuse experiences and its associated factors among adolescent female high school students in Arbaminch town, Gammo Goffa zone, Southern Ethiopia: a mixed method study. **BMC international health and human rights**, v. 15, n. 1, p. 21, 2015.

NASCIMENTO, O. C. **Adaptação transcultural e validação de conteúdo do questionário “Parcours Amoureux des Jeunes - PAJ” - Montréal/ Canadá - para o contexto do Brasil**. 2014. 195 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2014.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência. São Paulo, 2012.

SINGH, M. M.; PARSEKAR, S. S.; NAIR, S. N. An epidemiological overview of child sexual abuse. **Journal of family medicine and primary care**, v. 3, n. 4, p. 430, 2014.

VIANA, A. J. B.; SOUSA, E. S. S. Crimes e segredos na violência sexual contra as mulheres: o diálogo entre Durkheim e Simmel. **Política & Sociedade**, v. 14, n. 29, p. 11, 2015.

WHO. World Health Organization. **Guidelines for medicolegal care for victims of sexual violence**. Geneva, Switzerland: WHO; 2003.

YOUNG, B. J.; FURMAN, W.; JONES, M. C. Changes in adolescents' risk factors following peer sexual coercion: Evidence for a feedback loop. **Development and Psychopathology**, v. 24, n. 2, p. 559-571, 2012.

O CUIDADO PERINATAL: DESAFIOS PRÁTICOS DO ENFERMEIRO EM TEMPOS DE PANDEMIA

Data de aceite: 01/08/2022

Data de submissão: 13/07/2022

Adelina Ferreira Gonçalves

HUMAP - UFMS/EBSERH

Campo Grande - MS

<http://lattes.cnpq.br/9577913660083583>

Eline Aparecida Vendas Righetti

HUMAP - UFMS/EBSERH

Campo Grande - MS

<http://lattes.cnpq.br/4400303197935631>

Sabrina Ferreira Furtado Magrin

HUMAP-UFMS/EBSERH

Campo Grande - MS

<http://lattes.cnpq.br/6238448762605164>

RESUMO: O parto é um processo fisiológico, considerado o momento mais importante na vida da mulher, por isso, ela espera sentir-se acompanhada e protegida. É necessário, então, ressaltar o papel da Enfermagem nesse processo, em tempos de pandemia da COVID-19, devido ao grande nível de transmissibilidade dessa doença. O objetivo deste estudo foi esclarecer a importância da equipe de enfermagem nos desafios enfrentados no cuidado humanizado perinatal em tempos de pandemia. Realizou-se uma busca atualizada de fontes bibliográficas de artigos científicos publicados nas bases de dados, considerando o período de 2017 a 2022. Durante a pandemia, as gestantes temem o parto, visto que novas questões e incertezas somam-se à angústia gerada pelo isolamento, pelo medo do

contágio e pelos novos protocolos de atenção à saúde perinatal. Assim, a demanda e a carga para os enfermeiros ao cuidar do cuidado perinatal tornaram-se ainda mais exigentes, pois, a partir de 2020, foram estabelecidas medidas mais radicais de biossegurança no parto humanizado devido ao surgimento do vírus SARS-CoV2, colocando as gestantes no grupo de vulnerabilidade. Este estudo mostrou a importância do cuidado humanizado na assistência perinatal e no parto, além de evidenciar os fatores de risco associados à COVID-19, no âmbito do cuidado e das manifestações clínicas perinatais e sua interferência na transmissão vertical da doença. Assim, é importante a utilização de medidas de biossegurança que beneficiem tanto os profissionais de saúde quanto as gestantes e os recém-nascidos.

PALAVRAS-CHAVE: Covid-19. Enfermagem. Cuidado Perinatal. Neonatologia.

PERINATAL CARE: PRACTICAL CHALLENGES FOR NURSES IN PANDEMIC TIMES

ABSTRACT: Childbirth is a physiological process, considered the most important moment in a woman's life, so she hopes to feel accompanied and protected. Therefore, it is necessary to emphasize the role of Nursing in this process, in times of the COVID-19 pandemic, due to the high level of transmissibility of this disease. The reason for this study was to clarify the importance of the nursing team in the challenges faced in humanized perinatal care in times of pandemic. Performed an updated search of bibliographic sources of scientific articles published in

databases, considering the period from 2017 to 2022. During the pandemic, pregnant women fear childbirth, because new questions and uncertainties are added to the anguish generated by isolation, fear of contagion and new perinatal care protocols. The demand and burden for nurses to take care of perinatal care have become even more demanding, as, from 2020, more radical biosafety measures were established in humanized childbirth due to the emergence of the SARS-CoV2 virus, placing the pregnant women in the vulnerability group. This study showed the importance of humanized care in perinatal care and childbirth, in addition to highlighting the risk factors associated with COVID-19, in the context of perinatal care and clinical manifestations and their interference in the vertical transmission of the disease. Thus, it is important to use biosecurity measures that benefit both health professionals and pregnant women and newborns.

KEYWORDS: Covid-19. Nursing. Perinatal Care. Neonatology.

1 | INTRODUÇÃO

A enfermagem, atualmente, tornou-se uma das profissões mais reconhecidas na sociedade, especialmente devido à dedicação e à vocação dos profissionais que a exercem, qualidades que estão associadas a um conjunto de habilidades do enfermeiro no momento de prestar apoio incondicional aos doentes quando se sentem impotentes e vulneráveis. Segundo Carraro et al. (2008), a técnica do parto humanizado possibilitou a aplicação de técnicas mais humanas e empáticas às gestantes, ações que visam melhorar o resultado do parto.

A realidade da saúde e do cuidado perinatal, como explicitam Rondelli et al. (2020), ainda é a de que a mulher tem menos opções quando se trata de uma instituição pública ou privada para ter um parto humanizado. No Brasil, o Ministério da Saúde possibilitou o fortalecimento da prática do parto humanizado dentro das entidades de saúde, dando a devida importância ao apoio que o enfermeiro pode gerar na gestante, proporcionando um processo mais afetivo, que não se concentra apenas no aspecto físico da mulher, mas também favorece a redução daqueles sentimentos de medo que costumam ocorrer durante o parto, sobretudo em tempos de pandemia (SOUZA; GAÍVA; MODES, 2011).

As evidências limitadas sobre as particularidades da nova infecção por SARS-CoV-2 em mulheres grávidas, seus efeitos no curso da gravidez ou como o estado da gravidez e as características maternas podem influenciar o curso da doença ainda são limitadas. Assim, durante a pandemia, as gestantes temem o parto, visto que novas questões e incertezas somam-se à angústia gerada pelo isolamento, pelo medo do contágio e pelos novos protocolos de atenção à saúde perinatal (FIGEUIREDO et al., 2023; OTTONI, 2021).

Vale lembrar que a pandemia aumenta o risco da realização das práticas clínicas que não se baseiam em evidências que ameacem a assistência humanizada voltada ao recém-nascido e à sua família, pois, embora os cuidados gerais sejam progressivamente aprendidos, esse ainda não é um comportamento explícito na medicina perinatal. Assim, o

objetivo deste estudo foi esclarecer a importância da equipe de enfermagem nos desafios enfrentados no cuidado humanizado perinatal em tempos de pandemia.

21 A FUNÇÃO DA ENFERMAGEM NO CUIDADO PERINATAL E NO PARTO HUMANIZADO

O parto deve ser uma experiência de vida positiva que atenda ou supere as crenças e as expectativas pessoais e socioculturais prévias da gestante, incluindo o nascimento em ambiente clínica e psicologicamente seguro, além de contar com apoio prático e emocional contínuo (SEIXAS FILHO et al., 2020).

A humanização do parto é condição essencial para garantir a vida da mulher e da criança e, nesse processo, o papel da Enfermagem é fundamental apesar de, em muitas ocasiões, médicos ou outros especialistas só permitirem a realização de procedimentos gerais, como cateterismo venoso, administração de medicamentos, depilação genital e adoção de posturas ginecológicas (CARRARO et al. 2008).

Vale lembrar que as funções gineco-obstétricas do enfermeiro incluem a avaliação inicial das condições maternas e fetais (sinais vitais, manobras de Leopold, avaliação uterina dinâmica, sinais e sintomas do trabalho de parto, estabilização da paciente), a promoção do estado de saúde física, do bem-estar mental e espiritual, do binômio mãe-filho durante o parto, dos cuidados durante o período expulsivo e da assistência ao parto (FIGUEIREDO et al., 2022).

Contudo, essas ações devem ser enquadradas na abordagem humanística, não apenas como forma de garantir um atendimento efetivo e respeitoso, em que se evitam abusos, negligências, aplicação de procedimentos e tecnologias que, longe de garantir segurança, causam iatrogenia e instrumentação, mas também como forma de garantir a saúde materno-infantil, o que se dá por meio da promoção do parto normal e da redução das taxas de cesarianas.

Além disso, apesar do reconhecimento normativo da humanização do parto e do cuidado perinatal, ainda é necessário intervir nas instituições de saúde, visto que os centros hospitalares não têm conseguido oferecer a livre escolha do ato de parir de forma natural, privada e familiar. Muitas vezes a escolha dos procedimentos não é respeitada, nem a mãe recebe destaque devido a limitações, como: estrutura física institucional, acomodação insuficiente, trabalho em equipe ineficaz, recursos e materiais insuficientes, superlotação, profissionais com sobrecarga de trabalho e resistência da parturiente em colaboração de determinadas situações com as quais não está familiarizado.

Frota et al. (2020) ressaltam a importância do respeito aos direitos da mulher e da família, apoio empático dos profissionais, incentivo ao uso de métodos não invasivos e não farmacológicos para alívio da dor e outros desconfortos. Dessa forma, o papel da enfermagem está voltado para facilitar as orientações para a respiração adequada em

cada etapa do trabalho de parto, favorece a liberdade de movimentos, o estabelecimento do vínculo entre os profissionais e a mulher em trabalho de parto, além de incentivar a presença do companheiro.

Por outro lado, Carraro et al. (2008) afirmam que a assistência humanizada prestada pela equipe de Enfermagem durante o trabalho de parto e o cuidado perinatal, no Brasil, têm como foco o alívio das dores físicas e emocionais, proporcionando conforto, liberdade de escolha na posição para o nascimento do bebê e o melhor método para o parto, de modo que ao assumir o cuidado, “durante as 24 horas do dia, a Enfermagem necessita tomar posição também quanto à sua responsabilidade ética, legal e moral, e não apenas técnica e científica” (CARRARO et al., 2008, p. 508)

As práticas de parto humanizado vão além da realização de um procedimento simples, elas permitem refletir sobre as necessidades das gestantes, que devem ser atendidas com atenção especial devido ao seu estado de vulnerabilidade, com base em: máxima informação e explicações sobre os procedimentos a serem realizados (OLIVEIRA et al. 2021; SOUZA; GAÍVA; MODES, 2011).

Além disso, o parto humanizado deve permitir que a mulher exerça livre e tradicionalmente a posição do parto em um ambiente seguro onde haja condições necessárias para evitar sequelas maternas e neonatais, sendo necessário, de acordo com Quixabeira et al. (2021), reconhecer a mãe e a criança como os verdadeiros protagonistas, não interferindo no processo a não ser em situação de risco, como ocorre em tempos de pandemia.

Para as mulheres grávidas e as que acabaram de dar à luz, a COVID-19 desencadeou preocupações significativas sobre sua segurança e bem-estar, bem como de seus recém-nascidos. Essa preocupação se estendeu aos diversos profissionais de saúde que cuidam delas.

3 | FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À COVID-19 NO ÂMBITO PERINATAL

Estudos realizados durante surtos de outras infecções relacionadas ao coronavírus (SARS-CoV, MERS-CoV), bem como influenza, mostraram que as grávidas são mais suscetíveis a doenças graves. Dados dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) e de todo o mundo sugerem que as gestantes correm maior risco de doença grave por COVID-19, assim como maior probabilidade de hospitalização, admissão em unidade de terapia intensiva e até morte, em comparação com pessoas não grávidas em idade reprodutiva (BARBOSA et al., 2022).

Nas maternidades, apesar de se promover o estabelecimento do parto humanizado e se ter conseguido melhorar a assistência, ainda há barreiras e rígidas regras e estratégias institucionais que restringem o acompanhamento da mulher em trabalho de parto. Para Barbosa et al. (2022), isso faz parte de uma situação que se agravou com a pandemia, pois

devido às medidas de biossegurança, se optou por protocolos rígidos de atendimento à obstetrícia, cesariana, cuidado instrumentado e mecanizado, rompimento do vínculo mãe-bebê e ao aleitamento materno. Esse cenário se contrapõe ao do parto humanizado, mas não impede que ele seja realizado.

Com o início da pandemia do coronavírus, muitos fatores de risco precisaram ser considerados no atendimento e cuidado, especialmente pela equipe de saúde, para a contenção da doença. Esses fatores de risco agravam o período gravídico-puerperal, ou seja, uma variedade de circunstâncias ambientais afeta a saúde materna e neonatal, de modo que o ambiente da gestante pode criar uma marca permanente na fisiologia fetal, que perdurará por toda a vida.

Silva et al. (2022) ponderam que

[...] a gravidez por si só, leva a maior suscetibilidade para doenças respiratórias devido ao aumento da demanda de oxigênio, diminuição da complacência torácica e elevação diafragmática o que, conseqüentemente, resulta em menor tolerância à hipoxemia. [...] comorbidades pulmonares, distúrbios hipertensivos e diabetes mellitus estiveram diretamente associados a um aumento do risco para situações graves, enquanto os fatores de risco usuais relacionados à gravidez não foram. No entanto, observou-se um aumento significativo do risco de cesariana, parto prematuro e internação neonatal em unidade de terapia intensiva, destacando que os desfechos obstétricos e neonatais são influenciados pela gravidade da doença materna. Na gravidez, a alteração endotelial é um mecanismo bem conhecido de complicações obstétricas, como hipertensão gestacional, síndrome HELLP e pré-eclâmpsia que pode contribuir para o aumento do risco de complicações da COVID-19 (SILVA et al., 2022, p. 3-7)

Essa perspectiva demonstra que a gravidez está associada a um maior risco de infecção grave desse vírus em comparação com a população não grávida, principalmente no terceiro trimestre e/ou quando os seguintes fatores de risco estão associados: idade materna avançada, Índice de Massa Corporal (IMC) elevado, hipertensão crônica e diabetes pré-gestacional.

Kotlar et al. (2021) apontam que a COVID-19 durante a gravidez e a pré-eclâmpsia estão fortemente associadas entre si, principalmente entre mulheres nulíparas. Essa associação é independente de fatores de risco e condições pré-existentes, uma vez que a gravidade da COVID-19 não afeta a associação. Contudo, essas condições aumentam os riscos de parto prematuro, morbidade e mortalidade perinatal grave, além de desfechos maternos adversos.

Adiciona-se a isso que a depressão perinatal também é considerada um fator de risco obstétrico, uma vez que prematuridade, placenta prévia, morte fetal, malformações e aborto prévio estão associados a ela. Por isso, o controle pré-natal e o cuidado perinatal pela equipe de enfermagem devem ser orientados para a prevenção de problemas psicológicos, promovendo um cuidado humanizado do processo gestacional, satisfazendo grande parte das necessidades da mulher.

As mulheres que, além de grávidas, têm histórico de outras doenças, como diabetes, obesidade ou pressão alta, correm maior risco de desenvolver sintomas graves se forem infectadas. Por isso, os especialistas reiteram a importância de fazer *check-ups* regulares e buscar ajuda de profissionais a tempo.

4 | MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS PERINATAIS DE COVID-19 E A TRANSMISSÃO VERTICAL

O parto é um processo fisiológico, considerado o momento mais importante na vida da mulher, por isso, ela espera sentir-se acompanhada e protegida. É necessário, então, ressaltar o papel da Enfermagem nesse processo, em tempos de pandemia do COVID-19, devido ao grande nível de transmissibilidade dessa doença.

A transmissão vertical (TV) de qualquer doença é um grande desafio enfrentado na área obstétrica. Segundo Oliveira et al. (2021, p. 2), a TV

[...] pode ocorrer por meio da passagem transplacentária de microrganismos durante a gestação, do contato com sangue e secreções vaginais no momento do parto e pelo leite materno. A membrana placentária separa o sangue materno e fetal e atua como barreira protetora, mas alguns vírus e bactérias, por mecanismos desconhecidos, conseguem transpô-la.

Segundo Ottoni (2021), a TV refere-se à passagem de microrganismos da mãe para o feto ou bebê no período perinatal ou neonatal, podendo ocorrer de quatro formas: transmissão intrauterina, durante o parto, na amamentação e no contato pós-parto com fluidos corporais, sendo que a transmissão intrauterina é a mais difícil de controlar e tratar. Assim, para suspeitar da presença de infecção de COVID-19 por TV, devem ser considerados os resultados positivos para RT-PCR de *swab* nasofaríngeo e líquido amniótico, placenta, sangue de cordão umbilical, no leite materno ou nos fluidos vaginais, além de uma análise histopatológica em que fica evidente a presença do vírus e a alteração da placenta.

Seixas Filho et al. (2020) relataram a ausência de transmissão vertical do coronavírus da mãe grávida para o feto em desenvolvimento. Entretanto, em um dos estudos, um recém-nascido que não foi testado não se pode comprovar se ele foi infectado ou não com COVID-19 no período perinatal, visto que o envolvimento materno teve consequências negativas em alguns dos neonatos.

Percebe-se, nesse sentido que a TV do SARS-CoV-2 ainda é pouco compreendida. Embora a presença do vírus tenha sido documentada na placenta, líquido amniótico, sangue do cordão umbilical e leite materno ocasionalmente, a maioria dos exames diagnósticos realizados em recém-nascidos de mães infectadas são negativos e, portanto, inconclusivos para estabelecer o diagnóstico de infecção vertical, considerando-se que muitos estudos, como os de Santos et al. (2021, concluíram que não há evidências suficientes de transmissão vertical da doença.

Em contrapartida, há relatos de possível transmissão vertical com um caso de

positividade no recém-nascido 36 horas após o nascimento, mesmo com a aplicação de medidas adequadas de contenção e de prevenção, mas não é possível descartar a transmissão horizontal (WANG et al., 2020). Em outro caso, o recém-nascido apresentou anticorpos elevados 2 horas após o nascimento. A elevação do anticorpo IgM sugere que esse bebê teve infecção no útero, uma vez que não passa pela placenta e, geralmente se eleva 3-7 dias após a infecção (DONG et al., 2020).

Atualmente, não há evidências da existência de vírus no leite materno, de modo que esse não seria o motivo para deixar de amamentar. No entanto, o tema ainda necessita de uma investigação mais profunda. O que não há dúvida é que, com mãe positiva e o recém-nascido negativo e em contato com a mãe, existe a possibilidade de contágio.

5 | MATERIAIS E MÉTODOS

A fim de atender ao objetivo de esclarecer os desafios enfrentados pela equipe de enfermagem no cuidado humanizado perinatal durante tempos de pandemia, foi realizada uma investigação documental, fundamentada, metodologicamente, na revisão bibliográfica de bases de dados PubMed, Scielo, LILACS, Elsevier e Scholar Google, buscando artigos publicados em relação ao cuidado perinatal durante a pandemia da COVID-19.

Dessa forma, realizou-se uma busca atualizada de fontes bibliográficas de artigos científicos publicados nas bases de dados, considerando o período de 2017 a 2022. Além disso, foram utilizadas palavras-chave como: “Enfermagem”, “Parto Humanizado”, “Desafios”, “COVID-19” e “Cuidado Perinatal”, selecionando publicações em inglês e português.

Nessa busca, foram pré-selecionados 45 artigos para verificação do atendimento aos critérios de inclusão, por meio da leitura das informações apresentadas no título, resumo, palavras-chave e do corpo do texto. No total, 30 artigos foram excluídos por não atenderem aos requisitos necessários para esta pesquisa. Por fim, 15 artigos foram selecionados para fundamentar o estudo.

6 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em tempos de pandemia do coronavírus, é fundamental que os profissionais de saúde sejam capacitados para que possam ajudar as gestantes a enfrentar a situação, pois, muitas vezes, elas têm que ficar em isolamento para evitar o contágio. A equipe de enfermagem, portanto, se encarrega de auxiliar a aliviar a carga de sentimentos que a mulher vai apresentar por se encontrar sozinha sem o apoio de seus entes queridos.

Barbosa et al. (2021), ao abordarem as complicações obstétricas e perinatais durante a pandemia em seu estudo, apontam que o papel que os enfermeiros desempenham atualmente está focado em realizar as ações necessárias de forma profissional. Em

concordância com esse pensamento, Ottoni (2021) afirma que a contribuição dos enfermeiros durante o período de pandemia tem sido de grande ajuda, uma vez que esse profissional presta assistência direta ao paciente, ajudando a salvar vidas, diminuindo o sofrimento, fornecendo apoio emocional e educação ao paciente e à família, sistematizando ações de controle e prevenção de infecções, além de prestar atendimento de qualidade aos pacientes positivos para COVID-19.

Além disso, Spatz e Froh (2021) afirmam que a demanda e a carga para os enfermeiros ao cuidar do cuidado perinatal tornaram-se ainda mais exigente, pois, a partir de 2020, foram estabelecidas medidas mais radicais de biossegurança no parto humanizado devido ao surgimento do vírus SARS-CoV2, colocando as gestantes no grupo de vulnerabilidade.

Outro ponto importante, ressaltado por Cardoso et al. (2021), é que durante o trabalho de parto, o enfermeiro é ainda mais essencial no parto humanizado, visto que, com a pandemia, a entrada do acompanhante foi restringida a fim de diminuir a disseminação da COVID-19. Assim, a gestante vivenciará a sensação de medo e angústia, já que o cenário atual não é muito confortável e, por esse motivo, um dos desafios do enfermeiro, como afirmam Figueiredo et al. (2022), é ajudar a aliviar a carga de sentimentos negativos que a mulher apresenta durante o parto, respeitando sua integridade e direitos, ajudando-a a obter um parto digno.

Dessa forma, as instalações foram acopladas às respectivas normas de biossegurança para proporcionar um ambiente seguro, tanto para as gestantes quanto para o restante dos usuários, de modo que o coronavírus não se propague. Frota et al. (2020) afirmam que o pessoal de saúde deve dar as instruções necessárias para que o procedimento seja realizado da melhor forma. Como explicitado pelos autores, por medo da pandemia, a gestante elegeu sua casa como o local mais seguro para o parto. Assim, é preciso que a equipe de enfermagem se disponha a colaborar para que a parturiente conclua seu trabalho de parto de forma digna.

Kotlar et al. (2021) recomendam que, caso a gestante seja assintomática, controle a doença em casa com a respectiva avaliação diária pela equipe de enfermagem por 14 dias, o que ajudará a verificar as características clínicas. No entanto, as gestantes que contraírem pneumonia por COVID-19 devem ser imediatamente internadas para serem avaliadas por uma equipe multidisciplinar. A equipe de enfermagem, nesses casos, também é essencial, dado que esses profissionais ajudarão a reduzir a carga de estresse que a mãe experimenta durante o período da pandemia pelo temor de saber se seu filho pode ou não ser portador da COVID-19.

Seguindo essa perspectiva, Quixabeira et al. (2021), em seu estudo sobre a enfermagem como promotora da humanização da atenção obstétrica durante a pandemia, mencionam que os profissionais de saúde devem respeitar os direitos das gestantes, permitindo um parto humanizado mesmo em tempos de pandemia. Com isso, é necessário

ressaltar a importância de um pré-natal eficaz durante o terceiro trimestre, pois é nesse período que a mãe vivencia um maior nível de ansiedade e o desenvolvimento do feto está em fase de conclusão.

Estrela et al. (2020) ressaltam que, devido às mudanças que as gestantes vivenciam, seu corpo e o sistema imunológico podem ser afetados por diversas infecções, especialmente respiratórias, o que configura um grande desafio para que a equipe de saúde assegure o bom andamento da gravidez em um período pandêmico. É importante a utilização de medidas de biossegurança que beneficiem tanto os profissionais de saúde quanto as gestantes e os recém-nascidos.

Na pandemia, quando a mulher entra em trabalho de parto, deve ser realizado um PCR (teste diagnóstico de COVID-19), assim como ao seu acompanhante. Caso o resultado seja positivo, o protocolo de segurança denominado “Circuito COVID-19” será ativado. Assim, o trabalho de parto será realizado em sala de isolamento, com o pessoal de saúde utilizando roupas de proteção para evitar a propagação do vírus (SEIXAS FILHO et al., 2020).

O puerpério deve ser gerenciado de acordo com os regulamentos estabelecidos para essa situação, assim como a recuperação e o isolamento devem ser realizados em uma sala adequada para COVID-19. Nessa etapa, de acordo com Rondelli et al. (2020), é essencial que o enfermeiro acompanhe a mãe de, avaliando gravidade ou agravamento da doença.

Quanto ao pós-parto, Santos et al. (2021) explicam que existem várias incertezas em relação ao recém-nascido, que pode ou não ser portador da COVID-19, visto que, como apontam os autores, vários estudiosos descartam a possibilidade de transmissão vertical intrauterina, considerando-se que, em exames realizados no líquido amniótico, sangue de cordão umbilical e amostra de swab de orofaríngeo do recém-nascido, não tenham sido observados problemas ou distúrbios respiratórios.

A educação pela equipe de enfermagem sobre higiene, limpeza do mamilo etc., é muito importante para não espalhar o vírus para o recém-nascido. Para Frota et al. (2020), a partir do protocolo estabelecido, a equipe de enfermagem deve realizar o teste de Apgar no bebê, para avaliar a frequência cardíaca, tônus muscular e outros sinais que ajudam a determinar se o recém-nascido precisa de atendimento médico de emergência. Nesse sentido, Oliveira et al. (2021) mostram que até o momento não há transmissão vertical, o que não significa que não possa ocorrer.

Atualmente, para assistência ao parto e puerpério, é utilizada, como protocolo para o manejo de gestantes e recém-nascidos com COVID-19, a higienização das mãos, que auxilia na prevenção e controle de infecções, sendo imprescindível que esse procedimento seja realizado antes e após o contato com o paciente (DONG et al, 2020). O pessoal de saúde que atende casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 deve usar o traje de proteção para prevenção, o que inclui: proteção para os olhos, máscara comum, avental,

luvas (SILVA et al., 2022).

No caso da realização de procedimentos em aerossol, como ventilação manual ou intubação traqueal, o número de participantes durante o parto deve ser reduzido ao mínimo e todos devem usar máscara autofiltrante, máscara facial completa, luvas e avental impermeável de manga comprida. É importante que a sala de isolamento, onde se presta o atendimento, esteja devidamente equipada, com: cama, berço térmico, monitor fetal, carrinho de medicação de oxigenoterapia, de modo que a equipe de enfermagem limite ao máximo a circulação da grávida fora do quarto para não propagar o vírus pelas instalações hospitalares (WANG et al., 2020).

Percebe-se, assim, que o papel do enfermeiro é de extrema importância em todas as etapas do atendimento perinatal e do parto humanizado, sendo necessário que, para que esse profissional ser capaz de lidar com os desafios cotidianos da assistência à saúde a pessoas grávidas em períodos pandêmicos, a equipe de enfermagem precisa estar capacitada e forneça a educação necessária sobre higiene adequada das mãos, limitação de movimento e minimização do contato com outras superfícies do hospital.

7 | CONCLUSÃO

A COVID-19 tornou-se um dos principais problemas enfrentados na área da saúde, sendo esse um momento desafiador para a equipe de enfermagem, que tem um papel importante no cuidado humanizado de pacientes gestantes, devendo atentar-se constantemente quanto aos procedimentos executados, ao respeito à mulher e ao recém-nascido, e aos protocolos de biossegurança.

Este estudo foi capaz de cumprir o objetivo de esclarecer a influência do papel do enfermeiro no enfrentamento dos desafios do cuidado perinatal e do parto humanizado durante a pandemia. Destacou, ainda, a importância do cuidado humanizado na assistência perinatal e no parto, além de evidenciar os fatores de risco associados à COVID-19, no âmbito do cuidado perinatal e as manifestações clínicas perinatais e sua interferência na transmissão vertical da doença.

Por meio da revisão bibliográfica, ficou evidente que é positivo o acompanhamento dos profissionais de enfermagem durante o parto, visto que auxilia na redução da taxa do estresse e da mortalidade maternos. Além disso, o presente estudo coletou informações sobre o parto humanizado em tempos de COVID-19, concluindo que, para promover uma assistência de qualidade ao binômio materno-fetal, é importante que a equipe esteja capacitada para o enfrentamento da situação.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, M. L. C. S., DE BARROS SILVA, M. E. W., DA SILVA, J. E. C. F., DE LIRA SILVA, D., DE LIMA FILHO, C. A., RAFAEL, K. J. G., SOARES, L. L. Complicações obstétricas e perinatais durante a pandemia do COVID-19. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 14, p. e32101421661-e32101421661, 2021.

CARDOSO, P. C., SOUSA, T. M. D., ROCHA, D. D. S., MENEZES, L. R. D. D., SANTOS, L. C. D. Maternal and child health in the context of COVID-19 pandemic: evidence, recommendations and challenges. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 21, p. 213-220, 2021.

CARRARO, T. E., KNOBEL, R., FRELLO, A. T., GREGÓRIO, V. R. P., GRÜDTNER, D. I., RADÜNZ, V., MEINCKE, S. M. K. O papel da equipe de saúde no cuidado e conforto no trabalho de parto e parto: opinião de puérperas. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 17, p. 502-509, 2008.

DONG, L., TIAN, J., HE, S., ZHU, C., WANG, J., LIU, C., YANG, J. Possible vertical transmission of SARS-CoV-2 from an infected mother to her newborn. **JAMA -Journal of the American Medical Association**, 2020.

ESTRELA, F., SILVA, K. K. A. D., CRUZ, M. A. D., GOMES, N. P. Gestantes no contexto da pandemia da Covid-19: reflexões e desafios. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, 2020.

FIGUEIREDO, C. V. C., RUFINO, C. G., DE SOUZA MARCELINA, M., & LAURIA, T. A. L. F. **Desafios da enfermagem na pandemia de covid-19**. Editora Autografia, 2022.

FROTA, M. A., CHAVES, J., DE ALBUQUERQUE, C. D. M., ROLIM, K. M. C., ROSS, T. L., SURKAN, P. J. Assistência Obstétrica à Portadora de COVID-19: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 6, p. 18342-18358, 2020.

KOTLAR, B., GERSON, E., PETRILLO, S., LANGER, A., TIEMEIER, H. The impact of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal health: a scoping review. **Reproductive health**, v. 18, n. 1, p. 1-39, 2021.

OLIVEIRA, K. F. D., OLIVEIRA, J. F. D., WERNET, M., PASCHOINI, M. C., RUIZ, M. T. Transmissão vertical e COVID-19: revisão de escopo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, 2021.

OTTONI, Edimere Ferreira. **A atenção à paciente gestante no contexto da pandemia de covid-19 em hospitais militares**. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Saúde do Exército, 2021. Disponível em <https://bdex.eb.mil.br/jspui/bitstream/123456789/9621/1/Cap_Edimere%20Ferreira%20Ottoni.pdf>

QUIXABEIRA, C. G. T., LIMA, H. F., DE OLIVEIRA, A. S., DA MOTA, A. C. D., LEAL, L. P., LIMA, A. P. E. A enfermagem como promotora da humanização na atenção às famílias nas unidades de terapia intensiva neonatal durante a pandemia da covid-19. In: **Congresso Internacional em Saúde**. 2021. Disponível em <<https://publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/conintsau/article/download/19601/18334>>

RONDELLI, G.; JARDIM, D.; HAMAD, G.; LUNA, E.; MARINHO, W.; MENDES, L.; SOUZA, K.; GRATÃO, L. ASSISTÊNCIA ÀS GESTANTES E RECÉM-NASCIDOS NO CONTEXTO DA INFECÇÃO COVID-19: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA. **DESAFIOS - Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins**, v. 7, n. Especial-3, p. 48-74, 22 abr. 2020.

SANTOS, J. M. S. NASCIMENTO, J. E., LIMA, R. C., ARAÚJO, W. B. X., BORGES, A. S., REIS ALCANTARA, N. M. O., ANDRADE, Â. R. L. Prematuridade associada a complicações da covid-19: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, v. 12, 2021.

SEIXAS FILHO, J. T., SEYFARTH, M. S. C., CUNHA, D. M., SILVEIRA, G. R. R. A., GUEDES, E. F., ORSINI, M., SILVEIRA, R. Recomendações de prevenção da saúde materno-infantil na pandemia COVID-19 por meio de protocolos médicos. **Revista Augustus**, v. 25, n. 51, p. 316-334, 2020.

SILVA, M. E. W. B.; BARBOSA, M. L. C. S.; RAMOS, B. M. S. M.; TRAVASSOS, B. S.; ROSENDO, I. N. G. M.; SILVA, M. C. S.; SILVA, P. V. C.; SANTOS, T. A.; RÉGO, M. V. A.; SILVA, V. M.; PEDREIRA, Y. L.; SILVA, M. R.; MEDEIROS FILHO, R. S.; MANZINI, A. P. M.; SOARES, L. L. Risk factors for pregnant and postpartum women during the COVID-19 pandemic. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 11, n. 4, 2022.

SOUZA, Taísa Guimarães de; GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz; MODES, Priscilla Shirley Siniak dos Anjos. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, p. 479-486, 2011.

SPATZ, Diane Lynn; FROH, Elizabeth B. Birth and breastfeeding in the hospital setting during the COVID-19 pandemic. **MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing**, v. 46, n. 1, p. 30-35, 2021.

WANG, S., GUO, L., CHEN, L., LIU, W., CAO, Y., ZHANG, J., FENG, L. A case report of neonatal COVID-19 infection in China. **Clin Infect Dis**, v. 71, n. 15, p. 853-857, 2020.

CAPÍTULO 16

METODOLOGIA *LEAN*: DESAFIOS DE SUA APLICABILIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Data de aceite: 01/08/2022

Data de submissão: 07/06/2022

Flávia Rezende Calonge

Prefeitura Municipal de Lagoa Santa
Lagoa Santa – MG
<https://orcid.org/0000-0002-3625-8519>

Maria Ivanilde de Andrade

Prefeitura Municipal de Lagoa Santa
Lagoa Santa – MG
<https://orcid.org/0000-0002-1925-4559>

Pamela Nery do Lago

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais / Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HC-UFGM/EBSERH)
Belo Horizonte – MG
<https://orcid.org/0000-0002-3421-1346>

Marília Antônia de Paula

HC-UFGM/EBSERH
Belo Horizonte – MG
<https://orcid.org/0000-0002-9631-1879>

João Eduardo Pinho

HC-UFGM/EBSERH
Belo Horizonte – MG
<https://orcid.org/0000-0000-0000-0000>

Andréia Elias da Cruz Nascimento

HC-UFGM/EBSERH
Belo Horizonte – MG
<https://orcid.org/0000-0002-4056-4906>

Natália Cristina de Andrade Dias

HC-UFGM/EBSERH
Belo Horizonte – MG
<https://orcid.org/0000-0000-0000-0000>

Bianca Cristina Silva Assis Santiago

Ambulatório de Transplante Bias Fortes da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)
Belo Horizonte – MG
<https://orcid.org/0000-0002-9205-8263>

Amanda Cristina Ferreira Cardoso

Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM/EBSERH)
Uberaba – MG
<https://orcid.org/0000-0001-7697-4416>

Yasmin Cristine Sousa de Moraes

Universidade da Amazônia - UNAMA
Ananindeua - PA
<https://orcid.org/0000-0002-0101-8953>

Rita de Cássia Almeida Sales

Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Pernambuco (HC-UFPE/EBSERH)
Recife – PE
<https://orcid.org/0000-0003-3133-8955>

Adriana Simões Moreira Rocha

Enfermeira da Maternidade Climério de Oliveira da Universidade Federal da Bahia (MCO-UFBA/EBSERH)
Salvador – BA
<https://orcid.org/0000-0001-5025-0073>

RESUMO: A metodologia *Lean* foi desenvolvida com a intenção de simplificar tarefas, reduzir desperdícios, facilitar o fluxo de processos e maximizar o valor do produto ou do serviço com foco no cliente. O presente estudo teve como objetivo discorrer sobre a aplicabilidade da metodologia *Lean* nos serviços de saúde (*Lean Healthcare*). Trata-se de um estudo descritivo

com abordagem qualitativa, realizado no período de fevereiro a abril de 2022 através de uma revisão de literatura na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando-se os descritores: administração de serviços de saúde, tecnologia em saúde e gestão da qualidade total. Os resultados mostraram a importância da aplicação de metodologias *Lean* em serviços de saúde, para uma melhor assistência ao paciente e melhor efetividade dos serviços prestados. A implementação da *Lean Healthcare* possui potencial para melhorar os processos assistenciais, administrativos e burocráticos. Um dos elementos chave para a implementação da filosofia *Lean* é o esforço inter e multidisciplinar, cabendo ao gestor em saúde intervir e manter de forma harmoniosa e focada, as equipes num trabalho de conquista e de melhoria contínua.

PALAVRAS-CHAVE: Qualidade em Saúde. Tecnologia em saúde. *Lean Healthcare*.

ABSTRACT: The Lean methodology was developed with the intention of simplifying tasks, reducing waste, facilitating the flow of processes and maximizing the value of the product or service with a focus on the customer. The present study aimed to discuss the applicability of the Lean methodology in health services (Lean Healthcare). This is a descriptive study with a qualitative approach, carried out from February to April 2022 through a literature review in the Virtual Health Library (VHL), using the descriptors: administration of health services, health technology and total quality management. The results showed the importance of applying Lean methodologies in health services, for better patient care and better effectiveness of the services provided. The implementation of Lean Healthcare has the potential to improve care, administrative and bureaucratic processes. One of the key elements for the implementation of the Lean philosophy is the inter and multidisciplinary effort, it is up to the health manager to intervene and maintain, in a harmonious and focused way, the teams in a work of conquest and continuous improvement.

KEYWORDS: Quality in Health. Health technology. Lean Healthcare.

1 | INTRODUÇÃO

A *Lean* consiste em uma cultura de gestão eficiente, com foco na resolução de problemas, imprimindo valor e qualidade com a redução do desperdício e o menor custo possível. *Lean* além de ser considerada uma filosofia, é também uma metodologia que se aplica tanto de forma individual como em sociedade ou ambientes organizacionais (CAMPOS JUNIOR, 2019).

A filosofia *Lean* foi desenvolvida com a intenção de simplificar tarefas, reduzir desperdícios, facilitar o fluxo de processos e maximizar o valor do produto ou do serviço com foco no cliente. Prevê ainda uma análise sistemática e contínua de processos que são aplicáveis em serviços de saúde (*Lean Healthcare*) com o intuito de aumentar a satisfação e ganhar eficiência. Através da aplicação da *Lean Healthcare* é possível reduzir os custos e aumentar a produtividade utilizando os recursos de forma mais qualitativa e sustentável. Além disso, a *Lean Healthcare* tem como propósito oferecer serviços de qualidade, com segurança e preço justo para o cliente (CAMPOS JUNIOR, 2019).

Para implementar essa metodologia é preciso que haja a compreensão do uso efetivo das ferramentas adequadas e adaptáveis ao serviço, a fim de minimizar desperdícios, aumentar a produtividade e melhorar a lucratividade. Nesse sentido, é necessário a identificação do local que ocorrerá a implementação, bem como o seu mapeamento e a identificação de oportunidades de melhorias.

A *Lean Healthcare* auxilia os gestores de serviços de saúde através da aplicação de metodologias e ferramentas que o estimulam a criar ganhos em saúde, a eliminar as barreiras e situações que levam ao desperdício e desqualificação dos serviços, além de minimizar as ações que limitam a atuação profissional e a prestação de serviços de qualidade. Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivo discorrer sobre os desafios para a aplicabilidade da metodologia *Lean* nos serviços de saúde.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado através de uma revisão de literatura, de onde se extraiu, a partir da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados SciELO e LILACS, e do Google acadêmico, os estudos mais relevantes nesta temática. Os descritores utilizados foram: administração de serviços de saúde, tecnologia em saúde e gestão da qualidade total.

As pesquisas sobre o tema aconteceram no período de fevereiro a abril de 2022. Foram considerados como critérios de elegibilidade artigos completos, no idioma português, publicados no período de 2015 e 2021.

Foram excluídas as literaturas com mais de três anos de publicação e que não contribuísse diretamente para a pesquisa. Para a eleição do material foram analisados e selecionados com base nos títulos e posteriormente nos resumos, visando dialogar sobre a possibilidade de se utilizar a Metodologia *Lean* dos serviços de saúde. Por fim, foi realizada a análise dos dados coletados para a construção da fundamentação teórica e elaboração das considerações finais acerca do presente estudo, instituindo consenso com os objetivos fundamentados (Marconi & Lakatos, 2017). Para tal, foram analisadas e lidas na íntegra 42 obras, sendo eleitos nove de relevância para o desenvolvimento do tema.

3 | METODOLOGIA LEAN

A metodologia *Lean* é uma filosofia de gestão derivada do Sistema *Toyota*, amplamente aplicado na indústria e adaptado para a área da saúde com o objetivo de reduzir custos e otimizar recursos por meio de uma revisão de processos para gerar valor para o paciente (Fernandes *et al.*, 2020).

A metodologia *Lean* é considerada uma referência de modelo de gestão voltada ao alcance da segurança, da qualidade na assistência à saúde e da melhoria contínua dos processos. É um modelo de produção enxuta desenvolvido pela *Toyota Production*

System que busca melhorar a produtividade, reduzir custo e, para isso, utiliza determinadas ferramentas para atingir seu objetivo. A adaptação da *Lean* nos serviços de saúde tem evoluído e se tornado cada vez mais evidente como estratégia organizacional (Santos *et al.*, 2020; Braga *et al.*, 2021).

Lean é também uma filosofia que abrange um sistema integrado de princípios, práticas, ferramentas e técnicas focadas na redução do desperdício, na sincronização dos fluxos de trabalho e no gerenciamento de sua variabilidade. A aplicação dessa filosofia é uma alternativa inovadora para enxergar e resolver problemas através de suas causas profundas. Ela é utilizada para melhorar os serviços de saúde com foco na qualidade e segurança (Fernandes *et al.*, 2020; Braga *et al.*, 2021).

Fernandes *et al.* (2020) afirmam que a *Lean* não é simplesmente uma técnica de manufatura para redução de desperdícios e custos, mas uma filosofia que é aplicada em qualquer tipo de organização e que depende de vários fatores para o alcance de resultados satisfatórios. Esses mesmos autores ressaltam que as instituições de saúde são complexas e com muitos processos que podem ser aperfeiçoados com o uso das ferramentas propostas pela *Lean*.

Na opinião de Rocha *et al.* (2021) o pensamento *Lean* é uma forma diferente de raciocínio que se baseia no local de trabalho, onde se aprende a encontrar e enfrentar os problemas a serem resolvidos a partir das experiências diárias vivenciadas, envolvendo toda a equipe em experimentos práticos controlados, buscando a melhoria contínua.

Santos *et al.* (2020) defendem que a *Lean* é um estilo de liderança e um sistema de gerenciamento que investe no atendimento dos clientes, na redução de custos e tempo, gerando maior oportunidade de crescimento das organizações. Para eles, esse modelo sustenta o trabalho dos profissionais de saúde na medida em que reduz os obstáculos e favorece a concentração no cuidado.

Algumas das ferramentas e metodologias mais utilizadas pela filosofia *Lean* para ajudar a providenciar valor, eliminar desperdício e elevar o respeito pelo capital humano nas organizações, e que têm também sido aplicadas à Saúde, são, por exemplo, o *Gemba*, *Kaizen*, 5S, PDCA, DMAIC, Seis Sigma, *Poka-Yoke*, Gestão Visual, *Kanban*, *Just-in-time*, *Jidoka*, entre outras (Esteves, 2015).

Nesse sentido, ressalta-se a importância da aplicação de metodologias *Lean* em serviços de saúde, para uma melhor assistência ao paciente e melhor efetividade dos serviços prestados.

4 | APLICABILIDADE DA LEAN HEALTHCARE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

As instituições provedoras de assistência à saúde, particularmente as hospitalares, possuem um elevado custo dos serviços oferecidos, de maneira desproporcional em comparação com outros produtos e serviços. Neste sentido, a *Lean* atua para melhorar a

assistência prestada, reduzir o tempo de espera, custos e erros (Rocha *et al.*, 2021).

No Brasil, a *Lean Healthcare* é ainda pouco explorada. Considerando que o sistema de saúde brasileiro vive em crise, no qual os custos aumentam ano após ano e a receita se mantém praticamente estática ou até mesmo reduzida, faz-se necessário que os hospitais sejam eficientes para sobreviver. Nesse cenário, é preciso buscar metodologias, como a *Lean*, que possam auxiliar de forma geral na gestão hospitalar (Santos; Balsanelli, 2021).

Na opinião de Drei, Gutierrez e Meza (2021), o ambiente hospitalar é muito propício para incorporar a filosofia *Lean*. Nesse contexto, a maior sustentabilidade do método *Lean* está diretamente relacionada a implementações que envolvam todos os setores hospitalares e que tenham um caráter estratégico. No entanto, Santos e Balsanelli (2021) informam que por mais claros que sejam os benefícios, as informações sobre como aplicar a *Lean* na saúde requerem uma discussão mais aprofundada.

A introdução do pensamento *Lean* na saúde ocorreu de maneira estruturada e sistemática em 2006. Nesse ano, a *Lean Enterprise Academy* (LEA), uma organização da Grã-Bretanha, sem fins lucrativos, voltada para o estudo e a difusão do pensamento *Lean*, organizou o primeiro congresso sobre a aplicação de princípios *Lean* em serviços de saúde. Desde então, organizações de saúde estão adotando o pensamento *Lean* como uma estratégia para oferecer melhores cuidados em vários países (Magalhães *et al.*, 2016).

O conceito *Lean Healthcare* consiste no compromisso das pessoas envolvidas em uma cultura organizacional a fim de utilizar métodos científicos para planejar, executar e melhorar continuamente o ambiente de trabalho e serviço prestado, gerando mais valor ao paciente e reduzindo desperdícios do processo (Santos; Balsanelli, 2021).

Nessa perspectiva, a *Lean* está em constante crescimento dentro das instituições de saúde, uma vez que aspectos intrínsecos como o empoderamento da equipe e o conceito de melhoria contínua proporcionam melhor adaptação para a área da saúde (Rocha *et al.*, 2021).

Braga *et al.* (2021) afirmam que a metodologia *Lean* melhora a qualidade e segurança. Para esses autores, com o gerenciamento *Lean* pode-se observar significativa redução na duração de estadia e tempo de permanência dos pacientes e consequente diminuição do uso de medicamentos. Além disso, entre os benefícios deste processo estão a economia financeira, a redução de resíduos, melhorias no fluxo de trabalho e diminuição de requisitos pessoais, melhorando também a cultura de segurança.

De acordo com Magalhães *et al.* (2016), no serviço de saúde, os aspectos que o paciente valoriza são um atendimento cada vez melhor, seguro, rápido, qualificado e resolutivo, de acordo com as suas necessidades e objetivando à recuperação total do seu bem-estar. Diante disso, a Metodologia *Lean* consiste em um modelo de gestão que tem despontado como um referencial para o alcance da qualidade assistencial aliado a melhoria contínua dos processos.

Apesar da literatura sobre *Lean Healthcare* ser ampla e disponível, existem lacunas

sobre sua forma de implementação, o que dificulta o reconhecimento de quais as melhores técnicas ou os métodos de aplicação mais apropriados às características das operações de saúde (Santos; Balsanelli, 2021).

Sendo assim, Esteves (2015) afirma que um dos elementos chave para a implementação da filosofia *Lean* é o esforço inter e multidisciplinar, cabendo ao gestor em saúde auxiliar, intervir e manter de forma harmoniosa e focada, as equipes num trabalho de conquista e de melhoria contínua.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ante os estudos analisados, evidenciou-se a importância da aplicabilidade da Metodologia *Lean Healthcare*. Essa metodologia impacta na qualidade assistencial favorecendo melhorias no processo de gestão e consequentemente na segurança do paciente.

A metodologia *Lean* busca a identificação e a resolução dos problemas nas instituições, otimizando a utilização dos recursos, reduzindo o tempo e os desperdícios encontrados. Em sua aplicação, o processo prioriza a utilização dos recursos de maneira eficiente, orientada à potencialização dos resultados e o envolvimento das equipes em busca da melhoria contínua.

De acordo com os estudos analisados, a implementação da *Lean* nos serviços de saúde, apesar de ser um processo desafiador, demonstrou resultados positivos e de fácil implantação, evidenciando-se uma metodologia simples e viável, que se aplicada com as ferramentas adequadas, traz benefícios diretos e indiretos às instituições, profissionais e pacientes.

Entre os desafios encontrados para a implantação da *Lean*, são citadas as dificuldades em manter o apoio dos profissionais de saúde e das lideranças dos serviços de saúde e a falta de formação de gestores com visão da *Lean*. Além disso, sua implementação exige mudança na cultura organizacional.

Em suma, os estudos analisados demonstram que a aplicação da *Lean Healthcare*, possui potencial para melhorar os processos assistenciais, administrativos e burocráticos. Com a gestão voltada para a *Lean*, é possível melhorar a qualidade dos serviços, reduzindo os erros assistenciais e eventos adversos, aumentando a segurança ao garantir maior agilidade e eficiência dos processos. É possível também aumentar a produtividade, otimizar os recursos, diminuir custos e gastos indiretos e evitar desperdícios.

REFERÊNCIAS

BRAGA, F. C. S. A. G. *et al.* O Impacto da Metodologia Lean para melhorar a segurança do paciente nos hospitais. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, [S. l.], v. 10, n. 13, p. e441101321373, 2021. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/21373>>. Acesso em: 10 de mar. 2022.

CAMPOS JUNIOR, J. O. **Metodologia Lean Healthcare: vivências de gestores no contexto hospitalar**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, p. 140, 2019.

DREI, S. M.; GUTIERREZ, R. H.; MEZA, L. A. (2021). Proposta de aplicação do Lean Healthcare na padronização de processos de uma clínica médica de um hospital de médio porte utilizando o PMBoK. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 9, p. 87412-87429, 2021. Disponível em: <<https://brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/3565>>. Acesso em 19 de jan. 2022.

ESTEVES, R. J. B. S. **Aplicação de Metodologias Lean num Serviço de Saúde para a Melhoria da Assistência ao Doente Crítico e da Acessibilidade a Equipamentos de Suporte Vital**. Dissertação (Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde). Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade da Beira Interior. Covilhã, p. 140, 2015.

FERNANDES, H. M. L. G.; JESUS, M. V. N.; SILVA, D.; GUIRARDELLO, E. B. Lean Healthcare na perspectiva institucional, profissional e paciente: uma revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 41, e20190340, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/NXrNmFCz8cSkcswKH7XDBqt/?lang=pt#>>. Acesso em: 08 de jan. 2022.

MAGALHÃES, A. L. P., ERDMANN, A. L., SILVA, E. L., SANTOS, J. L. G. Lean thinking in health and nursing: an integrative literature review. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 24, e2734, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/v4YpttFQVZjsVQR3kX4TSWN/?lang=en>>. Acesso em 03 de mar. 2022.

ROCHA, D. O. *et al.* Impacto da Metodologia Lean na permanência dos pacientes de um pronto socorro. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 26, 2021. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/71970>>. Acesso em: 13 de fev. 2022.

SANTOS, L. M.; SILVINO, Z. R.; SOUZA, D. F.; MORAES, E. B.; SOUZA, C. J.; BALBINO, C. M. (2020). Applicability of lean methodology in the organization of health services: an integrative review. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 9, n. 7, e345974054. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/4054>>. Acesso em 12 de fev. 2022.

SANTOS, M. C.; BALSANELLI, A. P. Implementação do Lean Healthcare em serviços de saúde hospitalares. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, [S.l.], v. 15, n. 1, 2021. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/247422>>. Acesso em: 23 de mar. 2022.

PIONERISMO EM SAÚDE: UMA CONTRIBUIÇÃO A MEMÓRIA DA MATERNIDADE SÃO VICENTE EM TERESINA – PIAUÍ

Data de aceite: 01/08/2022

Data de submissão: 23/06/2022

Junio Rodrigues Costa Sousa

Bacharel em Medicina - UESPI; Especialista em Medicina de Família e Comunidade – Academia de Medicina Brasileira - AMB
Unidade Básica de Saúde Dr. Olavo Mendes Carvalho
União – Piauí, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/6915635766840246>

Jeane Sousa Santos

Graduação em Fisioterapia – AESPI;
Especialista em Dermato Funcional
UNINOVAFAPI
Hospital Plastmed
Teresina – Piauí, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/2333664479189070>

André Fernando de Souza Araújo

Graduação em Biomedicina; Especialista em Hematologia e Banco de Sangue
Faculdade Maurício de Nassau;
Hospital Getúlio Vargas
Teresina – Piauí, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/0590474640485158>

Cícero Rodrigues de Sousa Neto

Graduação em Enfermagem – NOVAFAPI,
Especialista em Programa Saúde da Família – UFPI
Águas e Esgotos do Piauí - AGESPISA
Teresina – Piauí, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/4768500301603504>

Maria Gardênia Sousa Batista

Bióloga - UESPI, Especialista em Saúde Pública – UNAERP
Profa. Dra. Universidade Estadual do Piauí - UESPI
Teresina – Piauí, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/118410980618896>
<https://orcid.org/0000-0001-8281-1277>

RESUMO: A Maternidade São Vicente, fundada em 02 de fevereiro de 1954, foi um dos marcos no pioneirismo em Saúde Coletiva em Teresina, Piauí. Fruto de árduo trabalho das Irmãs Filhas da Caridade de São Vicente de Paulo (Irmãs de Caridade), em consonância com o poder público e administradores em saúde na época com vistas a assistência à saúde e a formação das bases da cultura em Saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Maternidade São Vicente, Memória, Saúde, Teresina, Piauí.

PIONEERING IN HEALTH: A CONTRIBUTION TO THE MEMORY OF SÃO VICENTE MATERNITY IN TERESINA – PIAUÍ

ABSTRACT: The São Vicente Maternity Hospital, founded on February 2, 1954, was one of the milestones in the pioneering spirit of Public Health in Teresina, Piauí. Fruit of the hard work of the sisters Daughters of Charity of São Vicente de Paulo (Sisters of Charity), in line with the public power and health administrators at the time, with a view to health care and the formation of the bases of culture in Health.

KEYWORDS: São Vicente Maternity, Memory,

INTRODUÇÃO

O período após a Segunda Guerra Mundial, foi marcado pela reestruturação da economia ocidental, devastada pelos horrores da guerra. Tendo sido impulsionado pela ideia de cidadania e pelas pressões dos sindicatos trabalhistas por melhores condições, o Estado de Bem-Estar Social, também conhecido como Estado Providência, toma-se evidente pela responsabilidade e pela proteção social dos cidadãos e por grandes investimentos e obras, comprometendo-se a garantir educação pública, assistência à saúde, transporte, visando o bem-estar econômico e social da população (RODRIGUES, 2007).

Neste contexto foi fundada, em 1948, a Organização Mundial da Saúde (OMS), organismo internacional que iria criar uma definição de saúde que, ao tomá-la não só como ausência de doença, mas um completo bem-estar físico, psíquico e social, buscava superar a concepção biomédica utilizada até então (SOUZA e SILVA, 2019).

A condição de saúde pública no Brasil desde o período provincial até o republicano apresentava de forma precária. Os surtos de epidemias como varíola, febre amarela, cólera, sífilis etc., espalhavam-se por várias regiões atingindo sociedades paulistas, e especificamente teresinenses, dentre outras. Segundo os discursos de médicos sanitaristas do período, o país se caracterizava como um imenso hospital com seus respectivos enfermos, no qual o aspecto de insalubridade do meio ambiente era responsável pela proliferação das epidemias, ou seja, o meio influenciava e interagia sobre a saúde da população a partir do clima, do sol e da água.

A partir dessa política intervencionista foi possível rememorar as mudanças no cotidiano de algumas cidades, oriundas de normas e práticas de uma medicina social, voltada à higienização pública. Assim, os discursos sobre as políticas de saúde pública passaram a ser pensadas também como construção do espaço urbano. Isso porque, as propostas de modernização das cidades se realizaram através da urbanização que possibilitou o pensar, sentir e denunciar o urbano além de mudanças e tensões sociocultural de sociedades brasileiras na época. (SILVA, 2012).

Em meados da década de 1950, quando a presidência do Brasil era exercida pelo General Eurico Gaspar Dutra (1946-1950) e Getúlio Vargas (1950-1951), a política de saúde passou a atender às necessidades dos trabalhadores envolvidos com o processo de industrialização, criando os chamados *hospitais modernos*, tecnicamente mais sofisticados, os quais exigiam profissionais de saúde mais qualificados (VAGHETTI, 1998).

O saber de saúde desenvolveu-se no interior dos claustros, onde ajuntamentos religiosos, através dos séculos, os levaram a serem detentores deste conhecimento. As conferências religiosas exigiam a criação de hospitais perto a mosteiros e das igrejas dirigidas por religiosos, estes assumindo lideranças na gestão dos hospitais. A ausência

de indivíduos aptos a atuarem em tais ocupações provocou a aplicação por grupos que se doavam a servir e colaborar aos mais pobres e doentes. O surgimento das ordens religiosas, ao modo de ajuda e auxílio aos enfermos que não tinham a quem apelar em situações de graves males, ajudou a ação de saúde vislumbrada previamente como beatitude e sacerdotal, mas que conseguiu diferentes modelos e saberes, porém tais experiências ficaram limitadas (AGUIAR, 2022).

CAMINHO METODOLÓGICO

Este estudo constitui uma revisão da literatura. A pesquisa foi conduzida através de consulta a acervos bibliográficos e nas bases de dados eletrônicas SciELO e Google Scholar. A coleta de dados ocorreu entre março de 2022 a junho de 2022. Foi realizada a combinação de termos: “Maternidade São Vicente”, “Irmãs de Caridade”. Após a seleção, foi realizada a análise mais detalhada deles, visando realizar um levantamento sobre as abordagens de pesquisas que tratam da memória da Maternidade São Vicente, Teresina, Piauí. As etapas de trabalho da análise documental foram assim identificadas, conforme Gil (1991): determinação dos objetivos, elaboração do plano de trabalho, identificação das fontes, localização das fontes, compilação e organização do material, leitura, fichamento, análise, interpretação e redação final. Complementa o esquema de Gil, Duffy (2008), ao atentar para o tipo de abordagem do documento, que segundo sua explicação, neste estudo opta-se pela abordagem orientada para a fonte, na qual o pesquisador não dirige perguntas predeterminadas para as fontes, mas é conduzido pelo material que elas contêm. Só a análise do documento enquanto monumento permite a memória coletiva recuperá-lo e ao historiador usá-lo cientificamente, com pleno conhecimento de causa. (LE GOFF, 1994).

IRMÃS DE CARIDADE E O PIONERISMO NA SAÚDE COLETIVA

São Vicente de Paulo fundou a Confraria da Caridade, em *Châtillon-les Dombes*, cidade da diocese de Lião, reunindo oito senhoras para servir aos pobres doentes daquela localidade, socorrendo o corpo e alma:

“...ao corpo, alimentando-o e dando-lhe remédios, e, a alma, dispoño a bem morrer os que se aproximam da morte e a bem viver, quem se curar” (CUNHA, 1993).

Tendo sido oficialmente fundada em Paris, em 29 de novembro de 1633, com o surgimento da primeira Casa de Caridade. Conforme Antunes (1991), essa congregação diferia das ordens hospitalares medievais, pois não foi organizada de modo conventual, não possuía clausura nem mosteiro, sua atuação se pautava na execução das tarefas de enfermagem e de assistência espiritual. As Irmãs da Caridade percorriam as ruas das cidades e os atalhos das aldeias para socorrerem todos os que estavam em necessidade.

A Companhia das Filhas da Caridade, chegou no Brasil na cidade de Mariana em 1849, vindas de Paris, com a missão de amenizar as dores dos pobres, escravos e doentes deste território. Ao chegarem à referida cidade mineira, as Irmãs após conhecerem a população local, dedicaram-se a visitas aos pobres e ao cuidado dos doentes no Hospital Nossa Senhora das Vitórias. Posteriormente, fundaram a primeira casa das Filhas da Caridade no Brasil, a Casa da Providência, na qual residiam e fabricavam sabão líquido, sabonetes e brilhantinas cuja venda auxiliava na manutenção dos orfanatos (NÓBREGA-THERRIEN *et al.*, 2012).

No Nordeste do Brasil, o Estado do Ceará, recebeu as primeiras Filhas da Caridade de São Vicente de Paulo em Fortaleza, em 24 de julho de 1865. Posteriormente, as Irmãs foram responsáveis pela fundação do Colégio das Órfãs/Colégio da Imaculada Conceição (CIC), que na sua origem teve a dupla finalidade de abrigar e educar as inúmeras órfãs, em decorrência da cólera, moléstia que assolava o Ceará àquela época. As órfãs além do ensino formal, recebiam formação moral e religiosa, e desenvolviam habilidades manuais. Tendo a seguinte pedagogia:

"o ensinamento da piedade e da virtude, após isso, o aprendizado das diversas tarefas femininas, depois se ministrando os conhecimentos elementares indispensáveis para a cultura da época" (CAMPOS, 1999).

Em 29 de novembro de 1957, mediante o desenvolvimento da Companhia no Ceará foi institucionalizada a Província das Filhas da Caridade de São Vicente de Paulo de Fortaleza, em uma das dependências do colégio, que se responsabilizaria pelos assuntos da Companhia em todos os estados do Nordeste e nos territórios do Acre, Roraima, Amapá e Fernando de Noronha. A Província das Filhas da Caridade de São Vicente de Paulo de Fortaleza passou a administrar, especificamente, a Congregação em três estados da região Nordeste, sendo eles, Ceará, Piauí e Maranhão, e conjuntamente com as Províncias da Amazônia, Belo Horizonte, Recife, Curitiba e do Rio de Janeiro desenvolve ações de caridade pelo país. (REVISTA DO JUBILEU, 2007).

CONTRIBUIÇÃO A MEMÓRIA DA MATERNIDADE SÃO VICENTE EM TERESINA – PIAUÍ

No Brasil, com a chegada dos militares no poder, período este entendido entre 1964 e 1985, em que tal governo, havia estabelecido um sistema centralizador em associação aos Estados, este sistema financeiro era concentrador de produto o que criou o desenvolvimento das diferenças sociais e o público em geral foi privado dos direitos destas mudanças. Os problemas de saúde, caracterizados pela dificuldade socioeconômica e os problemas com doentes infectocontagiosos, trouxe a preocupação na época, da contribuição de interesses para o governo brasileiro, trouxe consigo, o apoio na criação de serviços públicos, do cuidado e da gestão, incluindo uma formação sanitária. Vale destacar que neste período

em Teresina, Piauí, já havia sido instituído a estruturação de esgotos sanitários (1894) e a instalação de luz elétrica em Teresina (1911). Ramos (2003), destaca que o atendimento médico era garantido graças a boa vontade e dedicação médica das irmãs de caridade e servidores, porém muito longe de atingir as reais condições para alcançar o desejado tratamento médico-hospitalar almejado pela população. Existiam pessoas que trabalhavam na área, mas que não estavam conformemente desenvolvidas e aptas para a prática de objetivos destes recursos assistenciais.

As Irmãs de Caridade São Vicente de Paulo, que faziam assistência aos enfermos nos Hospitais, eram imbuídas e ficavam unidas no objetivo de contribuir com a minimização do pesar de pessoas carentes e que necessitavam de ajuda por situação de seus problemas.

As irmãs que vieram para Teresina, Piauí, chegaram com o intuito de construir e melhorar esta assistência à saúde prestada à época. Sendo responsáveis pelo exercício no ambiente administrativo, destacando a compromisso da higiene e limpeza hospitalar. Elas, aprimoraram a sistema hospitalar, diferenciando leitos e instituindo os distintos cuidados de limpeza, conforme procedimentos adquiridos nos hospitais franceses.

No governo do médico e professor Leônidas de Castro Melo, vocacionado pelas práticas de saúde pública, o então governador do Piauí, e médico, criou em 14 de julho de 1937, o Hospital Getúlio Vargas. Nesta época havia um acordo de contrato entre o Governo e o Palácio Episcopal para a atuação da Congregação na gestão do Hospital, direção esta que seria feita pelas religiosas, no atendimento de Enfermagem, tal como no campo oficial que continha as atividades de roupa, cuidado hospitalar e verificação de equipamentos e medicações. Enquanto a implantação do Hospital foi elaborada, desenvolvida e regulada uma área especial para que as Irmãs ficassem no Hospital e que usaria de residência para elas. O Hospital Getúlio Vargas, conhecido pela sigla HGV, não possuía setores específicos para internação de moléstias infecciosas, como o tifo e a tuberculose tão presentes na época o que caracterizava um grande problema de controle de infecção hospitalar. Não existia na estrutura deste Hospital uma ala específica para a obstetrícia, não havia um pavilhão próprio em que funcionasse a maternidade. As enfermarias estavam destinadas aos espaços de obstetrícia, pediatria, tisiologia, urologia, dermatologia, doenças infectocontagiosas meio outras moléstias.

Foi então, que na década de 1950, o diretor do Hospital Getúlio Vargas, o médico obstetra, professor da Universidade Federal do Piauí – UFPI, Ursulino Veloso de Souza Martins, estava certo de que a obstetrícia que ainda funcionava no HGV deveria ser ampliada e não havia espaço para que esta estruturação fosse realizada, então, pleiteou junto ao governador em exercício, Pedro de Almendra Freitas, a construção de uma maternidade, com a participação das Irmãs de Caridade no local, sediada, onde hoje funciona o Ambulatório Lineu Araújo em Teresina. Neste local, antes do início da Maternidade, funcionava o Departamento Nacional da Criança, local no que se pretendia instalar um Hospital para o tratamento de crianças. Dr. Ursulino Martins, presidente do

Instituto de Assistência Hospitalar do Estado e diretor do Hospital Getúlio Vargas estava convencido de que o trabalho de obstetrícia deste hospital devia ser ampliado e conseguiu junto ao governador em exercício na época que fosse criada a Maternidade São Vicente, após as mudanças apropriadas, direcionando o serviço nesta ocasião. Sendo inaugurada em 02 de fevereiro de 1954, com o nome de Maternidade São Vicente, contribuindo para o aperfeiçoamento e crescimento na área de obstetrícia e nos cuidados assistenciais de Enfermagem prestados à mulher e à criança (RAMOS, 2003).

Na ocasião, a responsabilidade foi direcionada para a Congregação Irmãs Filhas da Caridade de São Vicente de Paulo (Irmãs de Caridade) que, além de prestar a assistência, vinham instituindo um trabalho de formação profissional do pessoal de Enfermagem (NOGUEIRA, 1996).

A contribuição das Irmãs na institucionalização da Maternidade São Vicente, foi marcada não só pelos avanços decorrentes da atividade de Enfermagem, mas sobretudo devido ao caráter formador e a inserção de mulheres ao espaço público como trabalhadoras, protagonizando o sexo feminino, que ao contrário de um passado vivenciado pela imposição do cuidado, trouxe condições ao direito das mulheres na posição hierárquica e iguais obras. Priorizaram a capacitação do pessoal, realizando treinamentos como forma de minimizar alguns problemas relacionados à assistência de enfermagem à clientela, de acordo com o diagnóstico feito por elas. Esse treinamento continha alguns conteúdos relacionados a ações básicas de enfermagem, até então desconhecidas pelas atendentes que ali trabalhavam, como também recebiam instruções no turno de trabalho escola (VILAR, BORGES, SANTOS, 2008).

As irmãs de Caridade tinham preocupações em Enfermagem, contudo traziam conhecimento na filosofia de Nightingale que apontavam as bases humanísticas da enfermagem enfatizadas pela ideia holística que idealiza o ser humano como um mundo, *“A disciplina é a essência do treinamento”*, dizia Florence Nightingale. considerando que essa educação é constituída pelo caráter regular, e o valor do conceito estabelecido, onde a experiência prática é fundamental, porém, não basta. Entendendo a saúde-doença como processo, interrelacionado ao meio-ambiente, externo e interno do ser humano Florence, à sua época, estabelece uma abordagem humanista e globalizante de assistir o ser humano (BOCK, et al., 2009).

Destacamos que o conhecimento é um processo coletivo, possibilitado pela interação e traduções de outros estilos de pensamento. Florence, compõe um estilo de pensamento caracterizado por atividades normativas reveladas no treinamento como rigidez da disciplina (moral, espacial, corporal) e obediência à hierarquia. As práticas são derivadas do cuidado ao paciente e na administração dos hospitais. As condições em que Florence constrói um estilo de pensamento, demarcando o despertar da utilização de normas, rotinas e regulamentos, e o uso de métodos e ferramentas, que estavam alicerçados em procedimentos técnicos e de treinamento, assumindo assim uma postura revolucionária a

época e de comum acordo com as concepções humanísticas (BACKES, 1999).

As irmãs, eram mulheres atemporais que, trabalhavam à frente, na administração, mas também da formação não só em Enfermagem, mas também na profissionalização de serviços auxiliares como limpeza, nutrição, farmácia, costuraria entre outros serviços, incluindo também a conservação de atos religiosos.

Irmã Catarina Cola, por exemplo, tinham a finalidade de gerar uma Escola de Enfermagem, mas também de selecionar e instruir forças trabalhadoras. Irmã Catarina e Irmã Filomena Leles Camello, agregou em seu quadro funcionárias artesãs no intuito de produzir artefatos, institucionalizando assim a costuraria, a fim de confeccionar máscaras, jalecos, aventais, toucas cirúrgicas e outros acessórios, paramentos e utensílios hospitalares como lençóis, confeccionados à mão ou em máquinas de costura a pedal. No quadro da costuraria temos o relato de dona Maria da Conceição Souza e dona Ana Rosa, que ingressaram no serviço público através da escolha das irmãs, onde as candidatas eram selecionadas através de minuciosos fatores, sendo assim caracterizados pelas possibilidades de ensino e observação por parte das irmãs se tinham características de atenderem a um ensino profundo, caracterizado por uma dupla jornada de trabalho, onde além de prestar serviços participavam de qualificação para o aperfeiçoamento na atividade profissional, além da observância de requisitos de valores morais (MARINELI, 2021).

Diante desta trajetória, vimos que as Irmãs da Caridade Filhas de São Vicente atuaram de maneira significativa no campo educacional e profissional na criação da Maternidade São Vicente em Teresina, Piauí, ao administrarem e formarem com uma visão direcionada especificamente à qualificação feminina. Percebemos também, que num contexto agressivo, constantemente abalado pelas intempéries da seca, a atuação das Irmãs da Caridade Filhas de São Vicente no campo educacional também se caracterizou pelo aspecto assistencialista, pois nos mesmos alicerces em que se constituía a formação educacional da mulher também se abrigava as órfãs e oferecendo auxílio às viúvas, prestando assistência àqueles que mais precisavam de proteção humana.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Lembrar é reler, recriar, reconhecer e, sobretudo resgatar. O olhar do velho em direção ao jovem é o olhar do historiador em direção ao passado, ambos fazem a releitura em busca de uma nova inserção no tempo.

(Cavalheiro, 2006)

A Maternidade São Vicente, foi um marco histórico na saúde pública do Piauí, especialmente pelo seu pioneirismo, e a influência religiosa das Irmãs da Caridade Filhas de São Vicente, na sua criação e gestão.

Neste Cenário atual, onde vislumbramos a implantação de uma nova maternidade, projetada como um dos hospitais mais modernos do Nordeste e do Brasil, para trabalhar a

saúde da mulher e do bebê, sendo considerada a maior obra de saúde pública do Piauí nos últimos 50 anos, por ser uma obra grande em volume de recursos, valores investidos, mas também pela importância em salvar vidas.

Enfatizamos aqui a necessária e devida atenção para as lembranças que sinalizam a historicidade, pois recuperar o passado através da memória dos velhos significa compreendê-lo e analisá-lo através do resgate das obscurecidas significações que não chegaram a ser expressas.

Espera-se que a nova maternidade seja uma referência, não só para o Piauí, mas para toda a região Meio Norte, até para o Nordeste, pelo padrão de qualidade, que terá tudo de mais moderno para dar essa segurança para as mães e bebês, segundo o plano governamental.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, T. O. S. O ensino da arte de cuidar: a escola Irmã Maria Antonieta Blanchot e a formação de auxiliares e técnicos em enfermagem em Teresina (1958 a 1984). Disponível em: <https://monografias.brasilecola.uol.com.br/enfermagem/o-ensino-arte-cuidar-escola-irma-maria-antonieta-blanchot-formacao.htm>. Acesso: 15 maio 2022.

BACKES, V. M. S., O legado histórico do modelo Nightingale: seu estilo de pensamento e sua práxis. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, 52 (2). Jun 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71671999000200012>. Acesso em 23 março 2022.

BOCK, L. F., COSTA, R., PADILHA, M. I., AMANTE, L.N., COSTA, E., O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 18(4): 661-9. Out-dez 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/ntxb8WhXpNLpn4DC9ZQv8Pd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 15 abril 2022.

CAMPOS, Gerardo José. **Colégio da Imaculada Conceição: da gênese ao apocalipse**. Fortaleza: Tipogresso, 1999. 458p.

CAVALHEIRO, M. E.; As Contribuições dos Estudos sobre Memória e História Oral no Mundo Acadêmico e na Sociedade. **Revista Práxis**, v.1, jan-jun, pp. 33-39,2006. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=525552614006>. Acesso em 24 maio 2022.

CUNHA, L., **A Companhia das Filhas da Caridade nas Origens: Documentos** (1617-1660). 1993.

DUFFY, B., Análise de Evidências Documentais. In: BELL, Judith. **Projeto de Pesquisa: guia para pesquisadores iniciantes em educação, saúde e ciências sociais**. 4ªEd. Porto Alegre; Artmed, 2008. p. 107-118.

GIL, A.C., **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991. 159p.

LE GOFF, J., Documento/Monumento. **História e Memória**. 3ªed. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 1994. p. 535-549.

MARINELI, N. P.; AMORIM, M. L.; SILVA RÊGO, N. C.; MOURA, M. da C. O. F.; LOPES, K. F. A.; ALBUQUERQUE, L. P. A.; ROSS, J. R.; PEREIRA, E. S.; Profissionalização da enfermagem no Piauí: abordagem sócio-histórica. **International Journal of Development Research**, 11, (03), 45388-45391. 2021. Disponível em: <https://www.journalijdr.com/sites/default/files/issue-pdf/21388.pdf>. Acesso em junho de 2022.

NÓBREGA-TERRIEN, S.M., ALMEIDA, M.I., MENDES, E. T. B., PAIVA, T.N., ROCHA, A. V. S., FERREIRA, R. S., Contribuição das Irmãs da Caridade na assistência à saúde e no desenvolvimento da enfermagem no Ceará. In: Encontro Internacional de História, Memória, Oralidade e Culturas, 1., 3 a 6 set. 2012, Fortaleza. **Anais ...** Fortaleza: 2012. Disponível em: <http://www.uece.br/eventos/encontrointernacionalmahis/>. Acesso em junho de 2022.

RAMOS, F.F., **Memorial do Hospital Getúlio Vargas: Contexto histórico- político socioeconômico e cultural**. Teresina: Gráfica do povo, 2003.

REVISTA DO JUBILEU Ed Comemorativa: 50 anos de “idas e vindas” (1957 a 2007) Província de Fortaleza – Filhas da Caridade de S Vicente de Paulo. 31 de janeiro de 2007. 158 p.

RODRIGUES, I. J.; LIMA, J. C. Os sindicatos na sociedade contemporânea. **Cienc. Cult.**, São Paulo, v. 59, n. 2, p. 4-5, junho 2007. Disponível em: http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000967252007000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 abril 2022.

SILVA, I.M., Hospital Getúlio Vargas: a atuação da política de saúde pública em Teresina, 1937-1945. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL HISTÓRIA E HISTORIOGRAFIA, 3.; SEMINÁRIO DE PESQUISA DO DEPARTAMENTO DE HISTÓRIA DA UFC, 10., 1-3 out. 2012, Fortaleza. **Anais...** Fortaleza: Expressão Gráfica; Wave Media, 2012. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/43029>. Acesso em 10 abril 2022.

SOUZA e SILVA, M. J.; SCHRAIBER, L. B.; MOTA, A. O conceito de saúde na Saúde Coletiva: contribuições a partir da crítica social e histórica da produção científica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29(1), e290102, 2019. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/physis/2019.v29n1/e290102/pt>. Acesso em 24 março 2022.

VAGHETTI, H., Vaz, M.R.C. Década de 40 - uma reflexão sobre o contexto socioeconômico e político brasileiro e sua influência na enfermagem. **Texto & contexto enferm.** jan; 7(1): 9-26. 1998

VILAR, B.M., BORGES, L.D.V.N.M., Santos, A.M.R., Escola Maria Antoinette Blanchot e a institucionalização do ensino auxiliar de enfermagem no Piauí. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 5, p. 647-52, 2008.

TÉCNICOS EM ENFERMAGEM: DESAFIOS E PERSPECTIVAS DO PRIMEIRO EMPREGO

Data de aceite: 01/08/2022

Sandra Maria de Mello Cardoso

Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho. Docente do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Farroupilha/ Campus Santo Ângelo Santo Ângelo, Rio Grande do Sul, Brasil

Lucimara Sonaglio Rocha

Doutorado em Enfermagem. Docente do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Farroupilha/ Campus Santo Ângelo Santo Ângelo, Rio Grande do Sul, Brasil

Andressa Peripolli Rodrigues

Doutorado em Pós-Graduação em Enfermagem. Docente do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Farroupilha/ Campus Santo Ângelo Santo Ângelo, Rio Grande do Sul, Brasil

Gisele Schliotefeldt Siniak

Mestranda em Ensino Científico e Tecnológico. Docente do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Farroupilha/ Campus Santo Ângelo Santo Ângelo, Rio Grande do Sul, Brasil

Suzete Maria Liques

Mestranda em Ensino Científico e Tecnológico. Gerente da enfermagem do Hospital Santo Ângelo/RS

Heron da Silva Mousquer

Especialista em Enfermagem do Trabalho e MBA em gestão hospitalar. Responsável técnico do SAMU de Entre-Ijuís/RS

Cristiane Dias Soares

Estudante do Curso Superior de Tecnologia em Estética e Cosmética do Instituto Federal Farroupilha, campus Santo Ângelo/RS

RESUMO: Não existem estratégias de acompanhamento, dos alunos do Curso Técnico em Enfermagem após a conclusão do curso no Instituto Federal Farroupilha campus Santo Ângelo/RS (IFFAR). O objetivo específico da pesquisa foi descrever as dificuldades e facilidades enfrentadas pelos técnicos de enfermagem, egressos do Curso Técnico em Enfermagem do IFFAR, em início de carreira e tem como objetivo geral identificar as qualificações necessárias ao trabalho do técnico de enfermagem, egressos do Curso Técnico em Enfermagem do IFFAR. Foi uma pesquisa com abordagem qualitativa e descritiva. Os participantes foram egressos do Curso Técnico em Enfermagem do IFFAR, que estejam trabalhando nos ambientes de saúde do município, seja hospitalar, rede básica ou Instituições de Longa Permanência. A coleta de dados foi realizada no primeiro semestre de 2019, após aprovação do Comitê de ética em Pesquisa. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas e foram realizadas em locais reservados. Para respeitar o anonimato dos sujeitos participantes, esses foram identificados pela letra E (entrevistado) seguida por numeração, conforme a ordem de realização das entrevistas. As novidades tecnológicas impactam nas ações de cuidados e por isso os profissionais da saúde necessitam incorporar essas transformações com o intuito de

qualificar e humanizar o trabalho em saúde, através de capacitações ou treinamentos.

PALAVRAS-CHAVE: Egressos, saúde, educação.

NURSING TECHNICIANS: CHALLENGES AND PERSPECTIVES FOR THE FIRST JOB

ABSTRACT: There are no follow-up strategies for students on the Technical Nursing Course after completing the course at Instituto Federal Farroupilha campus Santo Ângelo / RS (IFFAR). The specific objective of the research was to describe the difficulties and facilities faced by nursing technicians, graduates of the IFFAR Nursing Technical Course, at the beginning of their careers and its general objective is to identify the qualifications necessary for the work of the nursing technician, graduates of the Technical Course in Nursing at IFFAR. It was a research with a qualitative and descriptive approach. The participants were graduates of the Technical Course in Nursing at IFFAR, who are working in the health environments of the municipality, whether hospital, basic network or Long-Term Institutions. Data collection was carried out in the first half of 2019, after approval by the Research Ethics Committee. The data were collected through semi-structured interviews and were carried out in reserved places. To respect the anonymity of the participating subjects, they were identified by the letter E (interviewee) followed by numbering, according to the order of the interviews. Technological innovations have an impact on care actions and, therefore, health professionals need to incorporate these transformations in order to qualify and humanize health work, through training or training.

KEYWORDS: Graduates, health, education.

TÉCNICOS DE ENFERMERÍA: RETOS Y PERSPECTIVAS PARA EL PRIMER TRABAJO

RESUMEN: No existen estrategias de seguimiento para los estudiantes del Curso Técnico de Enfermería después de completar el curso en el Instituto Federal Farroupilha campus Santo Ângelo / RS (IFFAR). El objetivo específico de la investigación fue describir las dificultades y facilidades que enfrentan los técnicos de enfermería, egresados del Curso Técnico de Enfermería IFFAR, al inicio de sus carreras y su objetivo general es identificar las calificaciones necesarias para el trabajo del técnico de enfermería, egresados del Curso Técnico en Enfermería de IFFAR. Fue una investigación con enfoque cualitativo y descriptivo. Los participantes fueron egresados del Curso Técnico en Enfermería del IFFAR, quienes se encuentran trabajando en los ambientes de salud del municipio, ya sea hospitalario, red básica o Instituciones de Larga Duración. La recolección de datos se realizó en el primer semestre de 2019, previa aprobación por parte del Comité de Ética en Investigación. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas semiestructuradas y se llevaron a cabo en lugares reservados. Para respetar el anonimato de los sujetos participantes, fueron identificados por la letra E (entrevistado) seguida de numeración, según el orden de las entrevistas. Las innovaciones tecnológicas inciden en las acciones asistenciales y, por tanto, los profesionales de la salud necesitan incorporar estas transformaciones para capacitar y humanizar el trabajo en salud, a través de la formación o la formación.

PALABRAS CLAVE: Egresados, salud, educación.

1 | INTRODUÇÃO

Segundo o Projeto Pedagógico do Curso Técnico em Enfermagem Subsequente, campus Santo Ângelo (2016)¹, em 2008, com a Lei N° 11.892 foi instituído a Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica e criou os Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia², com a possibilidade da oferta de educação superior, básica e profissional, pluricurricular e multicampi, especializada na oferta de educação profissional técnica e tecnológica nas diferentes modalidades de ensino, bem como, na formação de docentes para a Educação Básica, comprometida com as realidades locais. Os Institutos Federais possuem autonomia administrativa, patrimonial, financeira e didático pedagógica.

A educação se torna, a cada dia, mais decisória para a inserção dos jovens e adultos no mundo produtivo. No entanto, as instituições privadas de ensino nos últimos 40 anos, centralizaram a formação de profissionais da saúde³. Mas, em 2017, após o período mais intenso da expansão da Rede Federal, o curso técnico de enfermagem estava presente em 16 estados, mantendo Minas Gerais na liderança, com a oferta em 10 unidades. Regionalmente, o Sudeste com 12 unidades, o Nordeste com 11 unidades e possuem o maior quantitativo, enquanto o Centro-Oeste, e conta com duas unidades e, é a região com o menor índice de oferta do curso técnico de enfermagem pela Rede Federal.

Em 2013, segundo o Projeto Pedagógico do Curso Técnico em Enfermagem Subsequente, campus Santo Ângelo (2016)¹, foi criado o Campus Santo Ângelo e em 2015 oferece pela primeira vez o Curso Técnico em Enfermagem, com o objetivo de formar profissionais capacitados para atender indivíduos, famílias e comunidade em todos os níveis de atenção, primando pela promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde.

O Curso Técnico em Enfermagem surgiu legalmente com a Lei 5.692/74⁴, onde fixa as Diretrizes e Bases para o ensino de primeiro e segundo graus, o qual passa a integrar-se no Sistema Educacional do país em nível de segundo grau, e foi regulamentado pela Resolução n.º 07/77 do Conselho Federal de Educação⁵. Numerosos cursos foram implantados, ao longo dos tempos, em todo país. Atualmente, sabe-se que a Enfermagem é composta por três categorias profissionais, formada por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. O técnico de enfermagem (TE) possui entre as suas atribuições participar da programação da assistência de Enfermagem; realização dos cuidados de enfermagem prescritos; prestar assistência de enfermagem em serviços de proteção, de recuperação e de reabilitação da saúde, de acordo com o plano estabelecido, ministrar medicamentos; observar e registrar sinais e sintomas apresentados pelo paciente; colher material para exames de laboratórios; fazer registro das atividades executadas; aplicar imunizantes; realizar orientação individual e a grupos da comunidade sobre assuntos de saúde; executar atividades de apoio, tais como: preparo de ambiente e disposição do material para exames, tratamentos, intervenções cirúrgicas e atendimento obstétrico, entre outros.

Em março de 2015, em Santo Ângelo/RS, iniciou o Curso Técnico em Enfermagem no IFFAR¹, sendo que na cidade é o único que oferece o curso de forma totalmente gratuita. Tem duração de dois anos divididos em quatro semestres. O ingresso da primeira turma aconteceu através de prova e teve, em torno de 400 inscritos. No ano seguinte o ingresso se deu através do Exame Nacional de Ensino Médio (ENEM), como muitos inscritos. Em 2021 o processo seletivo contou com 476 inscritos, superando as inscrições de todos os outros cursos oferecidos pela instituição. As aulas são ministradas no turno da noite enquanto que os estágios curriculares supervisionados obrigatórios são oferecidos no turno da manhã. No entanto, não existem estratégias de acompanhamento, desses alunos após a conclusão do curso. Não se sabe como eles estão atuando no mercado de trabalho, quais são suas dificuldades e os seus desafios no seu primeiro emprego, bem como não se sabe de suas perspectivas para o futuro. Assim, a pesquisa tem com objetivo específico descrever as dificuldades e facilidades enfrentadas pelos técnicos de enfermagem em início de carreira e tem como objetivo geral identificar as qualificações necessárias ao trabalho do técnico de enfermagem, egressos do Curso Técnico em Enfermagem do IFFAR, campus Santo Ângelo/RS. Não há acompanhamento, por parte da instituição, dos seus egressos, sendo que é uma etapa importante na avaliação da formação do profissional. Diante disso essa pesquisa se justifica.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa e descritiva⁶, realizada em ambientes de saúde do município de Santo Ângelo/RS. Os participantes foram egressos do Curso Técnica em Enfermagem do IFFAR, campus de Santo Ângelo/RS, que estejam trabalhando nos setores de saúde do município, seja na rede hospitalar, na rede básica ou em Instituições de Longa Permanência. O acesso com os egressos ocorreu através do contato com o departamento de pessoal dessas instituições de saúde com o intuito de saber se havia egressos do Curso Técnico em Enfermagem do IFFAR nos seus quadros de serviços e somente aconteceu após ser firmada a declaração das entidades coparticipantes. Foram considerados como critérios de inclusão: ser egresso do IFFAR, campus de Santo Ângelo/RS vinculado a uma das instituições. Como exclusão: estar afastado no período de coleta de dados. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas e foram realizadas em locais reservados. Para respeitar o anonimato dos sujeitos participantes, esses foram identificados pela letra E (entrevistado) seguido pela numeração (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10), conforme a ordem de realização das entrevistas. A análise dos dados foi mediante análise do conteúdo das falas dos sujeitos.

Para o desenvolvimento desta pesquisa foram respeitadas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa com seres humanos, conforme Resolução 466/ 12 do Conselho Nacional de Saúde⁷. Os sujeitos foram informados do objetivo do estudo, bem

como o direito a participar ou não da presente pesquisa, e livre decisão de desistir se assim o desejar, não resultando de sua participação ou recusa, nenhum risco a sua condição de participante da pesquisa. Foi apresentado aos sujeitos antes de participar do estudo, um Termo Consentimento Livre e Esclarecido, sobre o objetivo da realização da pesquisa e foi encaminhada ao secretário municipal de saúde, aos diretores dos hospitais e as Instituições de Longa Permanência a Declaração Da Instituição Coparticipante solicitando autorização para realização da mesma. Os dados só foram coletados após a aprovação pelo Comitê de Ética do Instituto Federal Farroupilha, sob parecer nº 3.146.460.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

A idade dos participantes variou entre 25 e 52 anos, sendo que a idade da maioria (8) ficou entre 32 e 43 anos. Nove são do sexo feminino. Um mês após se formar, um dos entrevistados já estava atuando e os demais conseguiram se inserir no mercado de trabalho depois de 5 a 6 meses após concluir o curso. Seis deles são da primeira e segunda turma formada pelo Curso Técnico em Enfermagem do IFFAR e os demais das turmas posteriores. Desses dez participantes, oito atuam na rede hospitalar e dois na rede básica de saúde.

A seguir serão expostas as categorias obtidas no estudo bem como será realizada a discussão com a literatura.

3.1 Dificuldades no primeiro emprego

A conclusão do curso técnico de enfermagem vem com a preocupação da inserção no mercado de trabalho. No cenário nacional, a participação dos enfermeiros na equipe de enfermagem corresponde a 23% e auxiliares e técnicos, 77%³.

O desafio do primeiro emprego é algo que todo o profissional enfrenta nos primeiros meses de exercício da profissão, pois precisa se adaptar as novas situações que surgem como, por exemplo, ter que aprender ou reaprender serviços técnicos de enfermagem conforme previsto na Lei 7.498/86 regulamenta o Exercício de Enfermagem⁸, necessidade de ser apoiado, aceito e respeitado pela equipe são elementos presentes na adaptação ao primeiro emprego dos profissionais⁹. Essas situações podem ser vivenciadas nas seguintes falas:

“Nas primeiras semanas a dificuldade de aprender a rotina da instituição e de me “soltar” pois a gente não tem muita segurança no primeiro emprego [...]” (E2)

“Dificuldade de assimilar muitas coisas novas ao mesmo tempo.” (E1)

A enfermagem desenvolve suas atividades em um contexto em que as mudanças acontecem continuamente, principalmente quando relacionadas aos novos processos terapêuticos que surgem constantemente, bem como o uso de inovações tecnológicas na prestação de serviços¹⁰. Esse cenário agregado à necessidade de ter que superar as lacunas entre o aprendido na escola e as demandas da prática geram os desafios e as

dificuldades para enfrentar as situações:

“A adaptação, dificuldade de executar alguns procedimentos, que durante os estágios não tive a oportunidade de presenciar [...]” (E4)

“Prática que faltei na sala de aula.” (E5)

“Punção venosa [...]” (E6, E7)

“Administração de medicamentos.” (E9, E2)

“Aspirar o paciente pela traqueostomia [...]” (E10)

A experiência do primeiro emprego pode significar como um desafio ou uma ameaça, pois além da insegurança de realizar os procedimentos sem o apoio ou supervisão de um professor, ou realizar outros que nunca tiveram oportunidade de realizar durante os estágios curriculares supervisionados obrigatórios, surgem novas demandas e tecnologias diferentes que geram estresse, até que o profissional adquira segurança no desempenho de suas atividades:

“Dificuldade de execução de técnicas aprendidas e praticadas durante os estágios [...]” (E1)

De acordo com o Projeto Pedagógico do Curso Técnico em Enfermagem Subsequente¹ o estágio curricular obrigatório é um dos mais importantes módulos de formação do Técnico em Enfermagem para a conclusão do curso. E, muitas vezes, é facilitador da inserção do aluno, futuro profissional, no mercado de trabalho. Tem como objetivo preparar o discente para o exercício profissional competente, vivenciado em situações reais de trabalho. Esse estágio permite ao estudante uma oportunidade de se autodescobrir como profissional, de conviver com outros colegas de profissão, de vivenciar habilidades como responsabilidades que lhes são conferidas, bem como favorece para o crescimento de competências transversais (responsabilidade, autonomia e segurança) ao discente técnico em enfermagem¹¹. Ao mesmo tempo, durante esses períodos de práticas junto às instituições de saúde, permite ao educando se integrar com os profissionais já inseridos no trabalho, construindo uma relação ética, baseada no respeito mútuo para a assistência e ações de prevenção e promoção da saúde:

“Diluição dos medicamentos, mas a medida que vai praticando vai se adequando a rotina na unidade e ainda mais com a ajuda dos colegas, vai evoluindo.” (E3)

No entanto, como esses profissionais encaram essas situações no primeiro emprego, ou seja, se terão capacidade de se recobrar facilmente ou se adaptar às mudanças, irá repercutir no enfrentamento das dificuldades.

3.2 Ampliação dos conhecimentos

Na área da saúde, cursos de especialização ou capacitação para técnico de enfermagem permitem não somente uma reciclagem, mas uma qualificação a mais. Nessa área, em que as novidades estão sempre surgindo, o estudo deve ser constante para que o técnico possa estar a par de tudo o que acontece em seu ramo de atuação. Fazer um curso

de especialização ou capacitação abrirá novas portas, oferecendo a ele novas experiências e oportunidades de trabalho.

Em virtude de novos protocolos e novas tecnologias que surgem no cotidiano do profissional técnico em enfermagem, existe a necessidade de capacitação técnica, capaz de resolver problemas, proporcionar iniciativa, criatividade, comunicação, aceitação da competitividade, do trabalho compartilhado e do trabalho em equipe¹². Assim, o educando pode ser estimulado a melhorar suas habilidades e competências no processo de cuidar.

No entanto, o conceito de educação não pode ser restringido somente à transferência de conhecimentos, mas principalmente ser mecanismo de conscientização¹³. Nos serviços de saúde, o trabalhador deve se aprimorar constantemente, com o intuito de melhorar a qualidade da assistência prestada, devido a novos protocolos que surgem e de novas práticas de atendimento.

Nessa pesquisa, todos os entrevistados colocaram sobre a importância de fazer alguma capacitação para ajudar a enfrentar as dificuldades no trabalho:

“Gostaria de fazer cursos relacionados a minha área, quanto mais aprendizado e conhecimento melhor.” (E1)

“Gostaria de me atualizar [...]” (E8)

“Nessa área estar sempre atualizado é fundamental [...]” (E6)

“Sempre tem que se atualizar.” (E9)

Seis entrevistados colocaram a necessidade de fazer capacitação em Parada Cardiorespiratória (PCR):

“Principalmente atualizar-se em uma situação de PCR, sendo muito importante o treinamento contínuo e teria que ser obrigatório [...]” (E4)

“Aulas práticas de primeiros socorros e RCP.” (E7)

“Desenvolver capacitação em relação à RCP [...]” (E5)

“Capacitação e treinamento em RCP.” (E3, E10)

“RCP e carrinho de emergência.” (E8)

A Parada cardiorrespiratória (PCR) é uma condição clínica de emergência que pode levar ao óbito se não revertida rapidamente. Trata-se de uma alteração na função elétrica do coração e assim bombeia sangue de maneira insuficiente, causando uma fibrilação ventricular, taquicardia ventricular, assistolia e atividade elétrica sem pulso¹³.

A American Heart Association (AHA)¹⁴, a cada cinco anos publica novas recomendações das Diretrizes para Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) e Atendimento Cardiovascular de Emergência (ACE), tanto para leigos quanto para profissionais da saúde. A última publicação ocorreu em 2020, e por isso a importância das equipes de saúde tomar conhecimento e se capacitarem acerca do tema, para que possam se manter constantemente atualizados.

Como todos os entrevistados se formaram após 2015 e antes de 2019, é natural que os mesmos perceberam que não estão a par dessas novas diretrizes de 2020, até porque

a AHA já em 2019 apresentou algumas mudanças. Salienta-se, pela AHA, a necessidade do treinamento em PCR/RCP utilizando as tecnologias, visando ao processo de formação adequado.

As práticas contempladas nos estágios supervisionadas e aulas práticas no laboratório de enfermagem, oferecidas no curso técnico de enfermagem do IFFAR, são extremamente importantes no sentido de preparar o estudante para exercer sua profissão de forma articulada com o contexto social, político e epidemiológico, bem como proporcionar a vivência da rotina profissional numa perspectiva multiprofissional, valorizando os princípios éticos e morais, além de preparar o aluno para todos os níveis de atenção à saúde.

Assim, o estágio curricular do curso técnico de enfermagem do Instituto Federal Farroupilha tem 600 horas de carga horária e é distribuída entre o segundo, terceiro e quarto semestre. É requisito para obtenção do diploma, considerado essencial na formação e deve proporcionar ao aluno a aquisição de conhecimentos, preparando-o e despertando-o nas diferentes áreas de atuação da Enfermagem. Além disso, traz ao discente não somente a ampliação de seus saberes, enfatizando a associação teórico-prático, mas também contribui para o desenvolvimento de competências transversais (responsabilidade, autonomia e segurança) e com isso oportuniza uma maior empregabilidade dos recém-formados.

No entanto, surgem com frequência novas tecnológicas que impactam nas ações de cuidados. Dessa forma, urge que os profissionais da saúde se apropriem dessas transformações com o intuito de qualificar e humanizar o trabalho em saúde. Nesse sentido, os egressos do curso técnico em enfermagem do IFFAR relatam a necessidade de atualizações para realizar suas atribuições.

Assim, surge a necessidade de pensar alternativas que reorientem suas atuações e afinidades no recinto de trabalho¹². A capacitação no ambiente de serviço é ferramenta importante, pois proporciona segurança e qualidade nas atividades realizadas pelos profissionais. Ajuda na transformação de postura dos trabalhadores de saúde sobre seu ambiente de trabalho e pessoal¹⁵.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os ambientes de saúde cuidam de vidas e pessoas vulneráveis as doenças, onde as práticas devem ser oferecidas com qualidade e perpassadas pelo cuidado humanizado.

Nessa pesquisa foi possível perceber a importância dos serviços de saúde contemplarem uma capacitação continua que atinja às obrigações e necessidades da equipe de enfermagem e do próprio estabelecimento de trabalho. A modernização, a facilidade ao acesso às informações através dos diferentes meios de comunicação, o surgimento de novas técnicas, novos medicamentos e meios de aplica-los, novas patologias fazem com que os profissionais da área da saúde busquem qualidade, integralidade e eficiência nas suas funções¹⁵. Assim, os serviços de saúde podem e devem realizar capacitações

e treinamentos nos ambientes de trabalho, com o intuito de aprimorar a competência profissional, objetivando a efetividade das suas responsabilidades coletivas e individuais, através da construção de conhecimentos, habilidades e competências necessárias à prática da Enfermagem, impedindo assim a estagnação profissional.

REFERÊNCIAS

1. Projeto Pedagógico do Curso Técnico em Enfermagem Subsequente, campus Santo Ângelo. Curso Criado pela Resolução N° 058/2014. **Autorização de Funcionamento e Aprovação do Projeto Pedagógico pela Resolução CONSUP N° 172, 28 de novembro de 2014.** Aprovado Ajuste Curricular pela Resolução CONSUP N° 14/2016, 30 de março de 2016. Acesso em 02/03/20. Disponível em: <https://www.iffar.edu.br/projeto-pedag%C3%B3gico-de-curso/campus-santo-%C3%A2ngelo>
2. BRASIL. Lei n° 11.892, de 29 de dezembro de 2008 – Institui a Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica, cria os Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia, e dá outras providências.
3. WERMELINGER Mônica Carvalho de Mesquita Werner, et al. **A formação do técnico em enfermagem: perfil de qualificação.** Ciênc. saúde coletiva vol.25 no.1 Rio de Janeiro Jan. 2020 Epub Dec 20, 2019. Acesso em 25/01/21. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232020000100067&script=sci_abstract&tlng=pt
4. BRASIL. LEI N° 5.692, DE 11 DE AGOSTO DE 1971. **Fixa Diretrizes e Bases para o ensino de 1° e 2° graus, e dá outras providências.** Acesso em 03/05/20. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1970-1979/lei-5692-11-agosto-1971-357752-publicacaooriginal-1-pl.html>
5. BRASIL. Resolução n.º 07/77 do Conselho Federal de Educação.
6. MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento.** 12. ed. São Paulo, 2010.
7. BRASIL. Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012. **Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Publicada no D.O.U. de 13/06/2013, Seção 1. p. 59.
8. BRASIL. LEI No 7.498, DE 25 DE JUNHO DE 1986.
9. SOUZA, Luís Paulo. **Os desafios do recém-graduado em Enfermagem no mundo do trabalho.** Revista Cubana de Enfermería, Volumen 30, Número 1 (2014). Acesso em 05/04/20. Disponível em: <http://reventermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/127/79>
10. PIRES, Denise Elvira Pires et al. **Enfermagem: desafios em um contexto complexo.** 1ª Conferência de Enfermagem do Estado de Santa Catarina. Florianópolis, Julho de 2016. Acesso em 10/10/21. Disponível em: http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/TEXTO-NORTEADOR_.pdf
11. SILVA, Livia Maria et al. **Estágio curricular supervisionado: dificuldades e perspectivas vivenciadas por acadêmicos de enfermagem.** Revista Eletrônica Acervo Saúde / Electronic Journal Collection Health. , 2019, Vol. Sup.18 . Recife/PE. Acesso em: 08/09/20. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/662>

12. CARVALHO, Juliana Dias. **A importância da educação continuada em enfermagem**. Rev. Saberes, vol. 12, n. 1, jun, 2020. Acesso em 13/05/21. Disponível em: <https://facsao paulo.edu.br/wp-content/uploads/sites/16/2020/06/>
13. FERREIRA, Maria Graziela Andrade et al. **Importância da capacitação da equipe de enfermagem frente à parada cardiorrespiratória na Atenção Básica**. INTERNATIONAL NURSING CONGRESS. Universidade Tiradentes. Maio 2017. Acesso em 06/06/20. Disponível em: [Eventoshttps://eventos.set.edu.br/cie/article/download](https://eventos.set.edu.br/cie/article/download)
14. AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA). **Destaques das Diretrizes da American Association 2015 para RCP e ACE**. Guidelines CPR e ECC, 2020. Acesso em 08/03/20. Disponível em: <https://ecguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-GuidelinesHighlight s-Portuguese.pdf>.
15. COSWOSK, Édila Dalmaso, et al. **Educação continuada para o profissional de saúde no gerenciamento de resíduos de Saúde**. Revista brasileira de análises clínicas. Rev. Bras. An. Clin. Vol. 52 No. 3. RJ. 2020. Acesso em 14/04/2021.

APOIO PSICOLÓGICO ÀS FAMÍLIAS DE ALUNOS COM SÍNDROME DE DOWN GAP DA REPARTIÇÃO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO DO LOBITO

Data de aceite: 01/08/2022

Data de submissão: 07/07/2022

Isabel de Fátima Manjolo

Psicóloga Clínica

Paulo Alves

RESUMO: É nosso interesse estudar o apoio psicológico das famílias de alunos com Síndrome de Down. Internacionalmente, o desenvolvimento social e científico para o aperfeiçoamento do sistema de acções dirigidas a elevar a qualidade de vida e a educação das crianças e de suas famílias constitui uma prioridade. E Angola não foge a regra, procurando, em Universidades e não só, desenvolver estudos sobre as pessoas com incapacidades, a função educativa da família, a incorporação social e redes de apoio, promover palestras, sessões de aconselhamento às famílias. Daí o levantarmos o seguinte problema: como apoiar as famílias de alunos com Síndrome de Down? É, pois, nosso objectivo geral: Criar estratégias de apoio e orientação psicológica às famílias de alunos de Síndrome de Down. À luz do objectivo geral, pretendemos: Buscar os referentes teóricos sobre o apoio psicológica às famílias com filhos portadores de Síndrome de Down; caracterizar o estado actual do apoio e orientação psicológica às famílias de alunos portadores de Síndrome de Down atendidos no GAP (Gabinete de Apoio Psicopedagógico) da Repartição Municipal da Educação do Lobito; avaliar os resultados que se obtêm com a

aplicação da estratégia de orientação psicológica proposta para a preparação das famílias de filhos portadores de Síndrome de Down atendidas no GAP. Para o presente trabalho de investigação, definimos como População a totalidade das famílias de alunos portadores de Síndrome de Down atendidas no GAP. A aplicação do método qualitativo de investigação, a acção participativa possibilitaram-nos a operacionalização da variável estudada, forneceram-nos elementos práticos para a sistematização das informações e para a caracterização do objecto de estudo, cujos resultados nos permitem afirmar que a investigação desenvolvida é aplicável à preparação da família e da comunidade em matéria de apoio psicológico e educativa para a estimulação e desenvolvimento integral das crianças com Síndrome de Down.

PALAVRAS-CHAVE: Apoio Psicológico, Familiar, Síndrome de Down.

PSYCHOLOGICAL SUPPORT TO FAMILIES OF STUDENTS WITH DOWN SYNDROME AT MUNICIPAL OFFICE IN LOBITO

ABSTRACT: It is our interest to study the psychological support to families of students with down syndrome disability. Internationally, the scientific and social development for the improvement of guided actions system, the increasing of the quality of life and the children and family education constitute a top priority. Angola does not escape the rule, hence the interest of researchers and universities, conducting studies on people with disabilities. The major educative rule of the family, the social integration and

the networking support, promoting seminars, counseling sections to the targeted families. Therefore we came up with following problem statement: How to give support to families of students with down syndrome disability. Our main Objective: To Create a support strategy and psychological orientation to families of students with down syndrome disability. In the sight of the general objective, we intend to: develop a theoretical references about the psychological support to families of children with down syndrome disability; Characterize the actual state of support and psychological orientation to families of students with down syndrome disability assisted in the psychological support office in municipal education office in Lobito; to evaluate the finding results through the application of psychological orientation strategy proposer for the preparation of the families of children with disability assisted by the municipal office of education in Lobito. For the present survey we work with the total population of families with disability students in down syndrome, that are assisted by the psychological office support. Applying qualitative survey method, collaborative action will allow the variable upon which the study is taking place, to operate in a way that will bring practical elements for systematization of information, as well as characterizing the object of study, in which the results obtained will enable us to affirm that the research conducted is suitable to prepare the families and the community on the subject matter that is the psychological and educational support to stimulate the integrated development of children with down syndrome.

KEYWORDS: Psychological Support, Familiar, Down Syndrome.

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento social e o progresso científico que concorrem para alimentar a qualidade de vida e o nível de escolarização das crianças, assim como das famílias, apresenta-se como uma prioridade mundial. Paralelamente a este desígnio, aumentou a necessidade de se investir numa sociedade e em sistemas escolares que promovam a inclusão através da facilitação do acesso e, sobretudo, do sucesso para pessoas que são diferentes (UNESCO, 2004). Os estudos sobre crianças com Síndrome de Down tem permitido reforçar o apoio psicológico para as suas famílias, mantendo-se o investimento na procura de tudo quanto possa contribuir para a melhoria destes serviços (Madrigal, 2007).

Em Angola existe pouca experiência de trabalho na atenção a pessoas com incapacidades e, de modo particular, a portadores de síndrome de Down. É verdade que no Município do Lobito temos o Gabinete de Apoio Psicopedagógico da Repartição Municipal da Educação Ciência e Tecnologia. Porém, este não satisfaz as necessidades de toda a população e o modelo de atenção em uso responde a uma visão estreita desta condição médica (incapacidade), que não inclui a família, a atenção psicopedagógica na gestão de outras instituições para satisfazer a demanda educativa dos alunos com Síndrome de Down.

Autores como Carther, Bueno e Ingalls (2010, p.67) encaram a Síndrome de Down como “uma das síndromes congénitas mais frequentes na etiologia do atraso mental, isto é, a anomalia cromossómica mais preponderante e por sua vez, a causa reconhecida como a

mais frequente de atraso mental. Uma das variantes da Síndrome de Down é a trissomia do cromossoma 21. A trissomia do cromossoma 21 e a maior parte das trissomias são causadas, geralmente, por uma falta de separação dos cromossomas na primeira divisão da meiose (meiose deducional), fenómeno esse conhecido como não-disjunção. Essa falta de disjunção também pode ocorrer, embora menos frequentemente, na segunda divisão da meiose ou nas primeiras divisões de um zigoto normal. Essa última situação determina o aparecimento de Mosaicismo, isto é o aparecimento de duas ou mais linhagens celulares com o número diferente de cromossomas ou com morfologia cromossômicas diferentes. (Mustacchi & Peres, 2000, p.54).

Com o avançar da idade, segundo Coelho (2018 pp. 5 e 6), “verifica-se um alimento da ingestão alimentar, que justifica uma monitorização da dieta e prática de exercício físico. Quanto á genitália, nos homens, os pênis são pequenos e há criptorquidismo; nas mulheres, os lábios e o Clitor são pouco desenvolvidos. Os meninos são estéreis, mas as meninas ovulam, embora os períodos sejam irregular”.

Pelo que ficou dito, a síndrome de Down requiere uma intervenção multi e interdisciplinar, porque:

A nível clínico, os indivíduos com Síndrome de Down podem apresentar múltiplas condições médicas associadas, nas quais prevalecem os problemas de visão e de audição, a apneia do sono obstrutiva e as cardiopatias congénitas. O prognóstico da Síndrome de Down é variável em função das possíveis complicações como: problemas cardíacos, susceptibilidade a infecções e eventual desenvolvimento de leucemia.

Se, na óptica de Coelho (2016, pp.5 e 6), a “apneia obstrutiva do sono respeita entre 50% a 75% dos casos de Síndrome de Down, podendo propiciar aspectos como ressonar, pausas na respiração, posturas anómalas durante o sono, sonolência diurna irritabilidade e fadiga”, na de La Peña (2002, p.93), “as malformações cardíacas associadas à Síndrome de Down decorrem, predominantemente, de defeitos do coxim endocárdico”. Estas estruturas formam-se no período embrionário e dão origem ao tabique interauricular, a parte do tabique interventricular e as válvulas que comunicam as aurículas e os ventrículos.

A nível psicológico, a Síndrome de Down apresenta-se como causa mais comum do atraso mental, o quociente intelectual (QI), que se pode determinar através da administração de uma prova de inteligência estandardizada, podendo variar entre os graus *leves* (QI entre 50 e 70,) moderado (QI entre 35 e 50) e *severo* (QI entre 20 e 35), situando-o a maior parte dos casos nos graus *leve e moderado*. Os indivíduos com Síndrome de Down apresentam um atraso no desenvolvimento neuropsicológico, com uma predominância de défices motores na primeira infância e de défices cognitivos na idade escolar. (Coelho, 2016).

A maior parte das limitações no desenvolvimento do cérebro aparecem durante os primeiros meses e anos de vida pós-natal, ocasionando uma redução na população das neuronais corticais e na capacidade de conexão sináptica. Segundo Florez (1993, p.

37), “com frequência se observam deficiências na transmissão sináptica, na integração dos potenciais evocados e na intra correlação funcional entre distintos lóbulos corticais. Estas alterações afectam de modo preferente as áreas primárias e de associação, o córtex frontal, o hipocampo e o cerebelo”.

Outras literaturas indicam a presença de dificuldades no processo de transmissão de alguns circuitos neuronais, fomentando o nível cognitivo, problema de atenção, tempos de reacção mais elevado, problemas no processamento auditivo-vocal e na memória a curto e a médio prazo, dificuldades nos processos de correlação, análise, cálculos e pensamento abstracto, limitações na discriminação perceptivas, na capacidade de generalização e na simbolização, ela também pode ter dificuldades para fixar olhar devido a lentidão e á hipotonia muscular. As dificuldades auditivas podem levar a criança a não ouvir e a preferir meios de comunicação visuais e concretas. (Coelho, 2016, pp.6,7).

A realidade da vida familiar muda com o nascimento de uma criança. Mas quando nasce uma criança com Síndrome de Down a sua dinâmica torna-se ainda mais complexa, fazendo surgir sentimentos de rejeição, pena, culpabilidade e outras atitudes negativas. Aliás, entre os familiares mais chegados geram-se sentimentos de insegurança, isolamento, ansiedade e baixa auto-estima, que dificultam o trabalho da família na formação da personalidade desses alunos e em ocasiões, e os desmotiva no esforço para enfrentar o tratamento que tais alunos requerem. É neste particular que os psicólogos podem intervir para ajudar na planificação curricular a ser realizada pelos professores, assim como apoiar os alunos na interacção com os colegas na sala de aula e as equipas de natureza multidisciplinar podem criar estratégias que integrem tarefas motoras adequadas, promoção cognitivas e interacção social, a fim de promover nas crianças níveis mais elevados de qualidade de vida (MOISÉS & Rebeca, 2011).

O PAPEL DO PSICÓLOGO NAS FAMÍLIAS DE ALUNOS COM SÍNDROME DE DOWN

O psicólogo assume um papel determinante no desenvolvimento, social, afectivo e bem-estar físico das pessoas com incapacidades, principalmente na infância e na adolescência, intervindo, através de orientações, na família com objectivo de propiciar uma modalidade preventiva de saúde mental e física e auxiliar nas relações familiares permeadas por uma rede de fantasias, ansiedades, defesas e conflitos que são exteriorizadas nas relações entre pais e filhos. Justifica-se porque as atitudes parentais, conscientes ou inconscientes, podem afectar o estado emocional das crianças. Portanto, o papel do psicólogo consiste em potencializar o grupo em suas reais capacidades e auxiliá-los a encontrar a solução pela busca de recursos emocionais (Vizzotto & Gomes, 2009, p.72).

No seio familiar, o psicólogo ao ajudar a criança e a família, mostrando o potencial e a força que ela trás, não obstante as dificuldades que a criança apresenta, fará com que a família invista na pessoa e não na doença, mostrando-lhes que apesar da doença ela é um

ser com sentimentos e que precisa formar a sua personalidade e, para ser bem formada, precisa do apoio da família.

Sendo certo que a psicologia tem a função de avaliar, dirigir e acompanhar o desenvolvimento motor, psíquicos e social da pessoa, e a síndrome de Down condiciona como o estilo de vida, o nível de aprendizagem, o psicólogo ajuda os familiares a respeitar, escutar, valorizar e aceitar os filhos tal como são e creditar nos seus sonhos. A acção do psicólogo assegurará aos familiares um desenvolvimento socio-emocional à altura de vencer o medo, a vergonha e o preconceito de ter um filho assim.

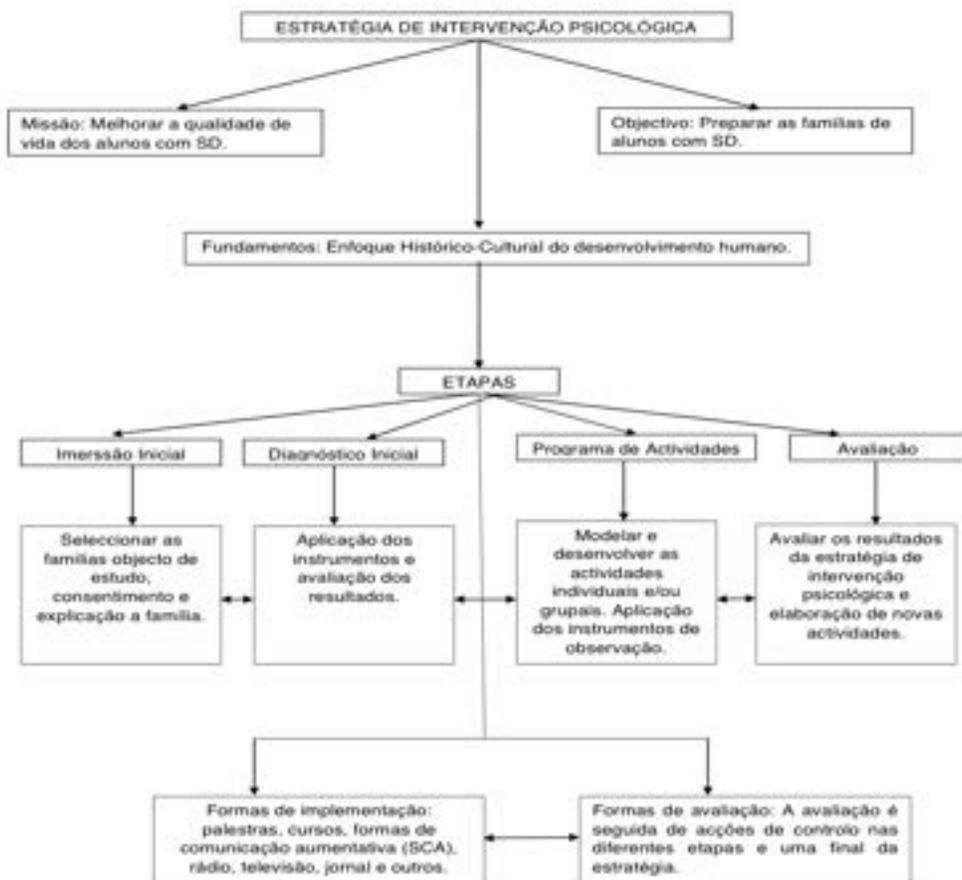
No âmbito da planificação curricular, o psicólogo auxilia os professores na tarefa de ajudar os alunos com síndrome de Down a interagir com os colegas em sala de aula e assegura uma intervenção multidisciplinar com objectivo de criar uma estratégia de tarefas motoras, cognitivas que estimula as mesmas crianças para terem uma qualidade de vida melhor.

METODOLOGIA

O presente estudo, de natureza descritiva, com recurso à metodologia qualitativa, através de uma entrevista semi-estruturada a 15 famílias (pais de crianças com Síndrome de Down), atendidas no GAP (Gabinete de Apoio Psicopedagógico da Repartição Municipal da Educação), situado na Província Benguela, no Município do Lobito.

O GAP abriu as suas portas pela primeira vez a 22 de Outubro de 2015. No GAP, laboram 3 funcionários dos quais um Director, uma Coordenadora (psicóloga), e uma vice-coordenadora (pedagoga). Actualmente o GAP faz o acompanhamento de 20 crianças e suas famílias, 20 com Síndrome de Down, sendo 4 com paralisia cerebral e 4 com atraso mental de um total de 190 crianças inscritas com diferentes necessidades educativas especiais para a sua avaliação, diagnóstico e acompanhamento.

Para a operacionalização do estudo, elaboramos tarefas e acções, distribuídas em dimensões, como segue:



DEFINIÇÕES DAS DIMENSÕES

O apoio às famílias de alunos com Síndrome de Down, se concebe na visão de Sateleia (2016.p.48), “como uma ajuda profissional que prepara os pais para potenciar o desenvolvimento pessoal e social dos seus filhos, como parte da preparação para a vida, de carácter preventivo e/ou correctivo a criação de condições básicas, suportes e recursos em linhas de maior bem-estar destes filhos”.

A primeira dimensão é a função educativa da família, se concebe como um processo activo de interacção dinâmica com o filho onde se manifestam os papeis, acções e responsabilidades na educação e potenciação do desenvolvimento dos seus filhos que condicionado em grande medida, da família de origem, a dinâmica familiar e os sistemas de comunicação empregados. Seus indicadores são: Inquérito: nesta investigação, se utilizou o critério dos especialistas a estratégia de orientação as famílias de Síndrome de Down a aplicar no Gabinete de Apoio Psicopedagógico. Se lhes apresenta em formato de questionário fechado onde devem avaliar aspectos como a fundamentação, estrutura,

conteúdo, viabilidade e avaliação para sua posterior implementação.

Preparação para o papel educativo dos pais, que se refere à disposição e à preparação antes do nascimento ou uma vez conhecido o diagnóstico do filho com SD, para assumir a atenção que este necessita, podendo ser: Alta – quando a família mostra disposição para aprender sobre a educação do filho que espera e procura informação, apoio e aconselhamento; Média – quando a família mostra disposição para conhecer acerca das características do filho que espera mas de forma passiva, sem ações de busca neste sentido; e Baixa – quando a família mostra pouco ou nenhum interesse para conhecer a incapacidade do filho que espera.

Atitude ante a incapacidade: se refere as crenças, opiniões acerca da incapacidade do filho, aceitação da mesma e canalização dos sentimentos perturbadores, articulando-se em: Alta – quando a família mostra aceitação da incapacidade, canaliza adequadamente os sentimentos perturbadores iniciais para estar em condições de oferecer a criança o tratamento necessário, sendo capaz de criar um ambiente harmônico de confiança e segurança que promova o desenvolvimento da criança e proteja ou conserve o funcionamento familiar; Média – quando a família mostra moderada ou instabilidade na aceitação da incapacidade, com dificuldades na elaboração das vivências negativas que ela gera e não alcança a dinâmica familiar necessária a favor da atenção do filho nem o bom funcionamento familiar; e Baixa – quando a família mostra rejeição ou pouca aceitação da incapacidade do filho, persistindo os sentimentos negativos que atrapalham a relação e afectam a dinâmica familiar.

A segunda dimensão diz respeito aos o métodos educativos empregados: reúnem ações que os pais realizam de forma quotidiana e meios em que se apoiam para educar a seus filhos e levar a cabo sua escolarização, podendo também ser: Alta – quando a família realiza ações potenciadoras para o desenvolvimento do filho. Actividades correctivas e/ou compensatórias, dirigidas ao alcance da autonomia, validismo, comunicação, sociabilidade ou outras áreas de acordo com as necessidades e possibilidades do filho, quer dizer, o aproveitamento da sua zona de desenvolvimento potencial, assim como a avaliação das ajudas e apoios que podem oferecer outros familiares e a comunidade; Média – quando a família realiza actividades correctivas e/ou compensatórias, mas não de forma sistemática, nem têm em conta todas necessidades reais ou possibilidades do filho e nem sempre considera o apoio de outros familiares; e Baixa – quando a família não se interessa em realizar actividades dirigidas ao desenvolvimento integral de seu filho e não procura o apoio de outros familiares ou especialistas.

A terceira dimensão é a incorporação social e redes de apoio: trata sobre a, integração dos pais em actividades e/ou grupos sociais, assim como a existência de redes de apoios sociais que sirvam de suporte a família na atenção do filho com limitações físico-motoras. Seus indicadores são: Participação social: se explora a participação da família em associações de beneficência, grupos religiosos, partidos políticos, grupos comunitários,

todos com fins de ajuda. Operacionaliza-se da seguinte maneira: Alta – quando a família participa de forma sistemática a grupos sociais de diversa índole que oferecem um suporte de relações benéficas para os pais e/ou ajuda aos filhos; Média – quando a família participa mas não de forma sistemática em grupos sociais; e Baixa - quando a família não se incorpora a grupos sociais.

Apoio social: recursos sociais acessíveis e/ou disponíveis a uma pessoa, encontrados no contexto das relações interpessoais e sociais e que podem influenciar de forma positiva no bem estar dos indivíduos implicados no processo. Se considera o apoio das famílias de origem, os amigos, companheiros de trabalho ou outros pais com a mesma situação, as instituições de saúde, educação, reinserção social e ONGS. Operacionaliza como segue: Alto -quando a família demanda da presença e/ou participação de outros para compartilhar experiências ou avaliar soluções para enfrentar determinadas situações, considerando a relação interpessoal como espaço frutífero de construção de bem-estar; Médio – quando a família mostra moderado interesse pelo intercâmbio pessoal como fonte de apoio social; e Baixo – quando a família não busca nem considera os benefícios da relação interpessoal como apoio social.

A função educativa da família estudada no GAP vem ilustrada nos gráficos a seguir:

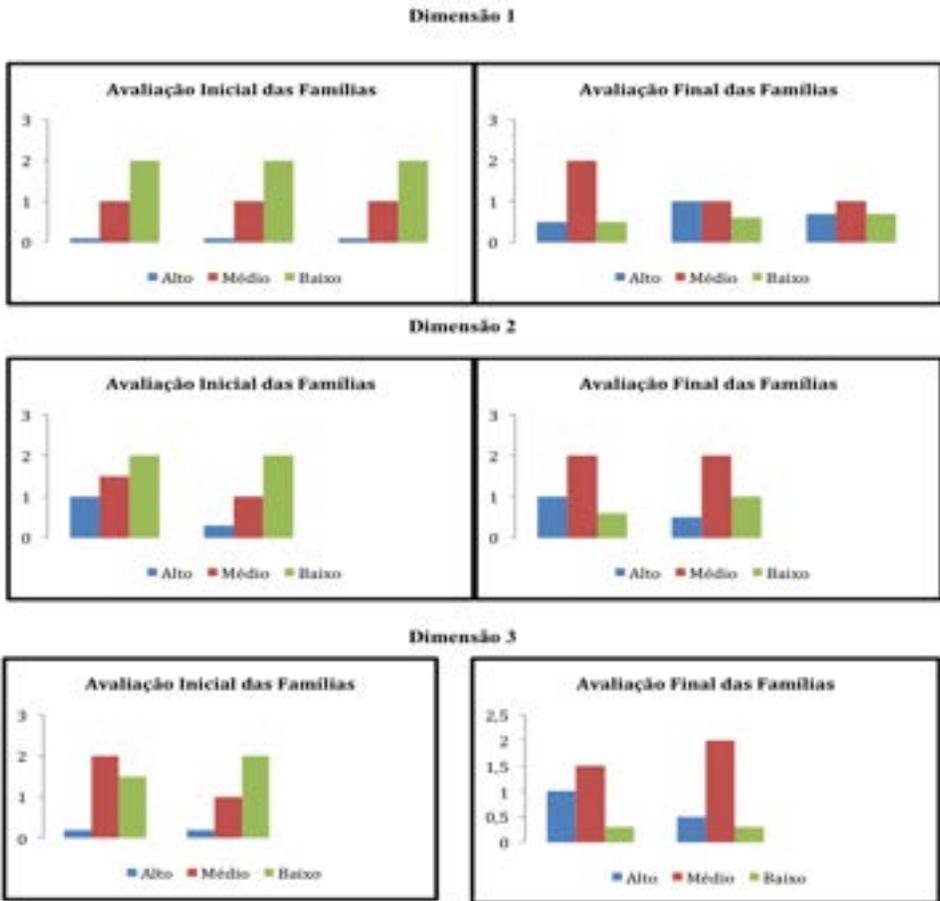


Fig. 3. Avaliação inicial dos indicadores nas três dimensões.

RESULTADOS DA ETAPA DE DIAGNÓSTICO

Distribuição das famílias segundo as dimensões e indicadores da variável: O resultado da análise dos dados obtidos através dos diferentes métodos aplicados durante o diagnóstico, como as entrevistas as famílias e a observação, se detalham a seguir:

Na 1ª Dimensão função educativa da família se estudou a variável atendendo a Orientação educativa, o qual resulta da seguinte forma:

A preparação destas famílias para desempenhar o papel educativo com seu filho diagnosticado com SD é insuficiente, apesar de existir nelas a disposição a aprendizagem sobre a incapacidade (6 famílias) nem todas realizam acções de procura activa nesta direcção e 4 mostram pouco interesse neste aspecto. Desta forma se destaca, a existência de dinâmicas familiares não desenvolvidoras das potencialidades de seus filhos com SD em 8 das famílias.

No indicador, atitude diante da incapacidade as famílias declaram aceitar a mesma,

9 das 10, no entanto o ambiente de segurança que promove o desenvolvimento da criança nas 6 não se põe em prática. Constitui um resultado interessante que a maioria das famílias, 7 das 15, conseguiram elaborar adequadamente as vivências negativas que a incapacidade de seus filhos gera. As 8 famílias restantes expressam abertamente sentimentos de rejeição ou emoções negativas como a tristeza, a ira e o medo.

Os métodos educativos empregados são inadequados em 10 das 15 famílias, sendo este o indicador de piores resultados nesta dimensão. Estas famílias se caracterizam por não pôr em prática os recursos adequados para a formação de hábitos e habilidades em seus filhos e pelas dificuldades na comunicação com esta criança em todas elas.

As relações familiares de ajuda mútua em 10 das 15 famílias demonstraram baixos resultados. Se apreciou além disso, uma distribuição não equitativa de papéis, com sobrecarga do trabalho doméstico e cuidado do filho com incapacidade para a mãe e outras figuras femininas das famílias.

Algumas causas que provocam dificuldades na distribuição de papéis são a ausência da figura paterna, existência de dinâmicas familiares não funcionais, poucas diligências na procura de apoio de redes sociais e em menor grau a tendência a estados emocionais negativos das mães.

Dimensão 2: Diligências para condições ambientais e satisfação de necessidades básicas. Os resultados nesta segunda dimensão referidos a diligências realizada pelas famílias aponta a: A existência de dificuldades económicas nestas famílias para garantir as melhores condições ambientais e materiais a seus filhos com SD. O ingresso económico, não suficiente para satisfazer as necessidades básicas em 6 destas famílias, tem repercussão no nível de vida que as mesmas podem alcançar e na possibilidade de brindar uma melhor qualidade de vida a seus filhos com SD. O baixo ingresso económico de ditas famílias está associado, em 6 delas, a impossibilidade de inserção laboral dos adultos responsáveis do menor, porque são seus cuidadores primários. Nas famílias não existe uma ajuda externa que melhora suas economias só uma destas famílias recebe seguro de saúde do centro laboral do pai. Não obstante a disposição por propiciar recreação, descanso e bem estar social com alternativas que empreguem economia de recursos se avaliou nestas famílias com baixos resultados. Não se avaliam como suficientes os esforços para melhorar o estado construtivo das residências a favor de maior conforto para o filho, nem as condições de iluminação e ventilação nas mesmas. Se reconhece também a existência de dificuldades na disposição por eliminar barreiras arquitetónicas onde elas residem. Estes problemas foram constatados em 8 das 15 famílias em estudo.

Dimensão 3. Incorporação social e redes de apoio.

Na terceira dimensão, onde se inclui como indicador a incorporação e o apoio social, os resultados revelam que: As famílias dirigem esforços na procura de relações externas aos sistemas familiares e participam socialmente, a maioria delas, nas agrupações religiosas. As maiores dificuldades radicam nas redes de apoio social, sendo 9 das 15

famílias desfavorecidas neste importante aspecto. Não contam com apoio de organizações estatais, governamentais, nem tão pouco do centro onde seus filhos recebem tratamento de reabilitação.

CONCLUSÕES

A capacitação das famílias é reconhecida pelas próprias como sendo insuficiente, apesar de manifestarem disponibilidade para a aprendizagem e formação. Reconhecem não colocar em prática e não utilizarem os recursos adequados e sentem particular dificuldade na comunicação com as crianças. As maiores dificuldades aparecem também associadas às poucas redes de apoio social, sem apoio estatal e sem enquadramento diferenciado no centro de reabilitação; a ausência da figura paterna, existência de dinâmicas familiares disfuncionais e estados emocionais negativos das mães. O apoio psicológico às famílias de alunos com Síndrome de Down debate-se com a insuficiente preparação das famílias e falta de ações que otimizem o desenvolvimento da criança. O contributo do GAP da Repartição Municipal da Educação do Lobito é reconhecido no apoio às famílias, na superação das dificuldades e na criação de bem-estar. Importa sistematizar as ações de orientação psicológica para as famílias de alunos com Síndrome de Down e promover formação social e legitimar o valor da família no desenvolvimento dos filhos. Capacitar os técnicos de saúde para identificarem e informarem as famílias, desde o nascimento, e promoverem o acompanhamento precoce.

REFERÊNCIAS

- Árias, G. K. & Castro, P.L. (1977). **La educación familiar de nuestros hijos**. La Habana, Cuba: Editorial Pueblo y Educación.
- Coelho Ch. (2016). **A Síndrome de Down**” Disponível em: www.psicologia.pt, consultado aos 26 de Setembro de 2018.
- Coelho Charlotte, (n.d.) **A Síndrome de Down**. Retrieved from www.psicologia.pt, consultado aos 26 de setembro de 2018.
- Florez, J. Y. M. V. T. (1993). **Síndrome de Down y Educación**. España: Edit. Científicas y Técnicas.
- Madrigal, M., A. (2007). **Familias ante la Parálisis Cerebral, Intervención Psicosocial, Revista de Neurología**, vol. 16, no.1, Madrid: Issn.
- Moisés S. & Rebeca A. (2011) **Vínculo Afectivo de los nos niños com parálisis Cerebral**, Editorial académica española.
- Mustacchi, Z. & Peres, S. (2000). **Genética Baseada em Evidências: Síndrome e herança**, São Paulo: CID Editora.

Peña, N. (2002). **Propuesta metodológica para el salón especial del círculo infantil**. Tesis para optar por título académico de master. Cuba.

Sateleia, A. (2011). **Vínculo Afectivo de los niños con Parálisis Cerebral. El vínculo afectivo de los padres y cuidadores de los niños con parálisis Cerebral de 0 a 10 años**. España: Editorial Académica Española EAE. ISBN 978-3-8454-9301-5.

Sateleia, A. (2016). **Una propuesta de intervención en la educación especial para niños con Parálisis Cerebral en la República de Angola**, Congreso Internacional de Pedagogía, Palacio de Convenciones, La Habana, CD Room.

Unesco, (2004). **Declaração de Salamanca; Princípios, Políticas e Práticas na Área das Necessidades Educativas Especiais** (7 à 10/6).

Vizzotto, M. M. & Gomes R. A. (2009). **Descrição de queixas e indicadores diagnósticos de famílias atendidas em psicoterapia domiciliar**. São Paulo: Instituto Metodista de Ensino Superior. Psicologia Informação.

PRIMEIROS SOCORROS EM INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO BÁSICA: EXPERIÊNCIA EXTENSIONISTA ANTES E DURANTE A PANDEMIA

Data de aceite: 01/08/2022

Data de submissão: 04/07/2022

Guilherme Rodrigues Guimarães

Discente do Curso de Medicina da
Universidade Estadual de Feira de Santana
Feira de Santana - Bahia
ORCID: 0000-0002-2624-0198

Juliana Laranjeira Pereira

Docente do Curso de Medicina da
Universidade Estadual de Feira de Santana
Feira de Santana - Bahia
ORCID: 0000-0002-5548-3893

Soraya Fernanda Cerqueira Motta

Docente do Curso de Medicina da
Universidade Estadual de Feira de Santana
Feira de Santana – Bahia
ORCID: 0000-0002-8046-335X

RESUMO: O conhecimento adequado de técnicas de primeiros socorros pelos profissionais da Educação Básica é essencial devido a importância epidemiológica dos acidentes no ambiente escolar, entretanto, estudos apontam que esses profissionais apresentam níveis de conhecimentos ainda insuficientes sobre esse tema. Esse artigo relata a experiência de um Programa de Extensão no treinamento desses profissionais em técnicas de primeiros socorros e as adequações necessárias ao contexto pandêmico. Inicialmente, foram realizados encontros formativos em quatro instituições de Educação Básica, com apresentação teórica

e oportunidade prática acerca da prevenção e manejo dos acidentes mais prevalentes no ambiente escolar. Com a pandemia, as ações do Programa se direcionaram para produção de materiais educativos virtuais e encontros síncronos com profissionais e alunos da Educação Básica. Assim, as ações desenvolvidas permitiram o ganho de conhecimentos e habilidades pelos profissionais e estudantes da Educação Básica e pelos participantes do Programa.

PALAVRAS-CHAVE: Extensão. Primeiros Socorros. Educação Básica.

FIRST AID IN BASIC EDUCATION INSTITUTIONS: EXTENSION EXPERIENCE BEFORE AND DURING THE PANDEMIC

ABSTRACT: Adequate knowledge of first aid techniques by Basic Education professionals is essential due to the epidemiological importance of accidents in the school environment, however, studies show that these professionals still have insufficient levels of knowledge on this topic. This article aims to report the experience of an Extension Program in training these professionals in first aid techniques and the necessary adjustments to the pandemic context. Initially, formative meetings were held in four Basic Education institutions, with theoretical presentation and practical opportunity on prevention and management of the most prevalent accidents in the school environment. With the pandemic, the actions of the Program were directed towards the production of virtual educational materials and synchronous meetings

with professionals and students of Basic Education. Thus, Basic Education professionals, students and program members developed knowledge and skills from the actions carried out. **KEYWORDS:** Community-Institutional Relations. First Aid. Education.

INTRODUÇÃO

Considera-se acidente todo evento não intencional que cause danos à integridade física ou emocional do acometido e que pode ser, em maior ou menor grau, previsto e prevenido. Segundo a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, a prevenção de acidentes é de responsabilidade do Poder Público e dos cidadãos em geral e, em seu nível primário, deve voltar-se à promoção de ambientes seguros e de comportamentos saudáveis, nos quais os fatores de risco foram extintos ou mitigados. Já a prevenção secundária é definida pelo conjunto de ações realizadas sobre um agravo em estágio inicial com vista a reduzir os riscos de complicações e morte em longo prazo, sendo representada, no contexto dos acidentes, pelas medidas de primeiros socorros (BRASIL, 2013).

Conceitua-se como primeiros socorros os cuidados iniciais prestados logo após um acidente ou mal súbito que objetivam manter as funções vitais estáveis e evitar o agravamento da condição até a chegada do atendimento especializado (BRASIL, 2003). Tais medidas adquirem ainda mais importância no cenário dos acidentes na infância e adolescência, pois esses agravos são a principal causa de morte na faixa etária dos 10 aos 19 anos e, para cada morte abaixo dos 18 anos, cerca de 12 indivíduos requerem hospitalização e 34 precisam de cuidados médicos. Dentre as injúrias não intencionais, acidentes de trânsito, afogamentos, queimaduras, quedas e intoxicações são responsáveis por mais de 60% das mortes de crianças e adolescentes, enquanto que as quedas sozinhas correspondem a aproximadamente metade dos acidentes não fatais, sendo grande parte desses eventos passíveis de prevenção (WHO, 2008).

Tendo em vista a grande incidência desses agravos e considerando que as crianças e adolescentes passam cerca de um terço do seu tempo no ambiente escolar ou a caminho desse, admite-se que grande parte desses eventos ocorra na escola. De fato, estudos colocam o ambiente escolar como dentre os cinco locais mais comuns de ocorrência de acidentes nessa faixa etária, atrás do domicílio e de vias públicas, no qual predominam contusões e ferimentos ocorridos nas atividades esportivas e recreativas (DE BEM et al., 2008; LIBERAL et al., 2005; SILVA et al., 2020).

É pela importância epidemiológica do ambiente escolar no cenário das injúrias não intencionais que o conhecimento das técnicas adequadas de primeiros socorros se faz imprescindível por professores e funcionários dos estabelecimentos de ensino. Apesar disso, os profissionais da Educação Básica ainda demonstram desconhecimento para prestação dos cuidados imediatos necessários às vítimas de acidente ou mal súbito,

como evidenciado em estudos indianos e iranianos, nos quais a maioria dos professores apresentaram conhecimento moderado em primeiros socorros, nível insuficiente para a prestação de assistência qualificada (ADIB-HAJBAGHERY; KAMRAVA, 2019; JOSEPH et al., 2015).

Nesse sentido, o presente trabalho tem por objetivo relatar a experiência de um programa de extensão universitária no processo de treinamento em técnicas de primeiros socorros de profissionais de instituições públicas da Educação Básica no período de 2018 a 2021 em Feira de Santana, Bahia, e a readequação das ações com o advento da Pandemia da COVID-19.

METODOLOGIA

O Programa de Extensão Primeiros Socorros nas Instituições de Educação Básica na Cidade de Feira de Santana/BA (PEPS), aprovado pelo Conselho Superior de Ensino, Pesquisa e Extensão (CONSEPE 53/2018) da Universidade Estadual de Feira de Santana, está vinculado ao curso de Medicina da referida Universidade e é composto pela seguinte equipe: como docentes, uma cirurgiã pediátrica e instrutora certificada em Suporte Avançado de Vida em Pediatria (*Pediatric Advanced Life Support*, PALS na sigla em inglês) e uma pedagoga, psicopedagoga e doutora em Medicina e Saúde, e como monitores, acadêmicos do referido curso em diversos momentos da graduação. O programa atua desde 2018 no treinamento em primeiros socorros de profissionais das escolas públicas de Educação Básica através de encontros práticos formativos com instituições parceiras convidadas ou por demanda espontânea.

Propõe-se às instituições de ensino que possam se beneficiar das ações do Programa a realização de um momento prático formativo e, após concordância dessas, identifica-se o perfil de ocorrência de acidentes na referida unidade de ensino como sua quantidade, frequência e faixa etária mais acometida. Os encontros são realizados nas próprias escolas em grupos com até dez participantes, com duração de quatro horas, e são divididos em duas etapas: um momento teórico, no qual os docentes envolvidos no Programa ministram uma discussão dialogada, com situações problemas sobre prevenção dos acidentes no espaço escolar, importância das manobras de primeiros socorros e abordagem inicial aos agravos mais recorrentes, considerando o contexto de cada instituição educacional, e um momento prático, no qual os ministrantes do curso simulam o atendimento inicial em diferentes situações para os professores e funcionários, os quais praticam as manobras apresentadas em simuladores de baixo custo confeccionados pelos docentes e discentes do Programa, que supervisionam a ação.

Ademais, ao iniciar o encontro, antes do momento teórico, realiza-se uma dinâmica para levantamento dos conhecimentos prévios dos participantes e retoma-se tal dinâmica para conferência e discussão ao final. A dinâmica é composta de dez situações problemas

relacionados às condutas adequadas em diferentes cenários que demandem primeiros socorros, como quedas, queimaduras, obstrução de vias aéreas superiores, parada cardiorrespiratória, convulsões, picadas de animais peçonhentos.

Devido à pandemia da COVID-19 e a suspensão das atividades presenciais tanto na Educação Superior quanto na Educação Básica, as atividades práticas do Programa foram substituídas por ações virtuais em dois eixos principais: primeiros socorros e combate ao novo coronavírus. No que se refere a primeiros socorros, foram produzidos e divulgados vídeos animados com diversos temas associados aos principais agravos no ambiente domiciliar, espaço onde as crianças e adolescentes estavam passando a maior parte do tempo em razão da modalidade emergencial remota. Em relação ao combate à pandemia, enfoque maior foi dado ao uso correto da máscara e retorno seguro às atividades escolares presenciais através de vídeos, encontros virtuais com estudantes e coordenadores das escolas parceiras e publicação de um Guia Técnico com orientações para planejamento e retorno presencial nas escolas (MOTTA; PEREIRA, 2020).

Tanto nas atividades presenciais quanto nas ações remotas, os estudantes monitores do Programa envolveram-se ativamente nas propostas, seja monitorando o treinamento nas escolas ou produzindo materiais virtuais.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Desde a implementação do Programa, em 2018, até o presente momento, quatro instituições de ensino públicas da Educação Básica firmaram parceria e participaram das ações do Programa: uma creche, uma escola de Ensino Fundamental I, um colégio de Ensino Fundamental II e um colégio de Ensino Fundamental II e Ensino Médio. Em cada uma delas, diversos momentos práticos formativos foram realizados para treinamento da maioria dos seus profissionais, uma vez que se trabalhou com grupos de até dez pessoas por encontro.

Responderam ao formulário de identificação 116 profissionais, com média de idade de 40,3 anos e desvio padrão de 10,3. Dentre eles encontraram-se professores, coordenadores e diretores, secretários, coordenadores e técnicos administrativos, estagiários, porteiros, merendeiras e equipe de serviços gerais. Aproximadamente 87% desse público foi feminino e 59% relataram nunca terem participado de treinamentos em primeiros socorros.

Esse conjunto de participantes apresentou características semelhantes aos envolvidos em relatos análogos, nos quais também houve maior número de mulheres, com média de idade acima dos 30 anos, o que reflete o predomínio das docentes femininas na Educação Básica. Ainda nesses estudos, mais da metade dos participantes afirmou nunca ter recebido treinamento em primeiros socorros, fato que se relaciona à ausência de disciplinas que abordem primeiros socorros na maioria dos cursos de licenciatura e ao

impacto insuficiente das ações de educação continuada em manejo inicial dos acidentes no ambiente escolar (BRASIL, 2009; CALANDRIM et al., 2017; CAMPOS JÚNIOR et al., 2020; LEMOS et al., 2012; SILVA et al., 2017).

Os dados apresentados referem-se ao período anterior a março de 2019. Com o advento da pandemia da COVID-19 e as medidas de distanciamento social impostas, as atividades do Programa precisaram de adequação. Os encontros, presenciais, formativos com as instituições de ensino foram suspensos e as ações realizadas concentraram-se na educação em primeiros socorros e em atitudes necessárias ao combate do vírus através da produção de materiais digitais divulgados nas redes sociais e em encontros virtuais.

Em relação aos primeiros socorros, foram produzidos vídeos educativos, com temas como *Cuidados no Parquinho e ao Praticar Exercícios Físicos*, *Prevenção de Afogamentos*, *Cuidados ao Empinar Pipas*, *Prevenção de Queimaduras*, *Primeiros Socorros para Queimaduras*, uma série de *cards* sobre a importância e uso correto da cadeirinha nos automóveis e um cartaz com as principais condutas frente aos agravos mais prevalentes no ambiente escolar, os quais totalizaram mais de 150 visualizações em uma das redes sociais do Programa. No que se refere à pandemia, o contato com as instituições de ensino parceiras continuou e a equipe do programa proporcionou dinâmicas virtuais de rodas de conversa com professores, coordenadores e diretores para discussão, orientação e colaboração sobre lavagem das mãos, uso e descarte corretos das máscaras e como elaborar o planejamento para o retorno seguro das atividades presenciais no cenário pandêmico. Ainda nesse contexto, vídeos com temas como *Uso correto e Descarte Adequado da Máscara*, *Manifestações Clínicas da COVID 19* e *Quando buscar ajuda Médica* e um Guia Técnico com orientações para planejamento de retorno presencial nas escolas também foram produzidos e compartilhados, somando mais de 170 (cento e setenta) visualizações em outra rede social.

As atividades virtuais desenvolvidas, sobretudo aquelas voltadas ao combate ao vírus, somaram-se a outras estratégias de disseminação de informação e oposição às notícias falsas propagadas nas mídias sociais, como experiência realizada no sul da Bahia, em que as redes sociais foram objeto de intervenções de educação em saúde associadas a pandemia (SOUZA et al., 2020). Essas atividades, entretanto, têm como maior desafio o limitado alcance dos materiais produzidos e a dificuldade de quantificação e/ou qualificação do conhecimento real incorporado pelos usuários alcançados.

Por fim, o envolvimento dos discentes em todas as ações do Programa permitiu a troca de saberes com a população atendida e o desenvolvimento de habilidades técnicas e não técnicas, como comunicação, papel de educador, bom relacionamento interpessoal, criatividade e uso de interfaces digitais, essenciais à prática da medicina humanizada e integrativa (RODRÍGUEZ; KOLLING; MESQUIDA, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência relatada demonstra que atividades de treinamento em primeiros socorros no ambiente escolar, além de necessárias, podem contribuir para o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades pelos profissionais participantes. O vínculo dessas ações à extensão universitária permite não só benefício para a comunidade, mas uma formação mais completa e integrativa de futuros profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

ADIB-HAJBAGHERY, M.; KAMRAVA, Z. Iranian teachers' knowledge about first aid in the school environment. **Chinese Journal of Traumatology**, v. 22, p. 240–245, 2019.

BRASIL. **Manual de primeiros Socorros**. 1. ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2003.

BRASIL. Principais resultados do Censo 2007. Em: PESTANA, M. I. et al. (Eds.). **Estudo exploratório sobre o professor brasileiro com base nos resultados do Censo Escolar da Educação Básica 2007**. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2009. p. 21–22.

BRASIL. **Rastreamento**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. v. 2

CALANDRIM, L. F. et al. Primeiros socorros na escola: treinamento de professores e funcionários. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 18, n. 3, p. 292–299, 2017.

CAMPOS JÚNIOR, V. P. DE et al. Educação em saúde para profissionais da educação sobre primeiros socorros: relato de experiência. **Revista Conexão UEPG**, v. 16, p. 1–8, 2020.

DE BEM, M. A. M. et al. Epidemiologia dos pequenos traumas em crianças atendidas no Hospital Infantil Joana de Gusmão. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 37, n. 2, p. 59, 2008.

JOSEPH, N. et al. Awareness, attitudes and practices of first aid among school teachers in Mangalore, South India. **Journal of Primary Health Care**, v. 7, n. 4, p. 274–281, 1 Dez. 2015.

LEMOS, É. F. L. et al. Educação em saúde: a experiência de alunos de Medicina no ensino em primeiros socorros. **Participação**, v. 20, p. 35–42, 2012.

LIBERAL, E. F. et al. Escola segura. **Jornal de Pediatria**, v. 81, n. 5, p. s155–s163, Nov. 2005.

MOTTA, S. F. C.; PEREIRA, J. L. **Guia Técnico: orientações para planejamento de retorno presencial nas escolas**. UEFS: [s.n.]. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/1CMIsX3P3nEHL047YRcXhaPTxOTBTyPFV/view>>. Acesso em: 4 dez. 2021.

RODRÍGUEZ, C. A.; KOLLING, M. G.; MESQUIDA, P. Educação e saúde: um binômio que merece ser resgatado. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 31, n. 1, p. 60–66, Abr. 2007.

SILVA, C. V. DA F. et al. Isolamento social devido à COVID-19 - epidemiologia dos acidentes na infância e adolescência. **Residência Pediátrica**, v. 10, n. 3, p. 1–6, 2020.

SILVA, L. G. S. DA et al. Primeiros socorros e prevenção de acidentes no ambiente escolar: intervenção em unidade de ensino. **Enfermagem em Foco**, v. 8, n. 3, p. 25–29, 2017.

SOUZA, T. DOS S. DE et al. Mídias sociais e educação em saúde: o combate às fakes news na pandemia pela covid-19. **Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 1, p. 124–130, 2020.

WHO. The characteristics of child injury. Em: PEDEN, M. et al. (Eds.). . **World report on child injury prevention**. Geneve: WHO, 2008. p. 5–8.

RESULTADOS PRELIMINARES DE UMA REVISÃO SISTEMÁTICA SOBRE O IMPACTO DA PANDEMIA SOBRE A APRENDIZAGEM NO BRASIL E NO MUNDO

Data de aceite: 01/08/2022

Data de submissão: 08/07/2022

Liliane da Veiga Silva Amorim

Programa de pós-graduação em Fonoaudiologia da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – FFC/UNESP
Marília, SP, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/5021527335519970>

Giseli Donadon Germano

Laboratório de Investigação dos Desvios da Aprendizagem (LIDA) do Departamento de Fonoaudiologia da Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – FFC/UNESP
Marília - São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/7195067914364471>

RESUMO: Com a pandemia do COVID19, houve a interrupção das aulas presenciais, substituindo assim o ensino remoto e trazendo impactos às experiências e práticas de pais e professores de escolares nos anos iniciais de alfabetização. O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão sistemática e analisar o impacto da pandemia na aprendizagem de escolares nos anos iniciais de alfabetização segundo as experiências e práticas de pais e professores. Trata-se de uma revisão sistemática, de acordo com o Preferred Reporting Items for Systematic Reviews e Meta-Analyses (PRISMA). Foi utilizada a plataforma PUBMED, seguindo os seguintes critérios:

inclusão e exclusão. Os descritores selecionados foram: elementary school AND COVID-19, elementary school AND pandemic, elementary school AND SARS-CoV-2. Os resultados indicaram 260 referências, sendo analisados 2 artigos em texto completo que se encaixavam dentro dos critérios. Foi visto que alunos e pais se mostraram entusiasmados na fase inicial do aprendizado online, porém após um tempo foi possível observar que os pais estavam estressados com muitas queixas e preocupações e os filhos sobrecarregados. Além disso, os artigos mostraram também que segundo os pais a maioria dos professores não utilizou tempo de instrução suficiente e/ou de qualidade para instruir os escolares quanto às aulas online. Outra queixa frequente em ambos os artigos foi da necessidade do apoio parental durante e após as aulas online além do suporte oferecido pela escola. Conclui-se que de 260 artigos, apenas 2 seguiram os critérios de inclusão e de exclusão, para a base Pubmed. Destaca-se que no Brasil pesquisas e estudos ainda são muito escassos, resultando num atraso em comparação com outros países.

PALAVRAS-CHAVE: Pandemia, Ensino Fundamental, Covid-19, Aprendizagem Online.

PRELIMINARY RESULTS OF SYSTEMATIC REVIEW ON THE IMPACT OF THE PANDEMIC ON LEARNING IN BRAZIL AND WORLDWIDE

ABSTRACT: With the COVID19 pandemia, face-to-face classes were interrupted, and replaced by remote teaching, which impacted the experiences and practices of parents and school teachers in

the initial early years of literacy. The aim of this study was to perform a systematic review and to analyze the impact of the pandemic on the learning of schoolchildren in the early years of literacy according to the experiences and practices of parents and teachers. This is a systematic review, according to the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA). The PUBMED platform was used, following criteria of inclusion and exclusion. The selected descriptors were: elementary school AND COVID-19, elementary school AND pandemic, elementary school AND SARS-CoV-2. The results indicated 260 references, being analyzed 2 articles in full text that fit within the criteria. It was seen that students and parents were enthusiastic in the initial phase of online learning, but after a while it was possible to observe that parents were stressed with many complaints and concerns and their children were overwhelmed. In addition, the articles also showed that, according to parents, most teachers did not use sufficient and/or quality instructional time to instruct students about online classes. Another frequent complaint in both articles was the need for parental support during and after online classes in addition to the support offered by the school. It was concluded that of 260 articles, only 2 followed the inclusion and exclusion criteria for the Pubmed database. It is noteworthy that in Brazil research and studies are still very scarce, resulting in a delay compared to other countries.

KEYWORDS: Pandemia, Elementary School, Covid-19, Online Learning.

1 | INTRODUÇÃO

Arruda (2020) sinaliza a relação existente entre a pandemia do COVID-19 e a necessidade das políticas públicas emergenciais que levaram ao isolamento de 90% da população estudantil mundial no ano de 2020. A escola torna-se neste momento um dos locais de maior probabilidade de contaminação pois nela há a socialização e a mobilidade de indivíduos de diversas faixas etárias. O autor evidencia a excepcionalidade da situação educacional mundial e as implicações da adoção de ações para a educação remota emergencial. Ele relata existir uma diferença significativa entre a implementação do ensino remoto e o atendimento emergencial em que alunos afetados pelo isolamento social são atendidos por meio das tecnologias digitais.

Assim, em março de 2020, com o agravamento causado pela pandemia COVID-19, e para a minimização dos impactos da doença, o Brasil decretou a suspensão das aulas presenciais, substituindo-as por atividades não presenciais e pelo ensino remoto emergencial (SAMPAIO, 2020).

Muitos escolares foram afetados no ano de 2020, devido à pandemia provocada pelo vírus SARS-CoV-2. Além das perdas imensuráveis de vidas, a pandemia interferiu no campo social, econômico e político. Por conta deste momento, houve a necessidade do isolamento social e com objetivo de evitar aglomerações se fez necessário a interrupção das aulas presenciais.

Segundo dados da UNESCO (2020), mostram que a crise causada pela Covid-19 resultou no encerramento das aulas em escolas e em universidades, afetando mais de 90%

dos estudantes do mundo.

No Brasil a estratégia utilizada para minimizar essa situação foi a utilização da educação remota emergencial, que teve como objetivo dar continuidade ao processo de ensino aprendizagem.

A proposta deste trabalho a partir dos acontecimentos recentes foi de buscar de estudos que caracterizem as experiências e práticas de pais e professores de escolares nos anos iniciais de alfabetização durante o período de pandemia.

2 | OBJETIVO

O objetivo deste estudo foi de realizar uma revisão sistemática e analisar o impacto da pandemia na aprendizagem de escolares nos anos iniciais de alfabetização segundo as experiências e práticas de pais e professores.

3 | MÉTODO

Trata-se de uma revisão sistemática. Foram realizadas buscas de literatura no PubMed, incluindo estudos publicados entre 01 de janeiro de 2017 e 01 de maio de 2019. A data da última busca de literatura utilizada em abril de 2020 a abril de 2022.

Como critérios de inclusão foram considerados:

- 1) estudos publicados desde abril de 2020 a abril de 2022;
- 2) artigos completos e grátis disponíveis para visualização e download;
- 3) trabalhos publicados em periódicos;
- 4) artigos publicados nos seguintes idiomas: português, inglês e espanhol;
- 5) artigos relacionados à metodologia de ensino e estratégias utilizadas por pais e/ou professores durante a pandemia de COVID-19 .
- 6) artigos que incluam na sua amostra escolares no ensino fundamental preferencialmente nas series iniciais.

Os critérios de exclusão foram considerados:

- 1) artigos que não tenham relação com o tema ou que fujam da temática sobre aprendizagem e pandemia;
- 2) artigos cujo contexto, temática ou amostra não seja voltado para as séries iniciais do ensino fundamental I;
- 3) artigos duplicados;
- 4) artigos com a temática exclusiva sobre saúde mental, obesidade, educação especial, desigualdade, alimentação, sono, atividade física, deficiência visual ou auditiva e sua relação com o Covid-19
- 5) artigos onde a temática seja exclusivamente sobre a transmissão de COVID-19

e/ou sobre vacinação.

4 | ANÁLISE DOS DADOS

A pergunta norteadora do estudo foi “Quais foram as principais estratégias e metodologias utilizadas por pais e professores para minimizar os efeitos da pandemia na aprendizagem de crianças em séries iniciais do Ensino Fundamental?”.

A estratégia de busca foi formulada a partir do quadro PICO (P – População, I – Intervenção, C – Comparação, O – Outcome(s) (por exemplo: Condição de saúde)(CAÑÓN; BUITRAGO-GÓMEZ, 2018), sendo 1) população: escolares no ensino fundamental preferencialmente nas séries iniciais; 2) intervenção: referências que envolviam estudos relacionados às estratégias e metodologias utilizadas por pais e professores durante a pandemia; 3) comparação: qualidade da aprendizagem durante a pandemia; 4) resultados: verificar se a pandemia acarretou prejuízos na aprendizagem acadêmica e a adequabilidade do sistema educacional; 5) tempo: publicações realizadas entre os anos de 2020 a 2022; 6) língua: português, inglês e espanhol.

Foram excluídos estudos sem relação com o tema ou que fujam da temática aprendizagem e pandemia, artigos duplicados, estudos cuja amostra não seja os anos iniciais de alfabetização e a estudos onde a temática fosse exclusiva sobre saúde mental, alimentação, atividade física, educação especial, a transmissão de COVID-19 ou sobre vacinação. Analisou-se os títulos de todos os estudos encontrados, seguido dos resumos e da leitura na íntegra dos textos mais relevantes. Os descritores selecionados foram: elementary school AND COVID-19, elementary school AND pandemic, elementary school AND SARS-CoV-2.

O fluxograma (realizado de acordo com o PRISMA das etapas de revisão e a estratégia de busca estão descritos na Figura 1.

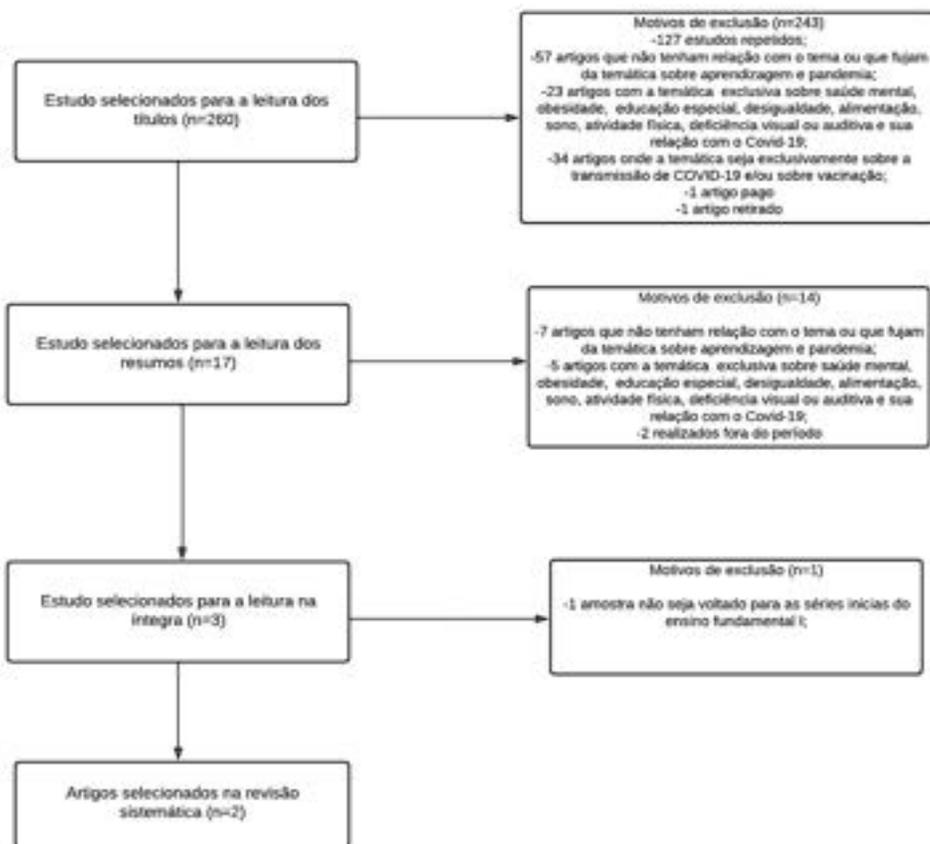


Figura 1 Estratégia de busca e fluxograma PRISMA das etapas de revisão

5 | RESULTADO E DISCUSSÃO

Das 260 referências, foram analisados 2 artigos em texto completo que se encaixavam dentro dos critérios. Tais artigos têm origem na China e no Canadá e foram realizados com o objetivo de analisar as experiências de pais de escolares no Ensino Fundamental em seus países e em período de pandemia.

O artigo de Cui et. al (2021), realizado na China mostrou que alunos e pais se mostraram entusiasmados na fase inicial do aprendizado online, porém após um tempo foi possível observar que os pais encontravam se estressados com muitas queixas e preocupações e os filhos sobrecarregados. Além disso, os pais mencionaram algumas questões preocupantes como: decepção quanto a interação durante a aula online, preocupação quanto os filhos não entenderem a matéria, o excesso de responsabilidades distribuído para os pais devido a assistência dada aos filhos durante e após as aulas online, preocupação com a visão das crianças, preocupação de que as explicações dos

professores não foram suficientemente detalhadas e preocupação com o interesse e atenção dos alunos durante as aulas online.

Outro artigo selecionado foi o de Fontenelle-Tereshchuk (2021), realizado no Canadá, tal artigo mostrou que segundo os pais a maioria dos professores não utilizou tempo de instrução suficiente e/ou de qualidade para instruir os escolares quanto as aulas online e que os recursos de aprendizagem eram escassos e desengajados durante o processo de aprendizagem remota, além disso muitos se sentiam frustrados quanto a interação dos escolares durante este período. Por fim, foi observado em tal artigo que muitos pais chegaram à conclusão de que aprendizagem online não é tão eficaz quanto aprendizagem presencial para crianças do ensino fundamental.

Foi observado que em ambos os artigos uma queixa frequente foi da necessidade do apoio parental durante e após as aulas online além do suporte oferecido pela escola.

Vale ressaltar que no Brasil foram escassos os estudos que analisaram este público durante o período pandêmico. Portanto é importante que se priorize mais estudos nessa área e para tal população.

6 | CONCLUSÃO

Conclui-se que de 260 artigos, apenas 2 seguiram os critérios de inclusão e de exclusão, para a base Pubmed. Destaca-se que no Brasil pesquisas e estudos ainda são muito escassos, resultando num atraso em comparação com outros países.

REFERÊNCIAS

ARRUDA, Eucídio Pimenta. **EDUCAÇÃO REMOTA EMERGENCIAL: elementos para políticas públicas na educação brasileira em tempos de Covid-19**. Em Rede - Revista de Educação a Distância, v. 7, n. 1, p. 257-275, 15 maio 2020.

CAÑÓN, Martín; BUITRAGO-GÓMEZ, Quiteria. **The research question in clinical practice: a guideline for its formulation**. Revista Colombiana de Psiquiatria, v. 47, n. 3, p. 193-200, 2018.

CUI, Shu et al. **Experiences and attitudes of elementary school students and their parents toward online learning in China during the COVID-19 pandemic: Questionnaire study**. Journal of medical Internet research, v. 23, n. 5, p. e24496, 2021.

FONTENELLE-TERESHCHUK, Daniela. **'Homeschooling' and the COVID-19 crisis: the insights of parents on curriculum and remote learning**. Interchange, v. 52, n. 2, p. 167-191, 2021.

MOHER, David et al. **Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement (Chinese edition)**. Journal of Chinese Integrative Medicine, v. 7, n. 9, p. 889-896, 2009.

PRISMA [Internet]. **Oxford Centre for Evidence-based Medicine – Levels of Evidence**. Oxford; 2009 [citado em 2019 May 1]. Disponível em: <http://www.cebm.net/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidence-march-2009/>

SAMPAIO, Renata Maurício. **Práticas de ensino e letramentos em tempos de pandemia da COVID-19.** Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento , v. 9, n. 7, pág. e519974430-e519974430, 2020.

UNESCO. **A Comissão Futuros da Educação da Unesco apela ao planejamento antecipado contra o aumento das desigualdades após a COVID-19.** Paris: Unesco, 16 abr. 2020. Disponível em: <https://pt.unesco.org/news/comissao-futuros-da-educacao-da-unesco-apela-ao-planejamento-antecipado-o-aumento-das>. Acesso em: 4 jun. 2020. [Links]

URRÚTIA, Gerard; BONFILL, Xavier. Declaración PRISMA: **una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis.** Medicina clínica, v. 135, n. 11, p. 507-511, 2010.

CONCEPÇÕES DE SAÚDE E DOENÇA QUE PERMEIAM AS NORMATIVAS E ESTRATÉGIAS VOLTADAS PARA A ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: INTERVENÇÃO NA SAÚDE PÚBLICA OU NA SAÚDE COLETIVA?

Data de aceite: 01/08/2022

Data de submissão: 19/07/2022

Maria Laudinete de Menezes Oliveira

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN)

Mossoró, Rio Grande do Norte
<http://lattes.cnpq.br/1520423323373976>

Ana Karinne de Moura Saraiva

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN)

Mossoró, Rio Grande do Norte
<http://lattes.cnpq.br/1352999270307520>

Moêmia Gomes de Oliveira Miranda

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN)

Mossoró, Rio Grande do Norte
<http://lattes.cnpq.br/7041496129601963>

Ana Taís Lopes de Oliveira

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN)

Mossoró, Rio Grande do Norte
<http://lattes.cnpq.br/2327305946119761>

RESUMO: o presente estudo objetivou analisar as concepções de clínico e epidemiológico que permeiam as normativas e estratégias voltadas para a atenção à saúde da População em Situação de Rua. Método: Para o alcance dos objetivos propostos, foi realizado um estudo qualitativo e documental. O universo do estudo diz respeito às normativas e as estratégias construídas

pelos Ministério da Saúde para a População em Situação de Rua a partir da institucionalização do Sistema Único de Saúde. Dessa forma, a busca foi realizada no próprio site do Ministério da Saúde, onde encontramos o total de sete normativas e estratégias. A análise dos dados foi desenvolvida em um movimento concatenado em que os dados apreendidos passaram por leituras sucessivas na perspectiva de identificar categorias. Resultados: a compreensão do processo saúde e doença perpassa hegemonicamente pelo o modelo multicausal, que reduz a explicação do aparecimento das doenças aos fatores de risco, sobressaem ainda concepções centradas no indivíduo e na doença. O que prevalece nas estratégias e normativas voltadas para PSR, é a utilização dos métodos da Epidemiologia tradicional e a hegemonia dos métodos da Clínica oficial, se configurando, portanto, como um claro obstáculo epistemológico para a estruturação do cuidado integral. Conclusão: Essas concepções incidem na fragilização do processo saúde e doença dessa população, uma vez que a compreensão de fatores de risco desconsidera o peso da determinação social nesse processo, remetendo-o a um estado individual, em que a culpa do adoecimento recai sobre o indivíduo. Essa compreensão traz à tona uma das críticas mais frequentes ao arranjo das práticas em saúde que é a ênfase na assistência individual, curativista e biologicista, que impossibilitam visualizar o indivíduo em sua inserção no espaço coletivo.

PALAVRAS-CHAVE: População em Situação de Rua; Saúde Pública; Saúde Coletiva.

CONCEPTIONS OF HEALTH AND DISEASE THAT PERMEATE THE REGULATIONS AND STRATEGIES AIMED AT THE HEALTH CARE OF THE POPULATION IN SITUATION AND STREET: INTERVENTION IN PUBLIC HEALTH OR IN COLLECTIVE HEALTH?

ABSTRACT: the present study aimed to analyze the clinical and epidemiological concepts that permeate the regulations and strategies aimed at the health care of the Homeless Population. Method: To achieve the proposed objectives, a qualitative and documentary study was carried out. The universe of the study concerns the regulations and strategies built by the Ministry of Health for the Homeless Population from the institutionalization of the Unified Health System. Thus, the search was carried out on the Ministry of Health website, where we found a total of seven regulations and strategies. Data analysis was developed in a concatenated movement in which the apprehended data underwent successive readings in order to identify categories. Results: the understanding of the health and disease process hegemonically permeates the multicausal model, which reduces the explanation of the appearance of diseases to risk factors, conceptions centered on the individual and the disease still stand out. What prevails in the strategies and regulations aimed at PSR is the use of traditional Epidemiology methods and the hegemony of the official Clinic methods, thus constituting a clear epistemological obstacle for the structuring of comprehensive care. Conclusion: These conceptions affect the weakening of the health and disease process of this population, since the understanding of risk factors disregards the weight of social determination in this process, referring it to an individual state, in which the blame for illness falls on the patient. individual. This understanding brings to light one of the most frequent criticisms of the arrangement of health practices, which is the emphasis on individual, curative and biological assistance, which makes it impossible to visualize the individual in his insertion in the collective space.

KEYWORDS: Homeless Population; Public health; Collective Health.

1 | INTRODUÇÃO

As primeiras iniciativas sistematizadas em saúde no Brasil emergiram no início do século XX configurando o Modelo Sanitarista Campanhista. Com inspiração militarista, as práticas estavam pautadas numa concepção de saúde/doença unicausal, cuja intervenção estava restrita ao controle urbano de epidemias como forma de garantir o saneamento dos portos para o pleno desenvolvimento econômico do país. Neste contexto, começava a se delinear políticas e práticas em saúde de caráter pontual e eventual com uma abordagem restrita ao “combate” de epidemias e endemias na zona urbana do Brasil.

A modernização do Estado brasileiro, o processo de industrialização e regulamentação das relações de trabalho contribuíram para uma mudança na agenda da saúde. Neste período, evidenciou-se a mudança do lócus de intervenção em saúde da rua para o corpo doente. Gestado concomitantemente ao movimento da Previdência Social, o Modelo Médico Assistencial Privatista, marca a construção de uma política de saúde assentada na prática médica individual, assistencialista, biologicista, especializada e voltada para a lucratividade, em detrimento a uma prática em saúde de caráter preventivo e coletivo.

O processo de redemocratização do Brasil, construído a partir da década de 1970, representou um período marcante para a sociedade brasileira, em especial, para a saúde, uma vez que lutou contra o autoritarismo e a ditadura, na perspectiva de construir uma democracia no país. É nesse período que efervesce e consolida o movimento da Reforma Sanitária, movimento social, político e ideológico que vislumbrava uma “Reviravolta na Saúde” (SCOREL, 1998).

A Reforma Sanitária é um movimento que objetivou/objetiva construir mudanças nas políticas e práticas excludentes em saúde. Neste sentido, não se restringiu/restringe a luta pela legalização de um Sistema Único de Saúde (SUS), mas promover uma mudança paradigmática no pensar e fazer em saúde a partir de concepções mais totalizadoras, justas e democráticas de sociedade, saúde/doença, gestão, formação e *etc.*

O SUS, enquanto materialidade do movimento social de Reforma Sanitária desconstrói a lógica do paradigma hegemônico na saúde. A concepção ampliada de saúde, os princípios filosóficos e operacionais como universalidade, integralidade e equidade, nos faz reconhecer que o SUS não é, apenas, mais uma mudança normativa-operacional, mas eminentemente paradigmática.

Essa mudança está alicerçada, principalmente, na garantia do direito à saúde e na compreensão das necessidades de saúde como sociais. Desse modo, a saúde não é mais compreendida como ausência de doença, tampouco atendendo a uma relação linear de causa e efeito, mas é, eminentemente, um direito de cidadania.

Portanto, políticas e práticas alicerçadas em concepções individuais e biológicas, são insuficientes para intervir nos determinantes do processo saúde/doença, uma vez que os problemas de saúde se constroem a partir das diferentes formas de viver e trabalhar dos sujeitos. Complementando a discussão, Laurell (1982, p. 2) esclarece que “a natureza social da doença não se verifica no caso clínico, mas no modo característico de adoecer e morrer nos grupos humanos”. Desse modo, perde sentido as disjunções, saúde-doença, biológico-social e individual-coletivo historicamente construídas no setor saúde.

Contudo, em meio à conquista dos princípios e diretrizes do SUS, bem como de uma compreensão ampliada de saúde, começa-se a se delinear, complementarmente, no cenário nacional, um projeto conservador em saúde - Projeto Neoliberal que é uma reconfiguração do modelo Médico Assistencial Privatista que veio para impulsionar e reafirmar a segmentação, a individualização, a biologização e as desigualdade sociais (BOSCO FILHO, 2010).

Desse modo, a permanência dos princípios flexnerianos, de uma medicina científica e de concepções sobre saúde/doença pautadas na teoria multicausal, contribuem para que as políticas e as práticas em saúde no SUS estejam alicerçadas em conceitos e ações fundadas em um pensamento disjuntivo e numa razão rígida, controladora e arrogante, que encontra no biologicismo, individualismo e tecnicismo as estratégias de intervenção (SARAIVA, 2015).

Ante o exposto, é possível afirmar que um dos principais desafios para a materialização do direito a saúde está no projeto político-econômico neoliberal em curso no país. Este desafio amplia-se ao percebermos o número crescente de pessoas que são excluídas das estruturas convencionais da atual sociedade, como emprego, moradia e privacidade.

Trata-se de uma população pouco reconhecida, mas muito vista nas ruas, embaixo dos viadutos, nos faróis e becos da cidade, áreas faveladas, logradouros públicos, próximos a centro comercial, espaços urbanos, albergue; caracteriza-se como uma população flutuante, alguns ocupam locais próximas a rodovias e estradas bem como áreas de eminente risco (BOTTI et al, 2009).

São milhares de pessoas, de famílias, que vivem na e da rua, entretanto, quando organizadas, preferem a denominação de “pessoas em situação de rua”, visando caracterizar o princípio da transitoriedade deste processo de absoluta exclusão social, mesmo que no fundo, muitos saibam que sair da rua não é tão simples. As políticas voltadas a essa população, majoritariamente, são apenas compensatória, assistencialistas (ROSA, CAVICCHIOLI, BRÊTAS, 2005).

A População em Situação de Rua, de modo particular em Mossoró/RN, está à margem de políticas sociais justas e cidadãs, existindo uma distância entre o direito de cidadania e a vida das pessoas que vivem em situação de rua. Especialmente, a materialização da política de saúde para esta população, tem assumido caráter focalizar e pontual, não contribuindo para a mudança das condições de vida e saúde numa perspectiva de justiça social. Persistem ainda, ações de caráter paliativo e higienista, pautadas em um modelo unicausal e no máximo multicausal da doença (LIRA, JUSTINO, SARAIVA, 2014).

Como foi afirmado anteriormente, definir políticas de saúde coerentes com o Sistema Único de Saúde requer coerência com a realidade de vida e trabalho da população, bem como estar alicerçada em concepções justas, democráticas e totalizadoras de sociedade, de saúde/doença e de cidadania. Ademais, requer políticas/estratégias fundamentadas na indissociabilidade entre o clínico e o epidemiológico, uma vez que estes saberes se constituem em base teórica e metodológica necessária para uma intervenção coerente com o SUS.

Diante do exposto, o presente estudo objetivou analisar as concepções de clínico e epidemiológico que permeiam as normativas e estratégias voltadas para a atenção à saúde da População em Situação de Rua.

2 | METODOLOGIA

Para o alcance dos objetivos propostos, foi realizado um estudo qualitativo e documental, tendo como perspectiva apreender o objeto em sua essência, considerando a sua especificidade, suas articulações e determinações históricas concretas. Contribuindo

com a discussão, Cellard *apud* Sá-Silva et al (2009, p.2), afirmam que um estudo de natureza documental “favorece a observação do processo de maturação ou de evolução de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades, práticas, entre outros”.

Desse modo, o presente estudo foi operacionalizado em dois movimentos articulados e que, portanto, não obedecerão a uma ordem de prioridade e acontecerão considerando as necessidades geradas pelo próprio estudo. Esses dois momentos ocorrerão de modo concomitante, não existindo, assim, uma ordem cronológica e uma concepção rígida de se fazer pesquisa. Como coloca Almeida (2009, p. 107), o método está em permanente reconstrução, “[sendo] capaz de articular objetividade e subjetividade. Princípios gerais que apelam e exigem criatividade, sensibilidade e inventividade do pesquisador, ao mesmo tempo em que permitem distinguir rigidez de rigor científico”.

Esclarecendo os movimentos supracitados, primeiramente foi realizada uma revisão bibliográfica sobre a temática da pesquisa, visando contextualizar o objeto de estudo, oportunidade em que revisitamos a produção de autores que já escreveram sobre a temática, entre os quais citamos: Paim (1994, 1997, 2008); Escorel (1998); Mendes (1995); Mendes- Gonçalves (1992, 1994), Almeida Filho (1994); Campos (2011), Breilh (1991) entre outros. Já no segundo movimento, foi realizada leitura sistemática, minuciosa e crítica de políticas/estratégias/normativas construídas pelo Ministério da Saúde para a População em Situação de Rua.

O universo do estudo diz respeito às normativas e as estratégias construídas pelo Ministério da Saúde para a População em Situação de Rua a partir da institucionalização do Sistema Único de Saúde. Dessa forma, a busca foi realizada no próprio site do Ministério da Saúde, onde encontramos o total de sete normativas e estratégias, sendo elas: a Política Nacional para a Inclusão Social da População em Situação de Rua de 2008; o Decreto Nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009, que Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências; o Plano Operativo para Implementação de Ações em Saúde da População em Situação de Rua 2012-2015 de 2012; Manual sobre o Cuidado à Saúde junto a População em Situação de Rua de 2012; Cartilha sobre a Saúde da População em Situação de Rua: um direito humano de 2014; Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua – Centro Pop de 2011 e o Guia de atuação ministerial - Defesa dos Direitos das Pessoas em Situação de Rua de 2015.

A análise dos dados foi desenvolvida em um movimento concatenado em que os dados apreendidos passaram por leituras sucessivas na perspectiva de identificar categorias. Após este momento, o material foi submetido a um novo exame onde foram estabelecidas relações e associações entre eles e, assim, foram combinados, separados e reorganizados. Esse movimento visou ampliar o campo de informações, produzindo um novo conhecimento.

Por fim, esclarecemos que esta pesquisa não foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN, uma vez que se utilizou a análise de documentos de domínio público disponíveis em sítios eletrônicos.

3 | RESULTADOS

3.1 Apresentação das normativas e estratégias voltadas para a atenção à saúde da população em situação de rua

Normativas e Estratégias	Objetivos	Data	Órgão Emissor	Tipo do Doc.
SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: Um direito humano.	Expor diretrizes, estratégias e ações destinadas à melhoria das ações de saúde para a População em Situação de Rua; Combater o preconceito em relação a essa população no SUS; e garantir seu acesso aos serviços de saúde, com atendimento integral e humanizado.	2014	Ministério da Saúde	Cartilha
MANUAL SOBRE O CUIDADO À SAÚDE JUNTO A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA.	Ampliar o acesso e a qualidade a atenção integral à saúde dessa população.	2012	Ministério da Saúde	Normas e Manual
PLANO OPERATIVO PARA IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES EM SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA 2012-2015.	Garantir o acesso aos serviços de saúde, bem como a melhoria do nível de saúde dessa população, por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades de gênero, geração, raça/cor, etnia, orientação religiosa e orientação sexual; a redução de riscos à saúde, decorrentes dos processos de trabalho na rua e das condições de vida (falta de higiene adequada, exposição a baixas temperaturas, alimentação inadequada ou insuficiente, sono irregular, exposição a intempéries, etc.) e a melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida.	2012	Ministério da Saúde	Plano Operativo
POLÍTICA NACIONAL PARA INCLUSÃO SOCIAL DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	Orientar a construção e execução de políticas públicas voltadas a este segmento da sociedade, historicamente à margem das prioridades dos poderes públicos.	2008	Governo Federal	Política
ORIENTAÇÕES TÉCNICAS: CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO PARA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA – CENTRO POP	Orientar, em todo o território nacional, a gestão do Centro POP e a oferta qualificada do Serviço	2011	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS	Orientações Técnicas

GUIA DE ATUAÇÃO MINISTERIAL - DEFESA DOS DIREITOS DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA.	Orientar os membros do Ministério Público nacional na atuação da defesa dos direitos das pessoas em situação de rua.	2015	Conselho Nacional do Ministério Público	Guia
Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009.	Instituir a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências.	2009	Presidência da República Casa Civil.	Política nacional

Quadro 1 - Apresentação das normativas e estratégias encontradas

Fonte: Autor, 2017.

4 | DISCUSSÃO

4.1 Concepções de clínico e epidemiológico que permeiam as normativas e estratégias

De modo geral, observou-se nas normativas e estratégias voltadas para a População em Situação de Rua (PSR), fragmentos que nos permite compreender a Situação de Rua e o Processo Saúde-doença da População em Situação de Rua (PSR) sob o enfoque da determinação social, como podemos observar nos fragmentos a seguir:

Pessoas em situação de rua podem se caracterizar como vítimas de processos sociais, políticos e econômicos excludentes (Martins, 1994) (POLÍTICA NACIONAL PARA INCLUSÃO SOCIAL DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA, 2008, pag.3).

Neste sentido, parte-se do pressuposto que a problemática da situação de rua configura-se como processo histórico, resultante da inserção do homem na vida e no trabalho. Pontua-se, contudo, que tal concepção não pode ser considerada hegemônica, sendo possível percebê-la apenas em fragmentos pontuais, que se desfazem e se contradizem ao longo dos textos.

Nesse sentido, contraditoriamente, observou-se nas mesmas normativas e estratégias, concepções que nos levam a compreender esse fenômeno através do enfoque da multicausalidade, como podemos observar nos fragmentos a seguir:

Como aponta Silva (2006), são comumente enumeradas várias espécies de fatores motivadores da existência de pessoas em situação de rua, tais como fatores estruturais (ausência de moradia, inexistência de trabalho e renda, mudanças econômicas e institucionais de forte impacto social etc.), fatores biográficos (alcoolicismo, drogadição, rompimentos dos vínculos familiares, doenças mentais, perda de todos os bens, etc. além de desastres de massa e/ou naturais (enchentes, incêndios, terremoto, etc.) (POLÍTICA NACIONAL PARA INCLUSÃO SOCIAL DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA, 2008, pag.3).

Tal concepção nos permite compreender a problemática da situação de rua e o

processo saúde e doença, como sendo determinados por fatores de risco. Neste sentido, o social é apresentado como fatores de riscos externos para a problemática da situação de rua, renegando todo o caráter histórico e social que determina tal situação.

As normativas e estratégias voltadas para atenção à saúde da população em situação de rua, a compreensão do processo saúde e doença perpassa hegemonicamente pelo o modelo multicausal, que reduz a explicação do aparecimento das doenças aos fatores de risco, sobressaem ainda concepções centradas no indivíduo e na doença. O Plano Operativo para Implementação de Ações em Saúde da População em Situação de Rua, no seu eixo sobre promoção e vigilância em saúde, concebe ações que visem:

Intensificar a busca ativa e os tratamentos supervisionados para o controle de doenças infecciosas; controlar e reduzir a incidência de tuberculose, DST/aids e outros agravos recorrentes nessa População; e propor para pactuação na CIT estratégias que garantam o acesso dessa população às vacinas disponíveis no SUS (2013, pag. 6).

Observou-se neste e em vários fragmentos que o processo saúde-doença da PSR, no geral, é associado às questões biológicas/ patológicas, em alguns casos, associa-o a um fator social, em geral, relativo ao estilo de vida, cuja consequência é a culpabilização das pessoas pela condição na qual se encontram ou pela patologia adquirida. Portanto esquece, mascara, ou desconsidera a relação de determinação estabelecida entre o processo saúde-doença e o modo de trabalhar e viver dessa população (PAIVA, 2016).

Essas concepções refletem na prática nos atendimentos dessa população apenas em situações emergenciais, muitas vezes, por profissionais sem o devido preparo técnico para compreender suas necessidades de saúde, nos rótulos estigmatizantes que designa essa população como indivíduos “sobrantes”, desnecessários, sem identificação e utilidade social, perigosos, drogados, sujus, carentes de direitos, de vínculos afetivos, de educação, acabam sendo reduzidos às suas doenças (PAIVA, 2016).

Tais concepções vão conformando as bases para o fortalecimento de uma clínica, baseada no paradigma biológico individual da doença, denominada de “Clínica Clínica” ou “Clínica Oficial”, que é considerada hegemônica, mas que apresenta diversas limitações.

Nesta Clínica, a concepção de doença é a localizada no corpo, uma concepção biomédica e que se encontra vinculada à questão da produção. A doença é tratada, portanto, a partir do indivíduo e de causas endógenas a seu organismo e psiquismo, e não, a partir da própria sociedade, do ambiente, das condições de vida e trabalho. Grosso modo, essa concepção reduz a doença e a saúde ao contorno biológico individual, separando o sujeito de seu contexto integral de vida (MINAYO, 1997) o que se opõem às ideias agregadas sob o rótulo do cuidado e da integralidade.

Na Clínica oficial, a medicina opera com um objeto de estudo e de trabalho reduzido aos aspectos biomédicos e epidemiológicos, o que traz implicações negativas tanto para seu campo de saberes quanto para seus métodos e técnicas de intervenção. Ao se

responsabilizar pela enfermidade e deixando em segundo plano a pessoa enferma, a clínica oficial se desresponsabiliza pela integralidade dos sujeitos (CAMPOS, 1997; CAMARGO JR., 1990).

Diante das limitações da Clínica oficial, surge um movimento de reforma da clínica, que busca uma ampliação do objeto de saber e de intervenção da clínica, que assenta-se principalmente no deslocamento da ênfase na doença para centrá-la sobre o sujeito concreto, portador de alguma enfermidade, daí surge o título Clínica do Sujeito (CAMPOS, 1997).

Nessa Clínica, busca-se uma nova dialética entre o sujeito e a doença, onde não é aceita a antidialética do positivismo que fica com a doença e descarta os sujeitos, nem o extremo, a doença como se não existisse, quando na verdade ela está lá, no corpo. É necessário perceber o paciente, o sujeito concreto enfermo, as pessoas reais em sua existência concreta (CAMPOS, 1997). Acredita-se que essa renovada clínica conseguiria perceber os modos de viver da PSR compreendendo-os enquanto sujeitos concretos, sociais e singulares.

No que concerne às concepções de epidemiológico, observou-se que parece ser uma tendência atual a substituição de uma lógica totalizadora e integral do processo saúde e doença, por uma lógica individualista, centrada somente na doença, como podemos observar no fragmento abaixo:

Fazer busca ativa de agravos prevalentes na rua, priorizando a tuberculose, DST, hepatites virais, dermatoses, uso abusivo de álcool e outras drogas, entre outros (MANUAL SOBRE O CUIDADO À SAÚDE JUNTO A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA, 2012, pag. 44).

Observa-se que a concepção de epidemiologia que permeia as normativas e estratégias pauta-se hegemonicamente na Epidemiologia Tradicional. Tal concepção identifica seu objeto exclusivamente com as condições de normalidade ou anormalidade psicobiológicas dos indivíduos, e as considera modificáveis pela ação de fatores de risco de diferentes ordens e que se distribuem na população, segundo grupos de idade, sexo, ocupação, raça e etc. Isto é, seu objeto toma corpo, a partir da combinação de um conjunto de dados empíricos que se manifestam como evidência exterior do processo saúde e doença em casos individuais (BREILH, 1991).

Para Forattini (1990) a maior limitação atribuída a essa epidemiologia vem a ser o de ter, de maneira excessiva, concentrado as pesquisas no estabelecimento da causalidade entre eventos e, conseqüentemente, erigindo como objeto fundamental do estudo epidemiológico, o das associações entre a doença e os vários fatores ambientais.

A epidemiologia tradicional busca beneficiar os setores atrasados da sociedade. Aborda princípios de causalidade e distribuição em seus efeitos aparentes, mede, correlaciona tais efeitos, para detectar a prevalência de alterações orgânicas ou psíquicas que transtornam a produtividade e assim estabelece bases mínimas de proteção dos

grupos produtivos. Atua, portanto, segundo normas de eficiência e efetividade delimitadas de acordo com as necessidades de desenvolvimento do grande capital (BREILH, 1991).

Diante dessas limitações surge uma corrente de pensamento denominada de Epidemiologia Crítica, com o objetivo de superar essa visão pragmática, esquadrihar os estratos mais profundos da estrutura social onde surge a determinação dos grandes processos, desmistificar o fetichismo da igualdade dos homens frente ao risco de adoecer e descrever a gênese da distribuição segundo as classes sociais e segundo os perfis patológicos que as caracterizam (BREILH, 1991).

Essa epidemiologia busca a ruptura com os reducionismos e idealização das ciências neopositivista, porque, parte de uma construção objetiva da realidade e de um novo tipo de vínculo com o povo e consiste em uma linha de crítica permanente aos elementos técnicos e ideológicos que sustentam o capitalismo, considerado patogênico e, portanto oposto ao exercício epidemiológico verdadeiramente eficaz (BREILH, 1991).

No entanto, o que prevalece nas estratégias e normativas voltadas para PSR, é a utilização dos métodos da Epidemiologia tradicional e a hegemonia dos métodos da Clínica oficial, se configurando, portanto, como um claro obstáculo epistemológico para a estruturação do cuidado integral. As políticas e práticas alicerçadas em concepções individuais e biológicas são insuficientes para intervir nos determinantes do processo saúde/doença, uma vez que os problemas de saúde se constroem a partir das diferentes formas de viver e trabalhar dos sujeitos.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS: INTERVENÇÃO NA PERSPECTIVA DA SAÚDE COLETIVA OU DA SAÚDE PÚBLICA?

De modo geral, as normativas e estratégias voltadas para a PSR, possui uma centralidade no modelo multicausal de saúde e doença, com enfoque no paradigma hegemônico na saúde (biológico-individual). Essa concepção incide na fragilização do processo saúde e doença dessa população, uma vez que a compreensão de fatores de risco desconsidera o peso da determinação social nesse processo, remetendo-o a um estado individual, em que a culpa do adoecimento recai sobre o indivíduo.

Essa compreensão traz à tona uma das críticas mais frequentes ao arranjo das práticas em saúde que é a ênfase na assistência individual, curativista e biologicista, que impossibilitam visualizar o indivíduo em sua inserção no espaço coletivo. Como consequência, temos uma atenção à saúde limitada aos aspectos biológicos, que em pouco contribui para a transformação da realidade de saúde/doença individual e coletiva, especialmente da PSR (BONFADA, 2012).

Tais concepções hegemônicas vão conformando as bases para uma concepção de clínica oficial e de epidemiologia tradicional, que não compreendem os modos de viver, adoecer e morrer do coletivo, apresentando uma intervenção limitada que atende, portanto, os princípios da saúde pública.

No entanto, as demandas desta década não dizem respeito à utilização progressiva dos conceitos da velha saúde pública, pelo contrário, deve-se romper com os reducionismos e idealizações da ciência neopositivista e adotar um pensamento emancipador que rompa as amarras conceituais e político-ideológicas dessa linha de pensamento (BREILH, 1991).

A saúde coletiva surge como um termo vinculado ao esforço de transformação, como opção oposta, como veículo de uma construção alternativa da realidade. Enquanto a saúde pública conceitua a saúde e doença empiricamente, reduzindo-a ao plano fenomênico e individualizado da causalidade etiológica, a saúde coletiva se propõe a estudar o processo saúde-doença pela sua determinação histórica social e como produto de um processo coletivo.

A Saúde Coletiva toma das Ciências Sociais muitas das suas categorias de análise. É por isso que Egry (2008, p. 66) ressalta que “ao contrário do que muitos imaginam a Saúde Coletiva não é um neologismo ou mesmo uma tentativa de modernização da saúde pública”, pois enquanto esta última raciocinava nos limites da tríade hospedeiro/agente etiológico/meio ambiente, a primeira introduz as categorias ‘trabalho’, ‘política’, ‘conflito social’, ‘estado e classes sociais’, ‘exclusão social’, etc. (PERNA e NOLASCO, 2008).

Uma intervenção na perspectiva da saúde coletiva teria que ter por base a determinação social do processo saúde e doença, a indissociabilidade entre a clínica (do sujeito) e epidemiologia (crítica), a relação dialética entre individual e coletiva, biológico e social.

Essa compreensão é capaz de intervir nos problemas e nos determinantes, de forma intersetorial e interdisciplinar, coerentes com as necessidades sociais da População em Situação de Rua. Conclui-se então, que a reinterpretação científica do processo saúde e doença coletiva é o desafio das políticas de saúde na contemporaneidade.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. C. **Método e complexo e desafios da pesquisa**. In: ALMEIDA, M. C. de ; CARVALHO, E. de A. *Cultura e pensamento Complexo*. São Paulo: Editora da Física, 2009.

BONFADA, D. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 2, p. 555-560. 2012.

BOSCO FILHO, J. **As lições do Vivo. A natureza e as Ciências da Vida**. 2010. 158f. Tese (Doutorado) Programa de Pós-graduação em Educação. Natal/RN, 2010.

BOTTI, N. C. L. et al. Condições de saúde da população de rua da cidade de Belo Horizonte. **Cad. Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 1, n. 2, p. 164-179, 2009.

BREILH, J. **Epidemiologia: Economia, Política e Saúde**. São Paulo: UNESP/HUCITEC, 1991.

CAMARGO JR. K. R. **(Ir)racionalidade Médica: os paradoxos da clínica.** 1990, 135f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social da UERJ, 1990.

CAMPOS, G. W. S. **A Clínica Do Sujeito: Por uma Clínica Reformulada e Ampliada.** Publicado em Saúde Páidéia. São Paulo, Editora Hucitec, 1997.

CELLARD, A. **A análise documental.** In: POUPART, J. et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

EGRY, E. Y. Instrumentos de avaliação de necessidades em saúde aplicáveis na Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Esc. Enfermagem da USP.** v. 43, n.2. p.1181-1186, São Paulo: SP, 2008.

ESCOREL, S. **Reviravolta na Saúde: Origem e articulação do movimento sanitário.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

FORATTINI, O. P. Epidemiologias, ou epidemiologia?. **Rev. Saúde Pública.** v. 24, n.1, p.1-2. 1990.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. **Revista Latinoamericana de Salud,** v. 2, p. 7-25. México, 1982.

LIRA, C. D. G.; JUSTINO, J. M. R.; SARAIVA, A. K. M. **As políticas sociais e a população em situação: universalização excludente?** In: II Semana de Ciência, Tec. e Inovação da UERN, n. 1, 2014. Mossoró: Edições UERN, 2014.

MINAYO, M. C. S. Saúde: Concepções e políticas públicas Saúde e doença como expressão cultural. In: AMÂNCIO FILHO, A.; MOREIRA, M.C.G. B (Org.). **Revista: Saúde, trabalho e formação profissional,** p.27-39. 1997.

PAIVA, I. K. S. et al. Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 21, n. 8, p. 2595-2606, 2016.

PERNA, P. O. ; NOLASCO, M. M. O Materialismo Histórico-Dialético e a Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva: A Demarcação Do 'Coletivo' Para a Ação Da Enfermagem. **Rev. Trabalho Necessário,** v. 6, n. 6, p. 1-28, 2008.

ROSA, A. S.; CAVICCHIOLI, M. G. S.; BRÉTAS, A. C. P. O processo saúde-doença-cuidado e a população em situação de rua. **Revista Latino-Americana de Enfermagem,** v. 13, n. 4, p.576-582. 2005.

SARAIVA, A. K. M.. **Ousadia individual, apostas coletivas.** A formação em Enfermagem. Natal: EDUFRRN, 2015.

SÁ-SILVA, J. R. S; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História e Ciências Sociais.** v. 1, n.1, jun. 2009.

A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E O SEU PROCESSO DE ADENTRAR AS RUAS

Data de aceite: 01/08/2022

Data de submissão: 19/07/2022

Maria Laudinete de Menezes Oliveira

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN)

Mossoró, Rio Grande do Norte

<http://lattes.cnpq.br/1520423323373976>

Ana Karinne de Moura Saraiva

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN)

Mossoró, Rio Grande do Norte

<http://lattes.cnpq.br/1352999270307520>

Moêmia Gomes de Oliveira Miranda

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN)

Mossoró, Rio Grande do Norte

<http://lattes.cnpq.br/7041496129601963>

Ana Taís Lopes de Oliveira

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN)

Mossoró, Rio Grande do Norte

<http://lattes.cnpq.br/2327305946119761>

RESUMO: o estudo busca caracterizar a população em situação de rua acolhida em uma instituição pública e identificar os determinantes do adentrar a rua. Método: estudo exploratório e de natureza qualitativa, tendo por procedimentos metodológicos: análise documental dos registros da PSR e entrevistas semiestruturada com os profissionais da instituição. Resultados: a PSR

do estudo se caracteriza enquanto um grupo heterogêneo. As principais razões que levaram a PSR adentrar na situação de rua foram os conflitos familiares e contraditoriamente a busca pela família, além do desemprego e do uso de álcool e outras drogas. Conclusão: existe uma relação de determinação entre a sociedade capitalista e as condições nas quais ocorre o processo de adentrar as ruas, em que o sujeito se encontra desprovida de direito e que se trata de um fenômeno multifacetado que não pode ser explicado através de uma perspectiva unívoca e monocausal.

PALAVRAS-CHAVE: População em Situação de Rua; Necessidade de Saúde; Saúde Coletiva.

POPULATION IN STREET SITUATION AND THEIR PROCESS OF ENTERING THE STREETS

ABSTRACT: The study seeks to characterize the homeless population welcomed in a public institution and identify the determinants of entering the street. Method: exploratory and qualitative study, having as methodological procedures: document analysis of PSR records and semi-structured interviews with the institution's professionals. Results: the PSR of the study is characterized as a heterogeneous group. The main reasons that led the PSR to enter the street situation were family conflicts and, contradictorily, the search for the family, in addition to unemployment and the use of alcohol and other drugs. Conclusion: there is a relationship of determination between capitalist society and the conditions in which the process of entering the streets occurs, in which the subject is

deprived of rights and that it is a multifaceted phenomenon that cannot be explained through a perspective univocal and monocausal.

KEYWORDS: Homeless Population; Health Need; Collective Health.

1 | INTRODUÇÃO

O processo de globalização que envolve hoje toda a economia vem produzindo um conjunto de fenômenos novos na economia mundial e na sociedade, bem como interferindo na vida social da humanidade (COSTA, 2006). Mudanças como a reestruturação produtiva, a integração mundial de mercados financeiros, a internacionalização das economias, a desregulamentação e abertura de novos mercados, a quebra de barreiras protecionistas gera incertezas e tensões na sociedade brasileira (FENATO, 2007).

A globalização tem alcançado as diferentes sociedades contemporâneas, configuradas na reprodução de desigualdades sociais e na falta de garantias sociais para grande parcela da população, o que têm provocado consequências diretas na vida de trabalhadores brasileiros (COSTA, 2006).

As novas formas de produção e reprodução social inerentes ao capitalismo financeiro e globalizado se refletem na organização do trabalho, obrigando os trabalhadores a enfrentarem um período de recessão crescente, no qual o contexto flexível e precarizado presente nas relações e condições de trabalho intensificam a terceirização, a informalidade, o desemprego, entre outros⁽³⁾. “Sem empregos, há pouco espaço para a vida vivida como projeto, para planejamento de longo prazo e esperanças de longo alcance” (BAUMAN, 1997).

Presenciamos assim, um empobrecimento e uma desproteção social cada vez maior (MARTINHO, 2015), produzindo um aumento considerável das desigualdades sociais e gerando espaços que explicitam e, muitas vezes, justificam as exclusões sociais.

Nesse contexto, insere-se a população em situação de rua, como expressão dessa realidade. Trata-se de uma população pouco reconhecida, crescente numericamente em nível nacional e presente nas ruas, embaixo de viadutos, faróis e becos das cidades.

O Decreto lei nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, que instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua, em seu Parágrafo Único do Artigo 1º define essa população como grupo populacional heterogêneo, mas que partilha em comum a pobreza, os vínculos familiares frágeis ou inexistentes, e que não possuem moradia convencional regular, utilizando as ruas enquanto espaço de moradia e de sustento, e as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (BRASIL, 2009).

A trajetória de vida que levam às ruas desenha, na maioria das vezes, uma sequência de fatos e fracassos pessoais acompanhada de desamparo institucional, seja da família ou do mundo de trabalho, que deixaram de propiciar estratégias usuais de sobrevivência (ROSA, CAVICCHIOLI e BRÊTAS, 2005).

Dessa forma apresentam como determinantes do processo de adentrar as ruas, a competição acirrada do mercado de trabalho, a fragilização dos vínculos trabalhistas pela não qualificação profissional, a inserção em atividades produtivas com grande potencial de substituição e com rendas limítrofes para a subsistência, a estigmatização pelas posições de trabalho que ocupam e desemprego (GHIRARDI et al., 2005)

Desta forma, entendemos que existe uma relação de determinação entre a sociedade capitalista neoliberal e as condições nas quais ocorre o processo de adentrar as ruas, em que o sujeito se encontra, totalmente, desprovido de direitos. Assim, o presente estudo buscou caracterizar a população em situação de rua e identificar os determinantes do processo de adentrar na rua.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório e de natureza qualitativa, desenvolvido nas dependências de uma Instituição de referência no município de Mossoró fundada no ano de 2010, com o objetivo de acolher/abrigar pessoas em situação de vulnerabilidade social, incluindo a população em situação de rua.

A referida instituição é financiada pelo poder municipal, mas recebe doações da comunidade. Funciona vinte e quatro horas, todos os dias da semana, e dispõe de psicólogo; assistente social; educadores sociais e auxiliares de serviços gerais. A escolha da instituição enquanto *locus* da pesquisa justifica-se por ser o único espaço institucional público do município que acolhe e abriga a PSR.

Como técnicas para construção dos dados, utilizamos entrevista semiestruturada e análise documental, com instrumentos orientadores elaborados, especificamente, para este estudo. Foram realizadas (10) dez entrevistas com os profissionais da referida Instituição Pública, selecionados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Os critérios de inclusão foram: atuar na unidade há no mínimo um ano; ter mais de 18 anos, ter disponibilidade e interesse em participar da pesquisa. Excluímos da amostra aqueles profissionais que estavam de férias, de licença ou de atestado médico no momento da pesquisa de campo.

As falas foram gravadas com o auxílio do gravador de voz de aparelho celular, em seguida transcritas, integralmente, sendo armazenadas pelos responsáveis pela pesquisa. Como forma de garantir o anonimato e sigilo, os entrevistados foram identificados pelo pseudônimo “entrevistado” representado pela letra E, seguido da numeração de ordem das entrevistas realizadas (E-1, E-2, E-3, E- 4 ... E-10).

O fechamento do tamanho amostral das entrevistas foi definido pelas demandas e limites do próprio estudo, entendendo a distinção entre volume e riquezas de dados, bem como que a construção do conhecimento na pesquisa qualitativa se dá por aproximação com a realidade prevalecendo à certeza do pesquisador de que, mesmo provisoriamente,

encontrou a lógica interna do seu objeto de estudo – que também é sujeito – em todas as suas conexões e interconexões (COSTA, 2006). Desse modo, a decisão sobre a construção do estudo precisa envolver uma série de decisões não sobre quantos indivíduos serão ouvidos, mas sobre a abrangência dos atores sociais, da seleção dos participantes e das condições dessa seleção (MINAYO, 2017).

No que se refere ao estudo documental, realizamos a análise dos registros da população em situação de rua arquivados na instituição entre os anos de 2010 (ano de fundação da instituição) a 2015, totalizando 185 registros, buscando identificar novos dados, como também complementar os das entrevistas.

Para esta análise, foram adotados como critérios de inclusão registros de: pessoa em situação de rua, maior de 18 anos, atendida pela instituição. E, como critérios de exclusão: documentos que apresentaram dados inconsistentes, ou seja, aqueles que não continham as informações necessárias. Após a utilização destes critérios, foram selecionados (58) cinquenta e oito registros para a análise. Como forma de garantir o anonimato e sigilo, estes documentos foram identificados com o pseudônimo registro, representado pela letra R, seguido da numeração de manuseio dos mesmos (R-1, R-2, R-3, R-4...R-58).

Na análise dos dados foram realizadas leitura minuciosa e sistemática das falas transcritas e dos registros documentais, logo após, foram estabelecidas as relações e associações entre eles, passando então, a combiná-los, separá-los e reorganizá-los. Esse movimento buscou estabelecer a relação entre o objeto de estudo, o constructo empírico e os referenciais teóricos adotados.

Para assegurar os aspectos éticos que envolvem as pesquisas com seres humanos, esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN) e aprovado sob o CAAE 43819015.0.0000.5294 e aprovado em 27 de Julho de 2015. Logo, o estudo respeita as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas, sendo esta, respaldada na resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

3 | RESULTADOS

Para uma melhor compreensão dos resultados e em atendimento aos objetivos do estudo, organizamos o texto em duas categorias, ou seja, CONHECENDO A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA e OS DETERMINANTES DO PROCESSO DE ADENTRAR AS RUAS DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA.

Para conhecer a população em situação de rua, caracterizamos por sexo, faixa etária, escolaridade, procedência e renda. Em relação ao sexo a população acolhida na instituição *locus* do estudo é do sexo masculino e feminino, conforme observamos na fala do entrevistado 3:

Já acolhemos aqui homens, mulheres, [...] é um público muito variável sabe!?

Já os registros expressam que 57% são do sexo masculino.

Os dados referentes à faixa etária indicam que:

É uma população geralmente adulta, da faixa etária de 20 a 60 anos, mas já [acolheu] crianças, pessoas mais idosas, em situação de rua, de humilhação (E-10).

Os registros mostraram que (56,9%) das pessoas acolhidas possuem entre 25 a 49 anos.

Os dados que se referem ao nível de escolaridade, demonstram que a maioria dos sujeitos acolhidos na instituição possuem baixo ou nenhum grau de escolaridade, de acordo com o E-3:

Alguns aparentam ter algum nível de escolaridade, mas a maioria não, uns têm discernimento sobre a situação, outros nem tanto.

Os registros mostraram que 40% da população era analfabeto ou não havia concluído o ensino fundamental.

No que se refere ao local de procedência:

A maioria da população acolhida aqui é de fora. De outros estados... [...] Já acolhemos, inclusive, uma chilena, é um público muito variável! (E-3).

Os registros indicam que 72% da população eram procedentes de outras cidades e apenas 03% declararam ser residente do município em que se encontrava em situação de rua. Os outros 25% não declararam.

Em relação aos dados sobre fontes de renda nos registros, observou-se que nenhuns dos sujeitos possuíam vínculo formal de emprego e apenas uma parcela realizava trabalhos situados na economia informal. Apenas 29% das pessoas acolhidas recebiam aposentadoria ou auxílio do governo federal como Bolsa Família ou Benefício de Prestação Continuada (BPC).

Diante da realidade obtida com o estudo, observamos que a PSR é, em sua maioria, do sexo masculino, com faixa etária entre 20 a 60 anos, com baixo grau ou nenhum grau de escolaridade, advindos de outros estados/municípios/países e que não tiveram a oportunidade de ingressar no mercado de trabalho formal.

Em relação aos determinantes do processo de adentrar as ruas da PSR, o estudo possibilitou apreender que dizem respeito aos conflitos familiares, à busca por emprego e ao uso de álcool e/ou drogas.

Os conflitos familiares foram considerados como o principal determinante do processo de adentrar as ruas, bem como da permanência nelas, conforme podemos observar nas falas a seguir:

As que chegam aqui geralmente, assim, noventa por cento, são vínculos rompidos com a família (E-7).

Eu acho que são vários os fatores, mas o principal é essa fragilização, rompimento dos vínculos familiares, por que assim, na rua existem várias pessoas nessa situação, mas não vemos muitas famílias, são sujeitos individuais, com histórias singulares (E-3).

Saiu há 09 anos de casa e perdeu o contato com a família. Possui 05 filhos. Veio pra Mossoró há 03 dias com um caminhoneiro que o ofereceu emprego, no entanto ao chegar na cidade eles desceram em um posto de gasolina e foi abandonado. Estava dormindo em uma praça (R-36).

Explanou que sofreu agressões físicas de um companheiro na Bahia, onde estava residindo. Então a mesma o deixou e veio para Mossoró de carona com um caminhoneiro. Chegando aqui passou a fazer programas, usar drogas e beber. Almeja voltar para sua cidade de origem: São Paulo (R-4).

Ademais, podemos observar que o rompimento e/ou fragilidade desses vínculos familiares tem explicações por diferentes situações, como podemos observar nos registros a seguir:

Brigou com a família por estes serem usuários de drogas, os pais encontram-se presos (R-7).

Sofria homofobia acompanhadas de agressões do pai e da madrasta e por isso fugiu de casa e não quer contato com eles (R-55).

A mesma e o seu filho estavam em situação de rua e vulnerabilidade social. Afirma ter fugido de casa, pois estava em conflito com o companheiro (R-56).

Contraditoriamente, há relatos de pessoas que foram submetidos à situação de rua por estarem buscando a família, como pode ser visto nos registros a seguir:

É morador de rua em Natal e veio para Mossoró em busca de encontrar uma tia que mora na cidade, mas que há muito tempo não tem contato. Não conseguiu encontrá-la e continuou na situação de rua (R-6).

Morava em Natal com familiares, que faleceu, está por sua vez, vivia de favor, veio pra Mossoró em busca de um irmão, mas não conseguiu contato, ficou morando nas ruas (R-33).

Outro determinante identificado no estudo se refere à busca pelo emprego, conforme podemos observar nos recortes dos registros a seguir:

Veio juntamente com a família, de carroça, pretendendo chegar à Recife em busca de emprego. E há vários dias estão nas ruas (R-1).

Veio para Mossoró de Ônibus e pretende seguir viagem para Natal-RN, onde residem familiares em busca de emprego. Mas ficou nas ruas por que não tem dinheiro para ir (R-14).

Além disso, identificamos a relação entre o desemprego e a ruptura dos vínculos familiares como podemos visualizar no fragmento a seguir:

Deslocou-se para a cidade em busca de trabalho e ficou sem condições financeiras de retornar para sua cidade de origem, ficando nas ruas. Posteriormente relatou que saiu de casa por sentir vergonha devido o desemprego (R-51).

O uso e a dependência do álcool e de outras drogas também se constituíram como um dos determinantes do processo de adentrar as ruas, como podemos observar no registro

a seguir:

Saiu do convívio familiar, porque é usuário de drogas, encontra-se em situação de rua (R-8) e corroborado pela fala do E-4: Eles estão na rua, alguns são conflitos familiares mesmo, mas a maioria é por que usa alguma substância, droga e a família não aguenta, aí eles saem de casa.

Evidenciamos ainda no estudo, mesmo que de forma tímida, outros determinantes para o processo de adentrar as ruas como homofobia, problemas de saúde mental e conflitos com companheiro conjugal.

4 | DISCUSSÃO

A caracterização da PSR não visa acrescentar rótulos para uma população já marcada por estigmas de diversas ordens, nem massificá-la dentro de categorias de identificação, mas busca conhecer quem é essa população, onde ela vive e por que estão nas ruas. Conhecer essas pessoas e a realidade que elas estão inseridas é importante, sobretudo, para a elaboração de estratégias e propostas de intervenções em saúde que estejam em consonância com as condições de vida e trabalho, expressas em suas trajetórias de vida.

Nesse sentido, através dos recortes das falas dos profissionais e dos registros documentais analisados, percebemos que a PSR caracteriza-se como um grupo heterogêneo, ou seja, composto por pessoas de diferentes realidades sociais, características e trajetórias de vida, mas que partilham em comum os modos de viver, utilizando-se de logradouros públicos (ruas, praças e viadutos) ou alternadamente de albergues para dormir, sobrevivem em situação de extrema pobreza e insegurança, experimentando precariedades e privações diversas no plano material, afetivo, social, político e ético (BEZERRA, et al., 2015). Essa heterogeneidade pode ser observada através dos dados de faixa etária, nível de escolaridade, sexo e procedência e fontes de renda.

Essa realidade se assemelha com os dados apresentados pela Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua (PNPSR), realizada em 2008, que mostrou que a PSR é predominantemente masculina 82%; metade das pessoas adultas em situação de rua possuem entre 25 e 44 anos; 15,1% da população entrevistada é analfabeta, 48,4% possuem ensino fundamental incompleto, 10,3% ensino fundamental completo e 3,2% ensino médio completo; e, 47,7% dos entrevistados afirmaram nunca terem trabalhado com carteira assinada (BRASIL, 2008).

Entretanto, a realidade estudada se difere dos resultados apresentados pela PNPSR no que refere à procedência da PSR, onde de acordo com a pesquisa citada parte considerável da população em situação de rua 45,8% é originária do município onde se encontra (BRASIL, 2008).

Assim como no estudo de Melo, apreendemos que o processo de adentrar as ruas não se constituiu como escolha da PSR, mas para a qual foram empurradas por circunstâncias

para além do seu controle, determinada pela sociedade capitalista neoliberal excludente com desdobramento nas suas histórias de vida. Histórias essas que remetem à existência de laços familiares e sociais que passaram por um processo de fragilização e/ou ruptura (MELO, 2011), se constituindo em experiências frequentes na vida de pessoas em situação de rua.

É importante ressaltar que essa ruptura ou fragilidade se mostram presentes tanto como determinante do processo de adentrar a rua como também de permanência nela, tendo em vista que algumas pessoas rompem completamente os vínculos com os seus familiares.

Desse modo, a família pode ser entendida como espaço de sociabilidade na qual são criados laços entre os seus membros que geram sentimentos de pertencimento e interdependência (FENATO, 2007). Entretanto, na condição de perda total dos vínculos familiares a PSR tende a encarar sua vida cotidiana quase que destituídas de apoio familiar. Muitas delas nunca tiveram o apoio familiar e outras, ela é apenas uma memória distante, que raramente funciona como uma fonte de recordações agradáveis e muito menos como um recurso que pode ser utilizado em tempos de crise (SNOW e ANDERSON, 1998).

Ademais, a falta do contato com a família dificulta, ainda mais, a possibilidade de retorno ao convívio familiar e, conseqüentemente, a saída das ruas (SCOREL, 1999). Como uma das estratégias para suprir essa ausência, a PSR constrói a família de rua.

Na rua essa população ressignifica suas relações sociais, constituindo novos grupos que se caracterizam por identidades definidoras de comportamento e da necessidade da sobrevivência. Assim, é comum encontrarmos os indivíduos em situação de rua acompanhados ou próximos das mesmas pessoas, dormindo nos mesmos lugares, reconstruindo vínculos afetivos, que em muitas das vezes reproduzem o contexto familiar, até com denominações peculiares, tais como: família da rua, irmão da rua, mãe/pai da rua, filho da rua (BRASIL, 2012).

A constituição da família de rua reforça a importância do núcleo familiar para PSR se constituindo em lugar de pertencimento, proteção e construção de identidades, tendo papel determinante na definição do lugar social dos indivíduos, além de ser uma fonte essencial de proteção nos momentos de instabilidade (SCOREL, 1998).

Além da fragilização e/ou rompimento dos vínculos familiares, à busca pelo emprego que garanta não apenas o necessário para a sobrevivência, mas também condições dignas de vida se configura como um dos determinantes para que os sujeitos adentrem as ruas, seja por consequência dos esforços em conseguir um emprego, seja por não se sentirem importantes para a família e/ou para sociedade, pelo fato de não desempenhar o seu papel social de trabalhador na sociedade capitalista.

Tal realidade encontra-se expressa, também, na PNPSR em que 29,8% dos pesquisados afirmaram estar nas ruas devido ao desemprego (BRASIL, 2008). Esse cenário marca a própria construção histórica do capitalismo que vem provocando deslocamentos

migratórios de pessoas à procura de trabalhos em outras cidades, regiões ou mesmo países, em busca da esperança de condições melhores de vida – e que nem sempre é uma realidade alcançada.

Ao não conseguirem trabalho e estabilizarem-se em situação de rua, alguns indivíduos sentem o desejo de restabelecer seus vínculos familiares, mas os sentimentos de vergonha, fracasso e humilhação acabam por se constituir como uma barreira que os impede de retomar os vínculos e se reaproximarem de familiares e antigos amigos (MACHADO, 2014).

Ademais, na sociedade capitalista o trabalho é reduzido ao emprego e passa a ser degradado, estranhado e aviltado quando deveria se constituir em processo de humanização do ser social. Desse modo, a força de trabalho torna-se uma mercadoria com a finalidade é de produzir mercadorias. Nesse sentido, o trabalho enquanto forma humana de realização desse sujeito, reduz-se a sua única possibilidade de subsistência (ANTUNES, 1988).

Essa situação de desemprego se complexifica quando se trata do homem em situação de rua, em função da construção histórica do seu papel social de responsável pelo sustento familiar, numa reprodução da ideologia patriarcal.

Nesse sentido, muitos estudos mostram que o desemprego tem se tornado determinante do ir para rua, principalmente da população masculina. O desemprego, principalmente masculino, resulta no processo de desqualificação social que muitos homens enfrentam que é quando pessoas são rejeitadas e consideradas inúteis por não se ajustarem ou não corresponderem aos moldes de utilidade sugeridos pelos padrões da sociedade capitalista (ROSA, CAVICCHIOLI e BRÊTAS, 2005).

Desse modo, a ida para as ruas provoca uma ruptura com as formas sociais geralmente aceitas de sobrevivência segundo o princípio legitimador do mercado, no qual o trabalho é provedor da moradia, alimentação e demais necessidades. Viver na rua é romper com o mercado e com sua definição de padrão de vida, o que não significa a eliminação total do trabalho ou o impedimento à subsistência, mas o desenvolvimento de novos códigos, de formas específicas de garantia da sobrevivência (PAUGAM, 2003).

Dessa forma, a não inserção das pessoas no mercado de trabalho e, conseqüentemente, a falta de renda, acaba inserindo essas pessoas em situação extrema de exclusão social, fazendo com que utilizem as ruas como lar e tentem prover dela seu sustento.

Como agravante, a sociedade capitalista transfere para a PSR a responsabilidade individual por não estar inserida no mercado de trabalho, de acordo com os padrões por ela estabelecidos. Sendo assim, o sujeito em situação de rua passa a ser visto como incapaz o que acaba sendo absorvido e repetido ideologicamente pela sociedade (VIEIRA, BEZERRA, ROSA, 1992).

Ademais, o uso e dependência de álcool e outras drogas levam, também, à fragilidade dos laços familiares e sociais e por vezes o rompimento absoluto destes. Dificulta o acesso

ou a continuidade do trabalho, que trazem por consequência, condições precárias de vida, tanto econômicas, como sociais, fazendo com que a população recorra às ruas como única opção de sobrevivência e de moradia.

Essa realidade é encontra-se expressa na PNPSR, onde o uso e a dependência do álcool e de outras drogas se constituem em um dos principais determinantes que levaram os entrevistados a estar em situação de rua (BRASIL, 2008).

É importante frisar que o uso e dependência dessas substâncias pelos sujeitos na condição de rua, também, pode ocorrer como uma reação diante de uma situação de exclusão social já instalada, geralmente determinada pelo rompimento dos laços com a família, pela dificuldade de acesso à educação, saúde e outros serviços sociais ou até mesmo por alguma situação de violência doméstica.

Contraditoriamente, esse rompimento dos laços familiares ocorre, algumas vezes, em função dos sujeitos buscarem no álcool e outras drogas na rua as respostas para o enfrentamento dos problemas e conflitos vivenciados na família. Assim, o uso e dependência do álcool e outras drogas se configura como determinante e determinado do processo de adentrar as ruas. Desse modo, se constitui em atenuante desse cotidiano quanto um agravante que afasta a pessoa de uma possibilidade de organização para saída das ruas.

Portanto, é uma estratégia de tentar fugir da realidade em que se encontram, anestesiando a amargura, o frio, a falta de esperança e a indignidade (ANTONELLI, 2012). A relação íntima entre a vida na rua e a necessidade do uso de drogas é um tema bastante frequente, trata-se justamente da dificuldade de enfrentar as especificidades dessa vida sem o uso de substâncias. Seja por conta da fome, do frio, da segurança, da vergonha, da adaptação psíquica e física às adversidades da rua e pelo próprio vício causado pelas substâncias, a droga é um componente presente que exerce uma função de “liga/desliga” (MELO, 2011).

5 | CONCLUSÃO

O estudo nos possibilitou apreender que a PSR se caracteriza por ser, em sua maioria, do sexo masculino; estar na faixa etária entre 20 a 60 anos; ter baixo ou nenhum grau de escolaridade; ser procedente de outro município, estado ou país; e, não ter tido a oportunidade de ingressar no mercado de trabalho formal.

Além dessa caracterização, identificamos os determinantes do processo de adentrar as ruas da PSR que dizem respeito, em especial, aos conflitos familiares, à busca por emprego e ao uso e dependência de álcool e/ou outras drogas, não se reduzindo a uma relação determinística, de causa-efeito. Portanto, esses determinantes nos ajudaram a compreender a histórica relação entre a trajetória de vida dessa população e o seu processo de adentrar as ruas numa sociedade patriarcal, homofóbica e marcada pela desigualdade e exclusão social.

Caracterizar a População em Situação de Rua e identificar os determinantes do processo de adentrar nas ruas, tendo como *lócus* do estudo uma instituição pública de acolhimento dessa população, se constituiu em uma tarefa desafiadora, instigante e envolvente.

Desafiadora em função da pouca produção de conhecimento acerca da temática; instigante pela complexidade da vida e trabalho da população em situação de rua; e, envolvente por nos mobilizar em torno do compromisso em contribuir com a transformação da realidade na qual essa população está inserida. Portanto, esse estudo não teve a pretensão de esgotar o tema, mas de contribuir com o debate e a produção de arestas para a construção de novos estudos.

REFERÊNCIAS

ANTONELLI, D. A Díficil Decisão de Viver nas Ruas: Pesquisa revela que conflitos familiares, desemprego e fracasso escolar estão entre as causas que levam as pessoas a morar ao relento. Curitiba, 2012.

BAUMAN, Z. **Ética pós-moderna**. 1ª ed. São Paulo: Paulus, 1997. 352 p.

BEZERRA, W. C. et al. O Cotidiano de Pessoas em Situação de Rua em Maceió, Al: Rupturas, Sociabilidades, Desejos e Possibilidades de Intervenção da Terapia Ocupacional. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCAR**, [s.l.], v. 23, n. 2, p.335-346, jul. 2015.

BRASIL. Decreto nº 7053, de 23 de dezembro de 2009. Brasília, DF, 23 dez. 2009.

BRASIL. Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua. Ministério da Saúde, Brasília-DF, 2012.

BRASIL. Pesquisa nacional sobre população em situação de rua. Ministério do desenvolvimento social e combate à fome/MDS. Brasília: Distrito Federal, 2008.

CATANI, A. M. **A rebeldia do trabalho: O confronto operário no ABC paulista**. São Paulo: Campinas, Ensaio: Unicamp, 1988. 220 p.

COSTA, A. P. M. População em situação de rua: contextualização e caracterização. **Revista Virtual Textos & Contextos**, v. 4, nº 1, p.1-15, out. 2006.

ESCOREL, S. **Vidas ao léu: trajetórias de exclusão social**. FIOCRUZ, Rio de Janeiro: RJ, 1999.

FENATO, T. S. L. **Desfiliação, Sociabilidade e Violência**. O XIV Encontro Nacional da ABRAPSO – Associação Brasileira de Psicologia Social. Rio de Janeiro - RJ, 2007. Disponível em <http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/anexos/AnaisXIVENA/conteudo/pdf/trab_completo_131.pdf>. Acesso em 20 de abril de 2018.

GHIRARDI, M. I. G. et al. Vida na rua e cooperativismo: transitando pela produção de valores. **Rev. Interface**, v.9, n.18, p.601-610. Botucatu: SP, 2005.

MACHADO, T. **População em Situação de Rua e Sociedade: Uma Relação Marcada por Preconceito e Estigma**. 2014. 78 f. Tese (Doutorado) - Curso de Serviço Social, Florianópolis/SC, 2014. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/133048/TCCTHAYSEMachado.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 19 jun. 2022.

MARTINHO, M. R. **As transformações no mundo do trabalho e suas repercussões na saúde do trabalhador**. VII Jornada internacional de políticas públicas. Cidade universitária da UFMA, São Luiz: MA, 2015.

MELO, T. **A rua e a sociedade**: articulações políticas, socialidade e a luta por reconhecimento da população em situação de rua. 2011. 194 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e Saturação em Pesquisa Qualitativa: Consensos e Controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**. v. 5, n. 7, p. 01-12, abril. São Paulo-SP, 2017.

PAUGAM, S. **Desqualificação social**: Ensaio sobre a nova pobreza (C. Giorgetti, T. Lourenço, Trans.). São Paulo: Educ & Cortez. (Originalmente publicado em 1991), 2003.

ROSA, A. S.; CAVICCHIOLI, M. G. S.; BRÊTAS, A. C. P. O processo saúde-doença-cuidado e a população em situação de rua. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 4, p.576-582. 2005.

SNOW, D.; ANDERSON L. **Desafortunados**: um estudo sobre o povo da rua. Petrópolis: Vozes, 1998. 528 p.

VIEIRA, M. A.; BEZERRA E. M.; ROSA, C. M. **População de rua**: quem é, como vive, como é vista. São Paulo: Editora Hucitec; 1992.

ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NOS CUIDADOS PALIATIVOS EM PACIENTES ONCOLÓGICOS E GERIÁTRICOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Data de aceite: 01/08/2022

Lívia Tawany Silva

Acadêmica de fisioterapia, Centro Universitário UNINASSAU Caruaru

Laiane Estefane Lima Silva

Acadêmica de fisioterapia, Centro Universitário UNINASSAU Caruaru

Bruno Basilio Cardoso de Lima

Professor do Centro Universitário UNINASSAU Caruaru

RESUMO: Introdução: Os cuidados paliativos são essenciais na vida dos pacientes que estão na terminalidade de vida. E a fisioterapia com seus recursos terapêuticos intervém nos sinais/sintomas desses idosos oncológicos. O fisioterapeuta é capaz de avaliar as limitações adquiridas pressupostas a neoplasia maligna, sendo a dor um dos sintomas mais prevalentes, impactando diretamente na funcionalidade e causando limitações ao idoso. **Objetivo:** O presente estudo tem como objetivo avaliar a importância da atuação fisioterapêutica nos cuidados paliativos em pacientes oncológicos. **Metodologia:** Esse trabalho trata-se de uma revisão integrativa, de caráter descritivo. O estudo foi realizado no período entre Fevereiro e Março de 2022, foram utilizadas as seguintes bases de dados, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online

(SciELO) e Google Acadêmico. Foram iniciadas as pesquisas com os seguintes critérios: publicações na língua portuguesa e datadas do período de 2017 até 2022 relacionadas a artigos de revisões narrativas, revisões integrativas, análise comparativa e monografias. Utilizou-se o cruzamento de descritores segundo os Descritores em Ciência da Saúde (DeCs/MeSH): cuidados paliativos, fisioterapia, neoplasias, idosos, interligados pelo operador booleano “AND”. Primeiramente foi realizada a busca no Google acadêmico que resultou em 1.640 artigos sendo que, após a aplicação dos filtros obtivemos 5 artigos selecionados. Em seguida, foi realizada uma busca na base de dados SciELO, onde resultaram 1.266 artigos, destes apenas 2 foram selecionados depois de uma leitura criteriosa sobre o tema proposto. E por último, foi realizada uma busca na base de dados LILACS, que resultou em 5 artigos. Ao final, após a leitura aprofundada e a síntese das principais informações contidas nos estudos foram obtidos 12 artigos. **Resultado/Discussões:** Observou-se que a atuação fisioterapêutica direta não traz cura, entretanto, influência de maneira positiva o desempenho do paciente idoso de tal maneira que o controle dos sintomas, principalmente da dor, a qualidade de vida, a manutenção das funções e a autonomia do paciente melhora significativamente, trazendo conforto e alívio do sofrimento causado pela doença. Ademais, foi observado que a intervenção fisioterapêutica nesses idosos adveio de estratégias pautadas em planejamento e organização e sem elas os resultados foram negativos. **Conclusão:** Diante dos resultados expostos, a atuação

fisioterapêutica é fundamental não só na fisiopatologia da dor como também dentro da abordagem multidisciplinar, promovendo uma melhora na qualidade de vida desses pacientes em estados terminais.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados Paliativos; Idosos; Fisioterapia; Oncologia.

REFERÊNCIAS

Khalil, H. O papel do fisioterapeuta nos cuidados paliativos dos idosos : revisão narrativa. *Unitaubr*. Published online 2020. doi:<http://repositorio.unitau.br/jspui/handle/20.500.11874/4579>

Cruz NAO da, Nóbrega MR, Gaudêncio MRB, Farias TZTT de, Pimenta TS, Fonseca RC. O PAPEL DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NOS CUIDADOS PALIATIVOS EM IDOSOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA / THE ROLE OF THE MULTIDISCIPLINAR TEAM IN PALLIATIVE CARE: AN INTEGRATIVE REVIEW. *Brazilian Journal of Development*. 2021;7(1):414-434. doi:10.34117/bjdv7n1-031

Plataforma Espaço Digital. EXPERIÊNCIAS DE FISIOTERAPEUTAS SOBRE CUIDADOS DE FIM DE VIDA JUNTO AO IDOSO TERMINAL. Plataforma Espaço Digital. Published 2017. Accessed March 2, 2022. <<https://www.editorarealize.com.br/index.php/artigo/visualizar/34423>>

LIGADURA DE VEIA CAVA INFERIOR EM PACIENTE VÍTIMA DE PERFURAÇÃO POR ARMA DE FOGO

Data de aceite: 01/08/2022

Talita Dourado Rocha

Hospital Estadual Getúlio Vargas
Rio de Janeiro/ RJ

Laura Silva de Oliveira

Hospital Estadual Getúlio Vargas
Rio de Janeiro/ RJ

Rayanne de Araujo Silva

Hospital Estadual Getúlio Vargas
Rio de Janeiro/ RJ

Victor Hugo Peixoto Machado

Hospital Estadual Getúlio Vargas
Rio de Janeiro/ RJ

Alex Lima Sobreiro

Hospital Estadual Getúlio Vargas
Rio de Janeiro/ RJ

Natália de Oliveira Duarte Diniz

Hospital Estadual Getúlio Vargas
Rio de Janeiro/ RJ

Gabriel Henrique Lamy Basílio

Hospital Estadual Getúlio Vargas
Rio de Janeiro/ RJ

Marcelo de Avila Trani Fernandes

Hospital Estadual Getúlio Vargas
Rio de Janeiro/ RJ

Emerson Wesley de Freitas Cordeiro

Hospital Estadual Getúlio Vargas
Rio de Janeiro/ RJ

RESUMO: Introdução: A lesão das estruturas vasculares abdominais, são as mais trabalhosas e difíceis no que diz respeito ao paciente vítima de trauma abdominal penetrante, sendo a principal causa de morte nesses casos. A mortalidade varia conforme a lesão vascular envolvida e aos demais ferimentos associados. A magnitude dessas lesões é referente a localização anatômica das mesmas, a dificuldade de exposição intra-operatória e a hemorragia vigorosa. O traumatismo da veia cava inferior (VCI) está relacionado a lesão por arma de fogo e arma branca, apresentando alta taxa de mortalidade, de 33 a 66%, sendo o seguimento infra-renal o mais atingido. Aproximadamente 30-50% dos pacientes morrem em ambiente pré-hospitalar e 34-57% dos pacientes vivos morrem no intra hospitalar. A ligadura da VCI infra-renal é uma realidade no contexto da cirurgia de controle de danos, dessa forma, trouxemos um relato de caso sobre a realização dessa técnica e suas adversidades. Relato de caso: Paciente masculino, 33 anos, sem comorbidades, admitido na sala de trauma do Hospital Estadual Getúlio Vargas, vítima de perfuração por arma de fogo apresentando orifício de entrada em parede anterior do abdome, estável hemodinamicamente. Submetido a laparotomia exploradora, onde visualizou-se lesão transfixante em duodeno e cólon transverso, além de hematoma retroperitoneal à direita em expansão. Durante a exploração do retroperitônio evidenciou-se sangramento extenso através de lesão na VCI infra-renal, acarretando instabilidade hemodinâmica após a manobra de Cattell. Após tentativas de contenção do sangramento, sem

sucesso, e piora clínica do paciente, com necessidade de aminas vasoativas em dose alta para manutenção de pressão arterial, foi optado por realizar ligadura da VCI, além de ligadura de artéria renal esquerda, rafia de duodeno, transversectomia com confecção de colostomia e fístula mucosa. Paciente encaminhado no pós-operatório ao CTI, devido à gravidade do quadro clínico, em uso de aminas em doses elevadas. Durante internação evoluiu com melhora clínica, porém manteve importante edema de membros inferiores até alta hospitalar, recebendo seguimento ambulatorial. No retorno ambulatorial o paciente já se encontrava sem edema de membros inferiores e assintomático. Discussão: No que concerne a lesão de VCI infra-renal algumas técnicas cirúrgicas podem ser utilizadas, a depender do estado hemodinâmico e do segmento acometido. A maioria das lesões podem ser reparadas com rafia simples, no entanto, lesões maiores e mais graves podem necessitar de técnicas mais complexas, como enxerto de veia autógena, que exigem maior tempo cirúrgico. Em relação à ligadura de VCI infra-renal a literatura mostra que é segura, porém pode determinar alta morbidade, enquanto que a ligadura da VCI supra-renal deve ser evitada devido à alta taxa de mortalidade envolvida. Portanto, o caso clínico acima, levanta discussão sobre a escolha da técnica de reparo da lesão vascular de acordo com a condição hemodinâmica do paciente na admissão e no intra-operatório e o seguimento da VCI acometido.

REFERÊNCIAS

1. CLEINALDO, A. C et.al. Traumatismos de veia cava inferior. Rev. Col. Bras. Cir, Rio de Janeiro, Vol. 32, N° 5, Sept./Oct. 2005
2. LIMA, F.M et.al. Reconstrução de veia cava inferior infra-renal com enxerto espiralado de veia safena magna. J Vasc Br, Vol. 3, N° 3, p. 261- 264, 2004.
3. REYNOLDS, C.L, et. al. REBOA for the IVC? Resuscitative balloon occlusion of the inferior vena cava (REBOVC) to abate massive hemorrhage in retrohepatic vena cava injuries. J Trauma Acute Care Surg, Greenville, North Carolina, Vol. 83, N° 6, p. 1041-1046, 2017.
4. SULLIVAN, P.S, et.al. Outcome of ligation of the inferior vena cava in the modern era. The American Journal of Surgery, Atlanta, GA, Vol. 199, N ° 4, p. 500–506, 2010.
5. TURPIN, I et.al. Injuries to the Inferior Vena Cava and Their Management. The American Journal of Surgery, Torrance, California, Vol. 134, p. 25-32, July 1977.
6. VAN ROOYEN, P.L, et.al. Inferior vena cava injuries: A case series and review of the South African experience, Injury, Department of Surgery, University of Pretoria and Kalafong Hospital, South Africa, Elsevier, 2014.

SOBRE A ORGANIZADORA

SORAYA ARAUJO UCHOA CAVALCANTI - Doutorado (2015) e Mestrado (2001) em Serviço Social pela UFPE, Especialista em Serviço Social, Direitos Sociais e Competências Profissionais pela UNB. Atua na Saúde Pública há duas décadas no Sistema Único de Saúde – SUS, acompanhando Discentes e Residentes em Saúde. Coordena a Residência Multiprofissional na Rede de Atenção Psicossocial da Secretaria de Saúde da Cidade do Recife, exercendo a docência em nível de Pós Graduação na modalidade de Residência nas disciplinas de Bioética, Promoção da Saúde, Segurança do Paciente no contexto da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, Política de Saúde e Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, dentre outras. Coordena o *Programa de Extensão Saberes e Práticas no SUS: Discutindo Promoção da Saúde*, na Universidade de Pernambuco, com atividades iniciadas em 2016, ainda no formato de projeto de extensão, enquanto devolutiva do processo de doutorado, orientando discentes e Residentes na área de saúde em atividades de extensão universitária incluindo orientação de monitoria voluntária em cursos e eventos de extensão; desenvolvendo atividades formativas – cursos, grupos de estudos, encontros, oficinas e outros – voltadas para a qualificação de recursos humanos e melhoria da qualidade dos serviços prestados à população usuária do SUS. Coordena o Ciclo de Estudos e Debates em Saúde Pública, atividade de extensão, que tem dentre os seus objetivos incentivar a produção acadêmica através de estudos, pesquisas e produção de textos com vistas à popularização da ciência e tecnologia. O *Programa de Extensão Saberes e Práticas no SUS: Discutindo Promoção da Saúde* atua nas seguintes áreas temáticas: Promoção da Saúde, Prevenção e Enfrentamento das Violências, HIV/AIDS no contexto do enfrentamento da Epidemia, Serviço Social e Políticas Sociais no Brasil; Saberes e Práticas nas Mídias.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Adolescência 120, 129, 132, 176, 186, 190
Assistência farmacêutica 22, 23, 29, 32, 33
Atendimento remoto 22, 24, 25, 28, 29, 30, 31
Auditoria 34, 36, 38, 39, 40, 43, 53

B

Benefício de prestação continuada 215
Bioética 88, 90, 92, 96, 97, 98, 227
Bolsa Família 215

C

Caso clínico 201, 226
Covid-19 3, 4, 9, 14, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 30, 31, 32, 33, 54, 55, 56, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 97, 109, 110, 111, 112, 135, 136, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 197, 198
Cuidados paliativos 89, 95, 97, 98, 99, 223, 224

E

Educação em saúde 11, 13, 16, 54, 55, 62, 65, 189, 190, 191
Emprego 111, 163, 166, 167, 168, 202, 215, 216, 218, 219, 220
Envelhecimento 112, 113, 114, 115, 118
Escola 22, 24, 25, 67, 75, 97, 109, 121, 122, 132, 145, 153, 159, 160, 161, 162, 167, 186, 188, 190, 192, 193, 197
Estatuto da criança e adolescente 120
Eventos adversos 67, 68, 69, 70, 71, 72, 75, 77, 78, 152

G

Globalização 212

H

Hábitos sociais 109
Hipertensão arterial sistêmica 81

I

Idosos 25, 27, 109, 110, 111, 112, 114, 115, 116, 117, 118, 223, 224

Insuficiência renal 80, 81, 82, 83, 84, 85

M

Medicina intensiva 89, 90

Ministério da Saúde 3, 17, 19, 20, 21, 23, 31, 34, 42, 58, 64, 69, 87, 115, 132, 136, 190, 199, 203, 204, 221

N

Necropolítica 1, 2, 3, 8, 9

O

Organização Mundial da Saúde 23, 64, 77, 110, 115, 118, 133, 155

Organização Pan-Americana de Saúde 37, 41

P

Pandemia 1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 54, 56, 58, 59, 62, 64, 65, 109, 110, 111, 112, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 185, 187, 188, 189, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 198

Parto humanizado 135, 136, 137, 138, 139, 141, 142, 144

População em situação de rua 199, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 217, 221, 222

Prevenção de acidentes 186, 191

Primeiros socorros 169, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191

Processo do envelhecimento 114

Programas de acreditação 45

Q

Qualidade 12, 13, 23, 24, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 69, 70, 76, 77, 78, 81, 82, 83, 85, 88, 89, 91, 93, 94, 95, 97, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 112, 113, 114, 115, 117, 118, 142, 144, 148, 149, 150, 151, 152, 161, 169, 170, 173, 174, 176, 177, 182, 192, 195, 197, 204, 223, 224, 227

Qualidade de vida 81, 82, 85, 89, 91, 94, 112, 113, 117, 118, 173, 174, 176, 177, 182, 204, 223, 224

R

Reforma sanitária 201

Relato de experiência 11, 13, 18, 19, 22, 24, 56, 66, 71, 190

Revisão integrativa 21, 46, 48, 52, 53, 71, 73, 77, 78, 83, 84, 98, 99, 145, 146, 153, 223, 224

Rodas de conversas 15

S

Sars-Cov-2 55

Segurança do paciente 44, 46, 50, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 75, 77, 78, 152, 227

Segurança dos cuidados ao paciente 45

Serviços de saúde 4, 5, 7, 19, 20, 21, 34, 41, 42, 43, 52, 53, 61, 78, 85, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 169, 170, 204

Síndrome de Down 173, 174, 175, 176, 177, 178, 183

Sistema único de saúde 6, 7, 8, 17, 24, 33, 43, 61, 70, 115, 199, 201, 202, 203, 227

Suplementos alimentares 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107

T

Técnico em enfermagem 163, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171

Trabalho remoto 18, 19, 20, 21

U

Unidade de Terapia Intensiva 39, 88, 90, 98, 138, 139

V

Vigilância em saúde 21, 54, 55, 56, 59, 62, 63, 64, 206



Serviços de saúde no Brasil:

Experiências exitosas e desafios contemporâneos

-  www.atenaeditora.com.br
-  contato@atenaeditora.com.br
-  [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
-  www.facebook.com/atenaeditora.com.br



Serviços de saúde no Brasil:

Experiências exitosas e desafios contemporâneos

-  www.atenaeditora.com.br
-  contato@atenaeditora.com.br
-  [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
-  www.facebook.com/atenaeditora.com.br