

Lucimare Ferraz



TECNOLOGIAS E CUIDADO EM SAÚDE OLHARES INTERDISCIPLINARES

**Atena**
Editora
Ano 2025

Lucimare Ferraz



TECNOLOGIAS E CUIDADO EM SAÚDE OLHARES INTERDISCIPLINARES

 **Atena**
Editora
Ano 2025

Editora chefe

Prof^a Dr^a Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira Scheffer

Assistente editorial

Flávia Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Nataly Evinil Gayde

Thamires Camili Gayde

Vilmar Linhares de Lara Junior

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Yago Raphael Massuqueto Rocha

2025 by Atena Editora

Copyright © 2025 Atena Editora

Copyright do texto © 2025, o autor

Copyright da edição © 2025, Atena

Editora

Os direitos desta edição foram cedidos

à Atena Editora pelo autor.

Open access publication by Atena

Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob a Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

A Atena Editora mantém um compromisso firme com a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, assegurando que os padrões éticos e acadêmicos sejam rigorosamente cumpridos. Adota políticas para prevenir e combater práticas como plágio, manipulação ou falsificação de dados e resultados, bem como quaisquer interferências indevidas de interesses financeiros ou institucionais. Qualquer suspeita de má conduta científica é tratada com máxima seriedade e será investigada de acordo com os mais elevados padrões de rigor acadêmico, transparência e ética.

O conteúdo da obra e seus dados, em sua forma, correção e confiabilidade, são de responsabilidade exclusiva do autor, não representando necessariamente a posição oficial da Atena Editora. O download, compartilhamento, adaptação e reutilização desta obra são permitidos para quaisquer fins, desde que seja atribuída a devida autoria e referência à editora, conforme os termos da Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

Os trabalhos nacionais foram submetidos à avaliação cega por pares, realizada pelos membros do Conselho Editorial da editora, enquanto os internacionais passaram por avaliação de pareceristas externos. Todos foram aprovados para publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

Tecnologias e cuidado em saúde: olhares interdisciplinares

Autor: Lucimare Ferraz
Revisão: O autor
Diagramação: Thamires Camili Gayde
Capa: Yago Raphael Massuqueto Rocha
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

F381 Ferraz, Lucimare
Tecnologias e cuidado em saúde: olhares
interdisciplinares / Lucimare Ferraz. – Ponta Grossa
- PR: Atena, 2025.

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-65-258-3446-7
DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.467250506>

1. Saúde. I. Ferraz, Lucimare. II. Título.

CDD 613

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
+55 (42) 3323-5493
+55 (42) 99955-2866
www.atenaeditora.com.br
 contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DO AUTOR

Para fins desta declaração, o termo 'autor' é utilizado de forma neutra, sem distinção de gênero ou número, salvo indicação em contrário. Da mesma forma, o termo 'obra' refere-se a qualquer versão ou formato da criação literária, incluindo, mas não se limitando a artigos, e-books, conteúdos on-line, acesso aberto, impressos e comercializados, independentemente do número de títulos ou volumes. O autor desta obra declara, para todos os fins, que: 1. Não possui qualquer interesse comercial que constitua conflito de interesses em relação à publicação; 2. Participou ativamente da elaboração da obra; 3. O conteúdo está isento de dados e/ou resultados fraudulentos, todas as fontes de financiamento foram devidamente informadas e dados e interpretações de outras pesquisas foram corretamente citados e referenciados; 4. Autoriza integralmente a edição e publicação, abrangendo os registros legais, produção visual e gráfica, bem como o lançamento e a divulgação, conforme os critérios da Atena Editora; 5. Declara ciência de que a publicação será em acesso aberto, podendo ser compartilhada, armazenada e disponibilizada em repositórios digitais, conforme os termos da Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0). 6. Assume total responsabilidade pelo conteúdo da obra, incluindo originalidade, veracidade das informações, opiniões expressas e eventuais implicações legais decorrentes da publicação.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação está licenciada sob a Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0), que permite copiar, distribuir, exibir, executar, adaptar e criar obras derivadas para quaisquer fins, inclusive comerciais, desde que sejam atribuídos os devidos créditos ao(s) autor(es) e à editora. Esta licença substitui a lógica de cessão exclusiva de direitos autorais prevista na Lei 9610/98, aplicando-se os princípios do acesso aberto; 2. Os autores mantêm integralmente seus direitos autorais e são incentivados a divulgar a obra em repositórios institucionais e plataformas digitais, sempre com a devida atribuição de autoria e referência à editora, em conformidade com os termos da CC BY 4.0.; 3. A editora reserva-se o direito de disponibilizar a publicação em seu site, aplicativo e demais plataformas, bem como de comercializar exemplares impressos ou digitais, quando aplicável. Em casos de comercialização direta (por meio de livrarias, distribuidores ou plataformas parceiras), o repasse dos direitos autorais será realizado conforme as condições estabelecidas em contrato específico entre as partes; 4. Em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), a editora não cede, comercializa ou autoriza o uso de dados pessoais dos autores para finalidades que não tenham relação direta com a divulgação desta obra e seu processo editorial.

Conselho Editorial

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof^a Dr^a Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof^a Dr^a Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás

Prof. Dr. Cirênia de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto

Prof. Dr. Cláudio José de Souza – Universidade Federal Fluminense

Prof^a Dr^a Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí

Prof^a Dr^a. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a Dr^a Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Prof^a Dr^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Prof^a Dr^a Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria

Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia

Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande

Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Delta do Parnaíba – UFDPar

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

Prof^a Dr^a Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás

Prof^a Dr^a Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás

Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas

Prof^a Dr^a Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande

Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins

Prof^a Dr^a Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof^a Dr^a Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense

Prof^a Dr^a Taísa Ceratti Treptow – Universidade Federal de Santa Maria

Prof^a Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Prof^a Dr^a Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade Federal de Itajubá

Prof^a Dr^a Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

A obra **Tecnologias e cuidado em saúde: olhares interdisciplinares** é fruto do trabalho de professores e estudantes da área da saúde. Este livro reúne um conjunto de artigos que exploram diferentes aspectos da temática saúde, do papel do Agente Comunitário de Saúde no atendimento à população imigrante à construção de jogos sobre biossegurança. Temas como a consulta de enfermagem na atenção primária, as vulnerabilidades presentes nos casos de morte fetal, os desafios do cuidado no Transtorno do Espectro Autista, o processo de trabalho nas Estratégias de Saúde da Família em ambientes rurais e a qualidade do sono entre graduandos de medicina e médicos residentes são abordados de forma crítica e reflexiva, com o objetivo de estimular o debate e a repensar as práticas em saúde e cuidado. Convidamos você a embarcar nesta jornada de conhecimento e (re)pensar a construção de um futuro em que a tecnologia e o cuidado caminhem juntos de forma ética e responsável para promover a saúde e o bem-estar de todos.

Dra. Lucimare Ferraz
(Organizadora)

CAPÍTULO 1.....	1
TECNOLOGIA E CUIDADO: GUIA PARA O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA ATENÇÃO A POPULAÇÃO IMIGRANTES	
Amanda Keli Zattera Bairros	
Amanda Ruppelt	
Lilian Cristina Galão	
Vanessa Aparecida Gasparin	
Adriana Aparecida Schmoeller	
Lucimare Ferraz	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.46725050601	
CAPÍTULO 2	8
TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO: FACILITANDO O ACESSO À SAÚDE PARA A POPULAÇÃO IMIGRANTE	
Caroline Rezello	
Lucimare Ferraz	
Kiciosan da Silva Bernardi Galli	
Marta Khols	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.46725050602	
CAPÍTULO 3	16
TECNOLOGIA EM ENFERMAGEM: A CONTRUÇÃO DE UM JOGO SOBRE BIOSSEGURAÇA	
Érica Cristina Foschiera	
Vivian Luft	
Marta Kolhs	
Arnildo Korb	
Lucimare Ferraz	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.46725050603	
CAPÍTULO 4	24
TECNOLOGIA DO CUIDADO: UM VÍDEO SOBRE RISCOS BIOLÓGICOS À PROFISSIONAIS DE SAÚDE	
Erick Lucas Stacke	
Lucimare Ferraz	
Leila Zanatta	
Renata Mendonça Rodrigues	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.46725050604	
CAPÍTULO 5	31
CONSULTA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: OS DESAFIOS NA PRÁTICA DO CUIDADO	
Tavana Liege Nagel Lorenzon	
Elisangela Zanatta	
Denise Antunes de Azambuja Zocche	
Lucimare Ferraz	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.46725050605	

CAPÍTULO 6	43
VULNERABILIDADES PRESENTES NOS CASOS DE MORTE FETAL NO MUNICÍPIO DE CHAPECÓ	
Iasmim Cristina Zilio	
Regina Yoshie Matsue	
Vanessa da silva Corralo	
Silvana dos Santos Zanotelli	
Lucimare Ferraz	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.46725050606	
CAPÍTULO 7	51
TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: DESAFIOS DO CUIDADO NA ÓTICA DE ESPECIALISTAS	
Taize Sbardelotto	
Regina Yoshie Matsue	
Lucimare Ferraz	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.46725050607	
CAPÍTULO 8	61
O PROCESSO DE TRABALHO NAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE AMBIENTES RURAIS	
Micheli Ferreira	
Graciela Cabreira Gehlen	
Maria Assunta Busatto	
Lucimare Ferraz	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.46725050608	
CAPÍTULO 9	69
QUALIDADE DO SONO E ATIVIDADES ACADÊMICAS ENTRE GRADUANDOS DE MEDICINA	
Mauricio Hoffmann Sanagiotti	
Vinicius Alencar Pinto	
Lucimare Ferraz	
Rodrigo Koler	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.46725050609	
CAPÍTULO 10.....	77
SONO E RESIDÊNCIA MÉDICA: UMA ANÁLISE DO PADRÃO DE SONO E SEUS FATORES ASSOCIADOS	
Gabriel Roberto Radaelli	
Mauricio Migliorini Stelo	
Lucimare Ferraz	
Rodrigo Koler	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.46725050610	
SOBRE A AUTORA	85

CAPÍTULO 1

TECNOLOGIA E CUIDADO: GUIA PARA O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA ATENÇÃO A POPULAÇÃO IMIGRANTES

Amanda Keli Zattera Bairros

Academica do Curso de Enfermagem-Udesc

Amanda Ruppelt

Academica do Curso de Enfermagem-Udesc

Lilian Cristina Galão

Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó-SC

Vanessa Aparecida Gasparin

Docente do Curso de Enfermagem-Udesc

Adriana Aparecida Schmoeller

Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó-SC

Lucimare Ferraz

Docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem-Udesc

RESUMO: Este estudo foi realizado com o objetivo geral de desenvolver um guia destinado às ACS para auxiliar no processo de integração dos imigrantes ao SUS no município de Chapecó- SC. Trata-se de estudo metodológico do tipo descritivo de desenvolvimento tecnológico, composto de duas etapas: 1º Decidindo o

Público-Alvo, Levantamento de Ideias e Criação de Roteiro. 2º Desenvolvendo o Conteúdo e Produção/ Designer do Guia. A versão final do guia intitulado “Introdução do Sistema Único de Saúde (SUS) para Imigrantes em Chapecó: O Papel do Agente Comunitário de Saúde” foi elaborado em quatro capítulos abordando os seguintes tópicos: apresentação, o SUS, atendimento em Chapecó- SC e endereços importantes. Durante a experiência de desenvolvimento do guia, observou-se a carência de publicações sobre guias elaborados por profissionais de Enfermagem. Esses guias são ferramentas educativas acessíveis e eficazes, essenciais para a capacitação contínua. O enfermeiro desempenha um papel vital na coordenação dos serviços e na promoção da integração dos imigrantes, necessitando buscar constantemente estratégias que facilitem a inclusão. A capacitação dos ACS, coordenada pelos enfermeiros, é essencial para um atendimento eficiente. Em suma, este guia é uma iniciativa fundamental para auxiliar e facilitar o trabalho do ACS na integração dos imigrantes aos serviços de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Agente Comunitário de Saúde; Imigração; Guia Informativo.

TECHNOLOGY AND CARE: A GUIDE FOR COMMUNITY HEALTH WORKERS IN CARE OF IMMIGRANT POPULATION

ABSTRACT: This study was carried out with the general objective of developing a guide for ACS to assist in the process of integrating immigrants into the SUS in the municipality of Chapecó- SC. This is a methodological study of the descriptive type of technological development, composed of two stages: 1st Deciding on the Target Audience, Gathering Ideas and Creating a Script. 2° Developing Content and Production/Guide Designer. The final version of the guide entitled “Introduction of the Unified Health System (SUS) for Immigrants in Chapecó: The Role of the Community Health Agent” was prepared in four chapters covering the following topics: presentation, the SUS, care in Chapecó- SC and important addresses. During the guide development experience, there was a lack of publications on guides prepared by Nursing professionals. These guides are accessible and effective educational tools, essential for ongoing training. Nurses play a vital role in coordinating services and promoting the integration of immigrants, needing to constantly seek strategies that facilitate inclusion. The training of CHWs, coordinated by nurses, is essential for efficient care. In short, this guide is a fundamental initiative to assist and facilitate the work of the ACS in integrating immigrants into health services.

KEYWORDS: Nursing; Community Health Agent; Immigration; Informative Guide.

INTRODUÇÃO

As imigrações são movimentos de deslocamentos populacionais que ocorrem por várias razões. As informações mais recentes divulgadas pela Agência da ONU para Refugiados (ACNUR), indicam que em 2022, mais de 108,4 milhões de indivíduos foram obrigados a deixar suas residências devido a situações como perseguição, conflito, violência, violações dos direitos humanos ou eventos que causaram sérios transtornos na ordem pública (ACNUR, 2022).

O Brasil, foi construído e desenvolvido através de mão de obra migrante, sua história é marcada por alto fluxo imigratório que começou a ocorrer logo após sua independência de Portugal. Atualmente, em virtude de crises econômicas, ambientais e sociais de diversos países, o Brasil tem se tornado refúgio para diferentes nações (Rocha *et al.*, 2018). Segundo o Ministério da Justiça e Segurança Pública (BR) dados Consolidados da Imigração no Brasil, foram registrados no país em 2020, 1.085.673 migrantes (OBMIGRA, 2020).

Já, o acesso do imigrante aos serviços de saúde é assegurado pela legislação do SUS, pelo Pacto Internacional de Direitos Humanos e está disposta no Art. 196. da Constituição da República Federativa do Brasil que garante a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução da ameaça de enfermidades e outros problemas de saúde, assim como o acesso equitativo e abrangente a medidas e serviços para promover, proteger e recuperar a saúde (Brasil, 1988).

Apesar das disposições legais em vigor, persistem desafios relacionados à participação dos imigrantes na esfera da saúde pública. Estes incluem a ausência de documentação obrigatória, resultando na falta do Cartão SUS e, consequentemente, na restrição ao acesso integral aos serviços do sistema (Rodrigues; Fonseca, 2021).

Diante dessa realidade, elaborou-se um guia com o objetivo de auxiliar as ACS no atendimento e integração de imigrantes em Chapecó-SC, facilitando sua compreensão sobre o SUS. Acredita-se que a criação e utilização deste guia contribuirão significativamente para a educação em saúde dos ACS.

METODOLOGIA

Este estudo adota uma abordagem metodológica descritiva, focalizando o desenvolvimento de uma tecnologia com o objetivo de criar um guia abrangente que aborde as responsabilidades do ACS e forneça informações essenciais para facilitar o acesso dos imigrantes ao SUS em Chapecó - SC.

Em relação às etapas este projeto terá o desenvolvimento em duas (fases/momentos), adaptadas segundo orientações Teixeira e Nascimento (2020), sendo elas: 1º Decidindo o Público-Alvo e Levantamento de Ideias e Criação de Roteiro 2º Desenvolvendo o Conteúdo e Produção/ Designer do Guia.



Figura 1 - Fluxograma das etapas de desenvolvimento do Guia.

Fonte: Elaborado pelas autoras (2024).

Na produção, foi utilizado como meio de criação a plataforma Canva, uma ferramenta gratuita de design gráfico on-line, nela primeiramente foi feita a escolha do layout, paleta de cores e letras que estariam presentes no Guia, em seguida realizada a elaboração das imagens e ilustrações utilizando a plataforma de inteligência artificial da Microsoft (BING) e realizada a seleção de imagens disponíveis na internet. Concomitantemente, foram realizados os ajustes dos textos da versão final do esboço no design, resultando na versão final do guia.

RESULTADO

A versão final foi intitulada “Introdução do Sistema Único de Saúde (SUS) para Imigrantes em Chapecó: O Papel do Agente Comunitário de Saúde”. Elaborado em quatro capítulos, totalizando 16 páginas, abrangendo desde o índice até as referências. A figura 2 apresenta um amotra dos elementos que compeo o Guia.

Apresentação	03
O SUS	06
Atendimento em Chapecó/SC	09
Endereços importantes	13

CARTÃO NACIONAL DO SUS

O Cartão Nacional de Saúde (CNS) é o documento de identificação do usuário do SUS, pode ser considerado uma "identidade de saúde" é fornecido de forma gratuita e pode ser utilizado em qualquer unidade de saúde pública do território nacional. Ele foi projetado para facilitar o acesso à rede de atendimento do SUS.

Onde fazer:

Deve ser feito nas unidades básicas de saúde do local em que o cidadão reside.

Quals documentos levar:

- Cadastro de Pessoa Física (CPF);
- Comprovante de residência
- (RNE- Registro Nacional de Estrangeiros ou protocolo provisório).



Figura 2 – Apresentação de elementos do Guia “Introdução do Sistema Único de Saúde (SUS) para imigrantes em Chapecó: o papel do agente comunitário de saúde”

DISCUSSÃO

O trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) é fundamental para a concretização do Sistema Único de Saúde (SUS), um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, que garante acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país (Silva et al., 2022). Com a sua criação, o SUS proporcionou o acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação, promovendo a atenção integral à saúde, e não somente aos cuidados assistenciais (Brasil, 2024).

Nesse contexto, o ACS desempenha um papel crucial, baseando seu trabalho em ações de visita domiciliar, cadastramento e acompanhamento da população adscrita em seu território de atuação. A legislação brasileira assegura aos imigrantes acesso integral aos serviços de saúde pública, em conformidade com os principais tratados internacionais, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos, sem qualquer forma de discriminação, conforme mencionado por Pontes, Vargas e Lima (2017).

Diante dessa realidade, o presente guia surge como um importante instrumento de apoio ao trabalho do ACS, com a finalidade de auxiliar no processo de educação em saúde. Na prática, o uso de tecnologias educacionais, aliadas ao conhecimento prévio desses profissionais, tem se mostrado uma ferramenta eficaz na formação contínua e na melhoria

da qualidade dos serviços prestados (Pavinati, 2022). Essas ferramentas didáticas variadas contribuem para uma formação abrangente dos profissionais de saúde, promovendo uma educação mais completa e efetiva (Carneiro Fonseca et al., 2023).

As tecnologias educacionais são consideradas facilitadoras nos processos de educação em saúde, visando não apenas amplificar, mas também reconfigurar e fortalecer a prática de enfermagem, promovendo inovações no cuidado educativo (Teixeira, 2020). Nesse sentido, o guia se destaca como uma ferramenta essencial, indo além da simples transmissão de informações, desempenhando um papel fundamental na promoção da participação ativa dos usuários, no fortalecimento dos laços de cidadania e no empoderamento para a autonomia (Fontany et al., 2023).

A implementação dessas tecnologias encontra um terreno fértil na Educação Permanente em Saúde (EPS), que é uma ferramenta fundamental para atender às variadas necessidades na assistência à saúde da população. Isso é especialmente relevante na Atenção Primária à Saúde (APS), que é crucial para identificar as necessidades de saúde e avaliar a estratificação de risco, facilitando a organização do cuidado em rede (Lima et al., 2022).

Dessa forma, entre as estratégias possíveis para a EPS, a criação de materiais didáticos, como guias, manuais, e-books, panfletos e outros, amplia o alcance dos temas para mais profissionais de saúde, oferecendo recursos de apoio e consulta. Além disso, essa abordagem representa um investimento relativamente baixo e pode ser implementada de diversas maneiras, graças às inúmeras ferramentas e aplicativos disponíveis atualmente (Lima et al., 2022).

Em suma, o guia proposto representa um importante recurso para o trabalho do ACS, contribuindo para a educação em saúde da população, para a formação continuada dos profissionais e para a melhoria da qualidade dos serviços prestados. Sua utilização, aliada às demais estratégias de EPS, pode fortalecer o SUS e garantir o acesso universal e integral à saúde, conforme preconizado pela Constituição Federal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O guia intitulado “Introdução do Sistema Único de Saúde (SUS) para Imigrantes em Chapecó: O Papel do Agente Comunitário de Saúde” representa um importante passo para aprimorar o atendimento à população imigrante na região. Elaborado com linguagem simples e de fácil consulta, o material visa auxiliar os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na interação eficaz com essa parcela da população, promovendo um atendimento inclusivo e de qualidade. Embora não pretenda esgotar o tema, o guia informativo busca contribuir significativamente para a melhoria dos serviços oferecidos à comunidade imigrante, especialmente em um contexto de crescente diversidade populacional.

REFERÊNCIAS

ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA OS REFUGIADOS (ACNUR). ACNUR: **deslocamento global atinge novo recorde e reforça tendência de crescimento da última década**, 2022. Disponível em: <https://www.acnur.org/portugues/2022/06/15/acnur-deslocamento-global-atinge-novo-recorde-e-reforca-tendencia-de-crescimento-da-ultima-decada/>. Acesso em: 27 maio. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Saúde: Instrumentos e Modelos**. [Ministério da Saúde]. 2007. 40 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf. Acesso em: 14 mai. 2024.

CARNEIRO M.F; et al., Tecnologias Educacionais em Serviços de Saúde: Uma Reflexão. **Ciências da Saúde, Ciências Humanas**, Volume 27 - Edição 124/JUL 2023. DOI: 10.5281/zenodo.8136891. Acessado em: 10 jun.2024.COELHO, ACL; BRASILEIRO, TSA; DA SILVA, Ícaro BR; CAVALCANTE,RL; DA

FONSECA, A. F.; MOROSINI, M. V. O caráter estratégico do Agente Comunitário de Saúde na APS integral. **APS EM REVISTA**, [S. I.], v. 3, n. 3, p. 210–223, 2021. DOI: <https://doi.org/10.14295/aps.v3i3.218>. Acesso em: 10 jun. 2024.

LIMA, N.M; GRIMES, L.N; LOPES, C.A de A.; NUNES, C.J.R.R. Educação permanente em saúde: Desenvolvimento de guia informativo com orientações nutricionais para profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, [S. I.], v. 15, pág. e167111537208, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/37208>. Acesso em: 10 jun. 2024.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Brasil pode ser “campeão global” no acolhimento de refugiados**. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/257539-brasil-pode-ser-%E2%80%9Ccampe%C3%A3o-global%E2%80%9D-no-acolhimento-de-refugiados>. Acesso em: 15 de maio de 2024.

PAVINATI, G; et al. Tecnologias educacionais para o desenvolvimento de educação na saúde: uma revisão integrativa. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, [S. I.], v. 26, n. 3, 2022. Disponível em: <https://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/8844>. Acesso em: 10 jun. 2024

ROCHA, V. G.; RIBEIRO, P. V. N. Fluxo migratório venezuelano no Brasil: análise e estratégias. **Revista Jurídica da Presidência da República**, Brasília, v. 20, n. 122,p. 1820-1842, 2018. DOI: <https://doi.org/10.20499/2236-3645.RJP2018v20e122-1820>. Acesso em: 10 jun. 2024.

RODRIGUES, T.; FONSECA, R. O. **Possibilidades de atendimento ao estrangeiro pelos agentes comunitários de saúde na região fronteiriça de Corumbá/MS – Brasil**. Brazilian Journal of Development, v. 7, n. 3, p. 31201–31218,2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/27134>. Acesso em: 10 jun. 2024.

SILVA, P. P.C da et al. O trabalho do agente comunitário de saúde: desafios e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 75, n. 3, p. 1-10, 2022. DOI: 10.22278/2318-2660. 2022.v46.n3.a3771. Disponível em: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2022.v46.n3.a3771>. Acesso em: 21 maio 2024.

TEIXEIRA, E.; NASCIMENTO, M. H. M. **Desenvolvimento de tecnologias cuidativo-educacionais**. Porto Alegre: Moriá, 2020.

CAPÍTULO 2

TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO: FACILITANDO O ACESSO À SAÚDE PARA A POPULAÇÃO IMIGRANTE

Caroline Rezello

Enfermeira

Lucimare Ferraz

Docentes do departamento de
Enfermagem da UDESC

Kiciosan da Silva Bernardi Galli

Docentes do departamento de
Enfermagem da UDESC

Marta Khols

Docentes do departamento de
Enfermagem da UDESC

RESUMO: O presente trabalho teve por objetivo desenvolver tecnologias de informação para a população imigrante sobre as Unidades de Saúde do município de Chapecó – SC. Metodologia: Para o desenvolvimento do mapa das Unidades de Saúde e dos pontos de referência da cidade de Chapecó, recorreu-se à ferramenta *My Maps*, oferecida pelo Google. O resultado obtido com o desenvolvimento dessas ferramentas foi a criação de um mapa pontuando onde as Unidades de Saúde se localizam e trazendo os principais pontos de referência da cidade de Chapecó. Também foi desenvolvido um *site* que explica quando se deve buscar cada Unidade de Saúde e traz informações sobre o Centro de Atendimento ao Imigrante. As tecnologias desenvolvidas cumpriram o seu objetivo de informar a população sobre o fluxo de saúde

da cidade de Chapecó e a localização das Unidades de Saúde desta cidade.

PALAVRAS-CHAVE: Imigrantes; Tecnologia; Acesso à saúde; Enfermagem.

INFORMATION TECHNOLOGIES: FACILITATING ACCESS TO HEALTHCARE FOR THE IMMIGRANT POPULATION

ABSTRACT: The present work had as objective to develop information technologies for the immigrant population about the Health Units in the municipality of Chapecó – SC. Methodology: To develop the map of Health Units and landmarks in the city of Chapecó, the *My Maps* tool was resorted, offered by Google. To the site creation, the *My Site* tool by Google was used. The result obtained with the development of these tools was the creation of a map punctuating where the Healthcare Units are located and bringing the the main landmarks in the city of Chapecó. A website was also developed that explains when to go to each Health Unit and provides information about the Immigrant Service Center. The technologies developed fulfilled their objective of informing the population about the health flow in the city of Chapecó and the location of the Health Units in this city.

KEYWORDS: Immigrants; Technology; Healthcare access; Nursing.

INTRODUÇÃO

O processo de migração pode ser desencadeado por diversos fatores, como desastres ambientais; guerras; perseguições políticas, étnicas ou culturais; busca de trabalho e melhores condições de vida, entre outros. O principal motivo para esses fluxos migratórios internacionais é o econômico, quando as pessoas deixam seu país de origem visando a obtenção de emprego e melhores perspectivas de vida em outras nações (Mendes; Brasil, 2020).

Atualmente, o Brasil recebe imigrantes, que geralmente têm conhecimento sobre a Lei da Imigração (Brasil, 2017), porém não sabem como usufruir desse direito e desconhecem as políticas públicas de saúde no Brasil. Tal falta de informação aumenta a vulnerabilidade dos sujeitos, tornando-se necessárias políticas públicas que proporcionem a inclusão (Guerra; Ventura, 2017).

No Brasil, a assistência pública à saúde é fornecida pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Essa assistência é baseada nos princípios fundamentais da universalidade, integralidade e equidade, os quais são aplicados em diferentes níveis de complexidade na prestação de cuidados de saúde. A Atenção Primária à Saúde (APS), representada principalmente pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) e suas Unidades de Saúde da Família, desempenha um papel crucial como porta de entrada e ponto de integração com outras redes do SUS. A ESF oferece uma abordagem multidisciplinar na prestação de serviços de saúde, e os serviços de saúde privados funcionam de maneira complementar, seguindo as diretrizes do SUS.

Assim, um dos grandes desafios enfrentados por países que recebem imigrantes é garantir a equidade em suas políticas e sistemas de saúde. Isso requer a compreensão dos diversos aspectos que podem resultar em disparidades no acesso e uso dos serviços de saúde; dentre esses aspectos, destacam-se a acessibilidade, as percepções individuais e experiências anteriores com o sistema de saúde.

Diante desse cenário, o presente trabalho se propôs a desenvolver tecnologias informativas voltadas para a população imigrante, com o intuito de prover, com uma abordagem clara e de fácil compreensão a todas as culturas, informações sobre a localização das Unidades de Saúde e pontos de referência da cidade de Chapecó, e quando as Unidades devem ser procuradas.

METODOLOGIA

Este estudo metodológico teve como objetivo desenvolver duas tecnologias para facilitar o acesso de imigrantes aos serviços de saúde em Chapecó, Santa Catarina: um mapa interativo e um site informativo. A primeira etapa consistiu na elaboração de um mapa utilizando o Google Maps e sua ferramenta My Maps. Inicialmente, explorou-se o Google Maps, serviço de mapas e navegação online, para compreender suas funcionalidades, como navegação, pesquisa de locais, visualização de mapas, Street View, informações de tráfego, exploração interior, planejamento de viagens, integração com outros serviços, aplicativo móvel e uso comercial.

Em seguida, levantaram-se os serviços de saúde disponíveis no município, incluindo Centros de Saúde da Família (CSF), hospitais, Rede Feminina de Combate ao Câncer, Unidade de Acolhimento e Unidade de Pronto Atendimento, além de pontos de referência como indústrias, igrejas, prefeitura, terminal urbano e delegacia. As informações sobre os CSF foram obtidas no site da Prefeitura de Chapecó, enquanto os demais serviços e pontos de referência foram identificados no Google Maps.

Com o auxílio da ferramenta My Maps, as unidades de saúde foram inseridas no mapa, que permite a personalização de mapas com marcadores, linhas, formas, etiquetas e imagens, além de oferecer flexibilidade, compartilhamento, integração com outros serviços Google e facilidade de uso.

Na etapa de implementação de informações no mapa, pesquisaram-se os atendimentos oferecidos nos CSF, incluindo endereço e horário de atendimento, no site da prefeitura. Após avaliação e aprimoramentos, as informações foram inseridas no mapa denominado “Unidades de Saúde de Chapecó – SC”.

Para facilitar o acesso da população ao mapa, criou-se um QR Code através da plataforma QRCode Generator, que permite a personalização e o acompanhamento de acessos. O mapa também pode ser acessado através de um link. Paralelamente ao mapa, desenvolveu-se o site “Saúde em Chapecó: guia para imigrantes”, com informações em quatro línguas sobre os principais serviços de saúde e quando o usuário deve procurá-los. Para a construção e publicação do site, avaliou-se a ferramenta My Sites do Google, devido à sua gratuidade, facilidade de uso, interface amigável, modelos personalizáveis, integração com outros serviços Google, colaboração em tempo real, acessibilidade, compartilhamento fácil, integração com domínios personalizados, aplicativos e gadgets, uso diversificado e armazenamento ilimitado.

O conteúdo do site aborda a pergunta “Quando devo procurar uma Unidade de Saúde?”, com subtópicos sobre quando procurar o Hospital Regional do Oeste, a Unidade de Pronto Atendimento e o Centro de Saúde da Família. Além disso, o site contém informações sobre o Centro de Atendimento ao Imigrante (CAI) e o mapa “Unidades de Saúde de Chapecó – SC”. As informações foram obtidas no Ministério da Saúde, blog Saúde e Você, Secretaria de Saúde de Chapecó e CAI.

As imagens para o design do site foram selecionadas no Google Imagens, buscando aquelas que melhor descrevessem cada serviço de saúde e tivessem boa resolução. O site foi traduzido para quatro línguas (português, crioulo, espanhol e inglês) com o auxílio do ChatGPT da OpenAI.

Após diálogo com a orientadora, o site foi denominado “Saúde em Chapecó: guia para imigrantes”. Após revisão, o site foi publicado e pode ser acessado através de um link. Assim como o mapa, criou-se um QR Code para facilitar o acesso ao site. Por fim, realizou-se o download do mapa e de seus indicadores em formato PDF através do Google Maps.

Este estudo metodológico resultou na criação de duas ferramentas importantes para facilitar o acesso de imigrantes aos serviços de saúde em Chapecó: um mapa interativo com a localização e informações sobre as unidades de saúde e um site informativo com orientações em quatro línguas sobre quando e onde procurar cada serviço.

RESULTADOS

A Figura 1 apresenta a primeira tecnologia desenvolvida, o mapa “Unidades de Saúde de Chapecó – SC”, que foi composto com base no território urbano da cidade de Chapecó.

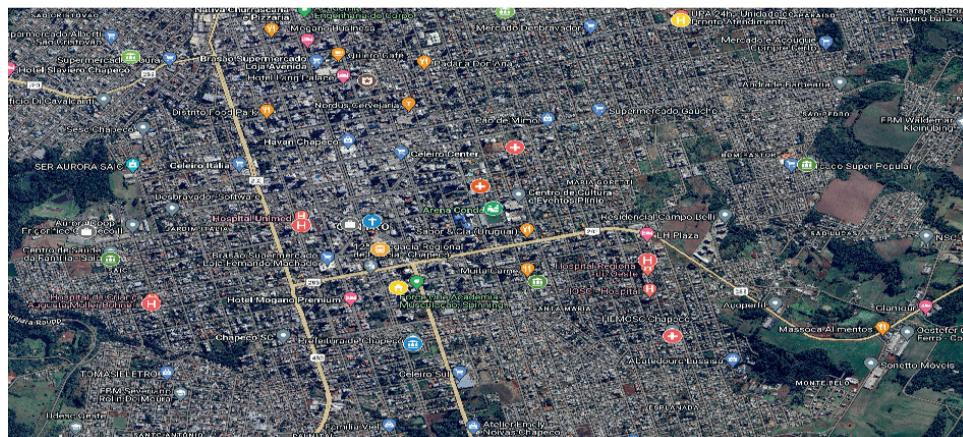


Figura 1 – Composição do mapa “Unidades de Saúde de Chapecó – SC”. Chapecó – SC.

Fonte: Captura de tela realizada pela autora.

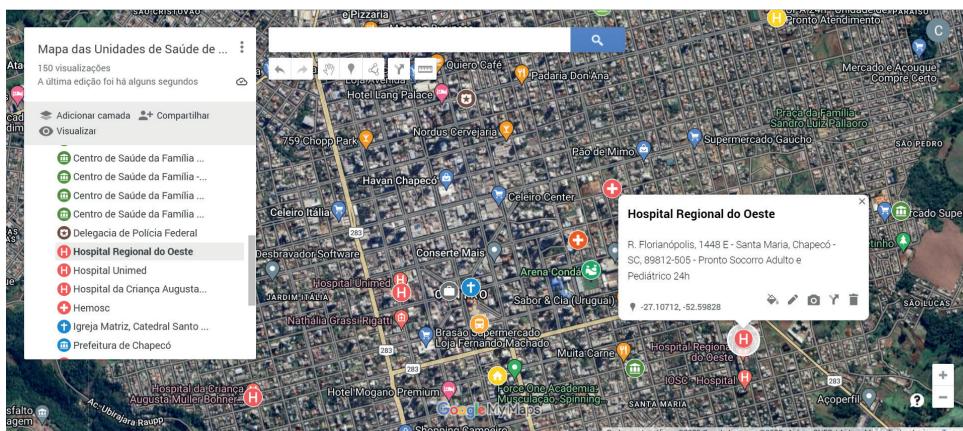


Figura 2– Informações adicionadas ao mapa “Unidades de Saúde de Chapecó – SC”. Chapecó – SC, 2023

Fonte: Captura de tela realizada pela autora.



Na Figura 3, pode-se visualizar o *QR Code* que foi criado com o intuito de facilitar o acesso ao mapa.

Fonte: Captura de tela realizada pela autora.

Já o site “Saúde em Chapecó: guia para imigrantes” foi estruturado com uma pergunta inicial: “Quando devo procurar uma unidade de saúde?”, seguida dos seguintes subtópicos: “Quando devo procurar o hospital regional do Oeste?”, “Quando devo procurar a Unidade de Pronto Atendimento?” e “Quando devo procurar o Centro de Saúde da Família?”.

Além disso, contém informações sobre o CAI e sobre o mapa “Unidades de Saúde de Chapecó – SC”. Chapecó – SC, 2023.

A Figura 4 exibe a página inicial do site.

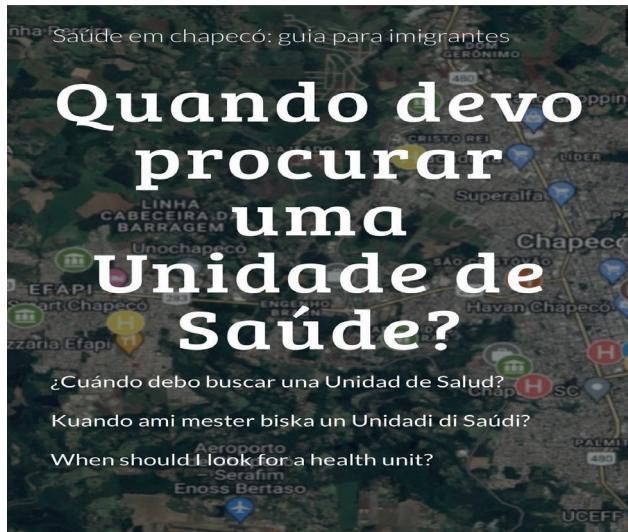


Figura 4 – Página inicial do site “Saúde em Chapecó: guia para imigrantes”. Chapecó – SC

Fonte: Captura de tela realizada pela autora

DISCUSSÃO

Pensando no conceito de oferta de serviços adaptados, este trabalho criou três tecnológicas, com vistas a facilitar o acesso dos imigrantes a informações sobre a saúde. Isto porque é crucial considerar a relação entre saúde e imigração, uma vez que, ao se estabelecerem em um novo país, os imigrantes costumam enfrentar diversos desafios, que afetam diretamente o seu estado de saúde. Esses desafios incluem dificuldades de comunicação, barreiras linguísticas, problemas de adaptação ao novo ambiente, preconceito racial e étnico, estereótipos e discriminação.

Segundo Granada e Detoni (2017), o processo migratório acarreta consigo a passagem por um processo de aculturação, em que é preciso que aquele que chega ao local de acolhimento passe a adotar desde a língua até os traços mais profundos da sociedade de acolhimento para poder ser aceito, provando sua capacidade de ser assimilado.

É fundamental, então, que os profissionais de saúde que irão atendê-los levem em consideração sua situação atual. Afinal, esses profissionais precisam lidar com culturas, práticas e perspectivas diversas, as quais podem influenciar profundamente a maneira como os pacientes são acolhidos e cuidados. A competência cultural, que envolve a habilidade de reconhecer as particularidades de diferentes grupos populacionais, atentando para suas características culturais, bem como diferenças étnicas ou raciais, está aquém do ideal para os serviços de saúde (Losco; Gemma, 2021).

A barreira linguística e cultural, assim como a falta de compreensão sobre o sistema de saúde brasileiro, são outros dificultadores na prestação do cuidado aos imigrantes (Granada *et al.*, 2017). A imigração, contudo, apenas potencializou muitos dos problemas existentes, pois os serviços de saúde já não vinham se adequando e incrementando sua assistência na proporção do crescimento populacional, desconsiderando, também, a onda migratória (Arruda-Barbosa; Sales; Souza, 2020).

Ressalta-se que alguns desses fatores podem ser modificados quando aliados à tecnologia, que se mostra facilitadora quando associada ao cuidado. A tecnologia hoje é uma ferramenta transcultural, permitindo facilidade no acesso a informações em saúde. Segundo Granada *et al.* (2017, p. 285), é “necessária promoção da equidade de acesso à saúde, prevenção contra a discriminação, ampliação das políticas públicas, formação dos profissionais e oferta de serviços adaptados, abordando a temática das migrações”.

Portanto, o futuro profissional não deve ser preparado exclusivamente para executar técnicas ou adquirir conhecimento teórico, mas sim para compreender a profunda importância da formação como ser humano e cuidador, tanto para aqueles ao seu redor como para si mesmo. Isso implica solicitar mudanças nos fundamentos da concepção dos novos processos de ensino-aprendizado (Costa *et al.*, 2019).

Mediante o exposto, é possível afirmar que as ferramentas desenvolvidas no presente trabalho aliaram a tecnologia à informação em saúde, promovendo inclusão transcultural, acesso facilitado à localização de Unidades de Saúde e maior compreensão acerca do fluxo dos serviços de saúde – o que é de extrema valia para os estrangeiros, por gerar sensação de acolhimento a essa população e auxiliar em sua acomodação e integração social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho desenvolveu três tecnologias voltadas para informações que facilitam o acesso à saúde para a população imigrante de Chapecó. A primeira tecnologia é um mapa que contém as Unidades de Saúde de Chapecó e os pontos de referência da cidade, incluindo a localização e o horário de funcionamento na descrição de serviço de saúde. A segunda tecnologia consiste em um *site* que explica quando buscar cada unidade de saúde, além de trazer informações sobre o CAI e o *link* para o mapa desenvolvido.

As tecnologias desenvolvidas por este trabalho cumpriram o seu objetivo de informar a população imigrante sobre o fluxo de saúde da cidade de Chapecó e a localização das Unidades de Saúde desta cidade. Para isso, é fundamental que considerar o idioma e a cultura dessa população, e que os materiais construídos sejam ilustrativos e de fácil entendimento. Nesse intento, os profissionais de saúde precisam se desafiar a transitar por outras áreas do conhecimento ou em trabalhos interdisciplinares, a fim de buscar diferentes métodos de propagação da saúde, proporcionando à população novas maneiras de acesso facilitado à saúde.

REFERÊNCIAS

ARRUDA-BARBOSA, L.; SALES, A. F. G.; SOUZA, I. L. L. Reflexos da imigração venezuelana na assistência em saúde no maior hospital de Roraima: análise qualitativa. *Saúde e Sociedade*, [s. l.], v. 29, n. 2, e190730, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/tCYm8ZhStx46pYC8JK39rfB/>. Acesso em: 3 abr. 2023.

BRASIL. Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017. Institui a Lei de Migração. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 25 maio 2017.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Secretaria Nacional de Justiça. Departamento de Migrações. Coordenação-Geral de Política Migratória. Relatório das Reuniões do Grupo de Trabalho da Política Nacional de Migrações, Refúgio e Apátridio: eixo 5 - relações internacionais e interculturalidade: documento preliminar. *Portal de Imigração Laboral*, Brasília, DF, 28 mar. 2023. Disponível em: https://portaldaimigracao.mj.gov.br/images/Pol%C3%ADtica_Nacional_-_GT/documents_bases/Relat%C3%B3rio_completo_preliminar_Eixo_5_GT_PNMRA.pdf. Acesso em: 25 abr. 2023.

COSTA, M. F. *et al.* As tecnologias de informação e comunicação no âmbito da enfermagem. *Revista Recien*, São Paulo, v. 9, n. 27, p. 108-116, 2019. Disponível em: <http://www.recient.com.br/index.php/Recien/article/view/211/215>. Acesso em: 15 set. 2023.

GRANADA, D.; DETONI, P. P. Corpos fora do lugar: saúde e migração no caso de haitianos no Sul do Brasil. **Temáticas**, Campinas, v. 25, n. 49/50, p. 115-138, 2017. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/11131/6416>. Acesso em: 2 ago. 2023.

GRANADA, D. et al. Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa mobilidade humana. **Interface (Botucatu, Online)**, Botucatu, v. 21, n. 61, p. 285-296, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/YFR5qb3Hxs9ZdYfVkbhrbGC/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 jun. 2023.

GUERRA, K.; VENTURA, M. Bioética, imigração e assistência à saúde: tensões e convergências sobre o direito humano à saúde no Brasil na integração regional dos países. **Cadernos de Saúde Coletiva (Online)**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 123-129, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/Bjx3pCWycxxjHDSZ5yMn7yg/>. Acesso em: 18 abr. 2023.

LOSCO, L. N.; GEMMA, S. F. B. Atenção primária em saúde para imigrantes bolivianos no Brasil. **Interface (Botucatu, Online)**, Botucatu, v. 25, e200477, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/VPvkQXHrXqCFsWm8rfSWZcQ/#>. Acesso em: 31 mar. 2023.

MENDES, A. A.; BRASIL, D. R. A nova Lei de Migração brasileira e sua regulamentação da concessão de vistos aos migrantes. **Sequência (Florianópolis)**, Florianópolis, n. 84, p. 64-88, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/seq/a/m857phqNWZFzQDZ8vqhLDLM/?lang=pt#:~:text=de%20Migra%C3%A7%C3%A3o%20Brasileira-,A%20Lei%20n.,818%2F49>. Acesso em: 10 abr. 2023.

SOUZA, M. T; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Integrative review: what is it? How to do it?. **Einstein (São Paulo)**, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLjtBx/?lang=en#>. Acesso em: 19 ago. 2023.

CAPÍTULO 3

TECNOLOGIA EM ENFERMAGEM: A CONSTRUÇÃO DE UM JOGO SOBRE BIOSSEGURADA

Érica Cristina Foschiera

Academica do Curso de Enfermagem-
UDESC

Vivian Luft

Academica do Curso de Enfermagem-
UDESC

Marta Kolhs

Docentes do Departamento de
Enfermagem- UDESC

Arnildo Korb

Docentes do Departamento de
Enfermagem- UDESC

Lucimare Ferraz

Docentes do Departamento de
Enfermagem- UDESC

RESUMO: Objetivo: Construir um jogo sobre a NR32 voltado à biossegurança no trabalho em saúde. Metodologia: A pesquisa é metodológica, seguindo as seguintes etapas: Leitura, análise e síntese da NR32, elaboração do roteiro do jogo, avaliação do conteúdo e da jogabilidade, seleção da plataforma para o quiz, escolha do modelo de jogo e montagem do quiz. Resultados: O jogo compreende um total de 32 perguntas, dos quais a abordagem é

de temas específicos relacionados a EPI e Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC), bem como comportamentos e atitudes relacionadas à segurança no trabalho em saúde, especialmente no contexto das atividades laborais de enfermagem. Considerações Finais: Ao incorporar elementos lúdicos e desafiadores, os jogos conseguem atrair a atenção dos participantes de maneira única, facilitando a assimilação e retenção do conteúdo proposto. A ideia do jogo pode ser aplicada em uma variedade de campos, não se limitando apenas à enfermagem, mas estendendo-se para além do âmbito da saúde. As ações desenvolvidas por enfermeiros emergem como cruciais para a aprimoração da saúde em todos os sistemas de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Biossegurança; Jogo; Enfermagem; Educação Permanente.

NURSING TECHNOLOGY: BUILDING A GAME ABOUT BIOSAFETY

ABSTRACT: Objective: Construct a game about NR32 aimed at biosafety in health work. Methodology: The research is methodological, following the next stages: Reading, analysis, and synthesis of NR32,

game script development, evaluation of content and gameplay, selection of the platform for the quiz, choice of the game model, and quiz assembly. Results: The game consists of a total of 32 questions, addressing specific topics related to EPI and Collective Protective Equipment (EPC), as well as behaviors and attitudes related to workplace safety in healthcare, especially in the context of nursing activities. Conclusion: By including ludic and challenging elements, games can attract the participants attention, facilitating the assimilation and the retention of the proposal contente. The idea of the game can be applied in a variety of fields, not limited to nursing alone, extending beyond the realm of healthcare. The actions developed by nurses emerge as crucial for improving health in all health systems.

KEYWORDS: Biosafety; Game; Nursing; Continuing Education.

A biossegurança é um campo que se dedica à preservação da saúde e integridade de seres humanos, animais, plantas e do ambiente, frente aos riscos provenientes do mundo biológico. Isso engloba a adoção de estratégias proativas para prevenir a exposição à agentes biológicos, incluindo bactérias, vírus, fungos e outros microrganismos, que podem representar ameaças à saúde. A biossegurança envolve ainda a aplicação de práticas adequadas para a gestão, armazenamento e eliminação de materiais biológicos, bem como a execução de precauções, como o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), procedimentos de assepsia, desinfecção e a implementação de manuais de segurança tanto em laboratórios quanto em ambientes de cuidados de saúde. Essas ações têm como objetivo reduzir a probabilidade de ocorrerem acidentes, evitar exposições indesejadas e limitar a propagação de agentes patogênicos, contribuindo para a promoção de um ambiente laboral seguro e saudável (SILVA, 2021).

Os incidentes laborais na esfera da saúde são eventos indesejados que culminam em ferimentos ou enfermidades vinculadas à atividade laboral em ambientes de saúde, impactando tanto os profissionais da saúde quanto os pacientes. Esses incidentes podem ser desencadeados por uma gama de fatores, incluindo a exposição à elementos biológicos, substâncias químicas nocivas, ocorrências de incidentes com instrumentos médicos, quedas e lesões ocasionadas por agulhas. A prevenção de incidentes laborais no âmbito da saúde é crucial para resguardar a saúde e o bem-estar de profissionais e pacientes. Isso implica em adotar medidas de gestão, como a devida utilização de EPI, treinamento em segurança, implementação de diretrizes de proteção, avaliação de riscos e práticas ergonomicamente corretas. Além disso, é fundamental fomentar uma cultura de segurança, incentivando a comunicação franca acerca de ocorrências e a participação ativa de todos os envolvidos no cenário de trabalho (SANTANA, 2016).

REESCREVA esse texto fazendo uma coesão entre os parágrafos: (confirmar com a autora)

A Norma Regulamentadora 32 (NR-32) é um dispositivo do Ministério do Trabalho e Emprego (hoje Secretaria Especial de Previdência e Trabalho) que estipula as diretrizes para a segurança e saúde laboral em serviços de saúde. Seu propósito é assegurar a salvaguarda dos colaboradores desse ramo, abarcando profissionais como enfermeiros e

técnicos, diante das múltiplas ameaças laborais existentes no local de serviço, tais como a exposição a substâncias biológicas, agentes químicos e incidentes envolvendo objetos perfurantes. A NR-32 engloba exigências vinculadas a medidas de prevenção, estruturação dos serviços de saúde, acesso a EPIs apropriados e formação dos colaboradores. Sua implementação é indispensável para fomentar um local laboral protegido e saudável para os trabalhadores, bem como assegurar a excelência no cuidado oferecido aos pacientes (BRASIL, 2010).

A capacitação de profissionais por intermédio de jogos é uma estratégia inovadora voltada a proporcionar uma vivência educacional interativa e envolvente. Os jogos pedagógicos têm vindo a ser cada vez mais empregados como instrumentos de treino em várias áreas, incluindo o âmbito da saúde. Através da utilização de jogos como uma metodologia de aprimoramento, os especialistas têm a oportunidade de aprender e fortalecer as suas competências de maneira prática e imersiva. Os jogos podem simular contextos reais e obstáculos enfrentados no contexto laboral, facultando aos profissionais a tomada de decisões, a prática das suas aptidões e a obtenção de feedback instantâneo. Para além disso, os jogos também têm a capacidade de proporcionar um ambiente protegido para a experimentação e a aprendizagem, permitindo que os profissionais cometam erros sem repercussões efetivas. Isto estimula a exploração e o ensino ativo, impulsionando o envolvimento e a retenção do conhecimento (JONES, 2015).

A Norma Regulamentadora 32 (NR-32), dispositivo do Ministério do Trabalho e Emprego (atual Secretaria Especial de Previdência e Trabalho), estabelece diretrizes para a segurança e saúde laboral em serviços de saúde. Seu propósito é proteger os colaboradores desse ramo, como enfermeiros e técnicos, diante das diversas ameaças laborais existentes, como a exposição a substâncias biológicas, agentes químicos e incidentes com objetos perfurantes. A NR-32 abrange exigências relacionadas a medidas de prevenção, estruturação dos serviços de saúde, acesso a EPIs apropriados e formação dos colaboradores. Sua implementação é indispensável para promover um ambiente de trabalho protegido e saudável, garantindo a excelência no cuidado oferecido aos pacientes (Brasil, 2010).

Nesse contexto, a capacitação de profissionais por meio de jogos surge como uma estratégia inovadora para proporcionar uma vivência educacional interativa e envolvente. Jogos pedagógicos têm sido cada vez mais utilizados como instrumentos de treinamento em diversas áreas, incluindo a saúde. Através dessa metodologia de aprimoramento, os profissionais têm a oportunidade de aprender e fortalecer suas competências de maneira prática e imersiva. Os jogos simulam contextos reais e obstáculos enfrentados no ambiente de trabalho, permitindo aos profissionais a tomada de decisões, a prática de suas habilidades e a obtenção de feedback instantâneo. Além disso, os jogos proporcionam um ambiente seguro para a experimentação e a aprendizagem, permitindo que os profissionais cometam erros sem repercussões efetivas. Isso estimula a exploração e o ensino ativo, impulsionando o envolvimento e a retenção do conhecimento (Jones, 2015). Nessa perspectiva realizamos um trabalho com o objetivo de construir um jogo sobre a NR32 voltado à biossegurança no trabalho em saúde.

METODOLOGIA

O presente estudo faz parte do projeto “Tecnologias em Saúde: mapeando e avaliando jogos cuidativos-educativos”, da Universidade do Estado de Santa Catarina. O objetivo central foi a criação de um jogo online, destinado aos profissionais e acadêmicos de enfermagem, tendo como foco a abordagem das questões relacionadas à biossegurança e o uso de EPI e EPC conforme estipulado na NR32.

Esta pesquisa metodológica foi desenvolvida em sete etapas:

1. Leitura: para a construção das perguntas do jogo, foi necessário fazer a leitura detalhada da NR32 e sites de questões de concurso sobre o assunto, sendo eles: Employer, Tudo Sobre RH; Questões Estratégicas; Aprova Concursos; Gabarite Concurso.
2. Análise e síntese da NR32: foram analisados os diferentes campos de aplicação da NR32, e como poderiam ser criadas as perguntas englobando todos os trabalhadores e estudantes dos diversos espaços de saúde.
3. Elaboração do roteiro do jogo: com base no estudo da NR32, foram feitas as perguntas, sendo elas afirmações verdadeiras e falsas em formato de quiz.
4. Avaliação do conteúdo e da jogabilidade: com participação de duas docentes especializadas em Enfermagem do Trabalho, o conteúdo foi corrigido, sendo necessária a edição de algumas frases para melhor concordância e entendimento de diferentes complexidades e áreas de saúde.
5. Seleção da plataforma para o quiz: após pesquisa de sites via Google, foi selecionado o sítio eletrônico “wordwall.net”, por se prático de trabalhar, fácil acesso para os jogadores e com disposição de diferentes modelos de jogabilidade.
6. Escolha do modelo de jogo: foram testados todos os protótipos, sendo escolhido o “Questionário”, pois é objetivo e contempla a função de resposta verdadeira ou falsa.
7. Montagem do quiz: foi necessário criar um login na plataforma para acessar e elaborar o quiz em questão. Houve algumas dificuldades para encontrar imagens de concordância com a pergunta, além de possuir apenas cinco atividades na versão gratuita e não possuir a opção de adicionar explicação para as afirmações após a resposta. A escolha do título também foi pensada e repensada, pelo fato do número de palavras serem limitadas, sendo preciso realizar mudanças no decorrer da criação. O site possui uma aba para “definir atribuição”, na qual os criadores tem a opção de que os participantes joguem em anonimato ou com nome de usuário. Foi escolhido a opção de anonimato, pois mantém-se a privacidade do jogador que acaba por jogar sem medo de errar. Assim, o participante acessa o link e é direcionado direto ao jogo. O jogador pode ver a cada questão se acertou e a quantidade de acertos.

RESULTADO

Este jogo foi elaborado como meio complementar de formação, permitindo

aprimorar habilidades teóricas e práticas de forma lúdica e estimulante para profissionais, acadêmicos e interessados na área. O jogo está disponível gratuitamente por meio do endereço eletrônico: <https://wordwall.net/resource/58534703>. A seguir na figura 1 estão representados os designs e a forma de jogabilidade do jogo.

The image shows a vertical strip of a mobile game interface, likely a Word Wall game, with 10 questions arranged in two columns. Each question includes an image, a question text, and two answer buttons: 'Verdadeiro' (True) in blue and 'Falso' (False) in red. The strip has a decorative dashed border at the top and bottom. Each question is numbered on the left and has a progress bar with a checkmark on the right.

Questão	Imagem	Pergunta	Resposta Verdadeiro	Resposta Falso	Progresso
1		É correto sair pelas ruas da cidade com o jaleco sem estar em atividade?	Verdadeiro	Falso	✓ 6
2		Sirene de alarme de incêndio é um EPI?	Verdadeiro	Falso	✓ 6
3		A falta do uso do EPI pode ser punida com medidas disciplinares?	Verdadeiro	Falso	✓ 12
4		O avental, luva e máscara não são importantes para entrar em um quarto com isolamento?	Verdadeiro	Falso	✓ 11
5		É importante reencapar as agulhas para desprezar?	Verdadeiro	Falso	✓ 13
6		É necessário o uso de luvas de procedimento para verificar sinais vitais?	Verdadeiro	Falso	✓ 15
7		É necessário o uso de luvas para realizar uma punção venosa?	Verdadeiro	Falso	✓ 4
8		Máscara descartável pode ser utilizada mais que um dia?	Verdadeiro	Falso	✓ 3
9		Protetor auditivo é um EPI?	Verdadeiro	Falso	✓ 24
10		É necessária uma luva de procedimento para realizar o HGT?	Verdadeiro	Falso	✓ 25

Figura 5 – Design e jogabilidade da tecnologia educativa “NR32: Biossegurança em Jogo”

DISCUSSÃO

De acordo com a OMS (2020), a biossegurança é um fator primordial da nossa sociedade presente em diversas áreas. Trata-se de um conjunto de práticas e políticas que visam a prevenção e controle de riscos biológicos, garantindo a segurança dos profissionais, da comunidade e do meio ambiente. A biossegurança desempenha um papel importantíssimo na proteção contra doenças infecciosas, na promoção da saúde e até mesmo na conservação da biodiversidade.

Quando essas normas não são rigorosamente cumpridas, podem surgir muitos perigos que muitas vezes têm consequências severas, tanto para a saúde pública como para o meio ambiente. Para enfrentar esses desafios e garantir a segurança e a sustentabilidade, é imprescindível que a biossegurança seja abordada de maneira abrangente e rigorosa, com base em regulamentações sólidas e práticas internacionais (MORSE, 2020). De acordo com Mendes (2020), a resistência e/ou o descuido na adoção de EPI podem resultar em diversos problemas de saúde, além de aumentar o risco de ocorrência de acidentes no ambiente de trabalho. Sendo assim, é de extrema relevância manter uma abordagem constante na discussão deste tema entre gestores e profissionais da área de assistência.

Para mitigar os riscos de acidentes de trabalho na área da saúde, é essencial adotar medidas que fortaleçam a segurança dos profissionais e reduzam a ocorrência de lesões, contaminações e outros incidentes adversos. Algumas estratégias preventivas compreendem capacitação e formação, uso correto de EPI, ergonomia no local de trabalho, controle de infecções, gestão de resíduos, identificação de riscos específicos, apoio psicológico e fomento a uma cultura de segurança (OMS, 2020).

Pensando nisso, os jogos e as tecnologias no âmbito da saúde emergem como ferramentas valiosas para fomentar a promoção da saúde, a educação e a participação ativa dos participantes. A utilização de elementos lúdicos e tecnológicos tem se mostrado altamente eficaz em diversos cenários. Uma pesquisa recente conduzida por Silva et al. (2019) destaca a crescente importância das gamificações em saúde como estratégia frequente. A aplicação da gamificação, recompensas e interatividade para envolver os pacientes e trabalhadores, torna o processo de aprendizado e cuidado mais envolvente.

De acordo com Campanha (2021) as tecnologias móveis desempenham um papel importantíssimo nesse contexto. Aplicativos de saúde são amplamente disponíveis e proporcionam funcionalidades que vão desde o acompanhamento de atividades físicas até a gestão de condições crônicas. Em resumo, os jogos e as tecnologias na área da saúde representam ferramentas promissoras para elevar a consciência, a educação e a participação. Elas têm o potencial de revolucionar nossa abordagem à promoção da saúde e ao tratamento de doenças, contribuindo para uma prestação de cuidados mais eficaz e acessível.

Em síntese, os jogos educativos relacionados à NR 32 e aos EPI desempenham um papel fundamental no treinamento e na conscientização dos profissionais de saúde. Segundo Silva (2022) aplicação de tecnologias nos setores de saúde, por meio de jogos educacionais, representa uma abordagem inovadora e efetiva para fomentar a compreensão e a aderência às diretrizes estabelecidas pela NR32. A NR 32 consiste em um conjunto de regulamentos que tem como finalidade estabelecer medidas de segurança e saúde no trabalho direcionadas aos profissionais que atuam na área da saúde, com o objetivo de prevenir acidentes e promover um ambiente de trabalho seguro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ludicidade e o desafio inerentes aos jogos os tornam ferramentas únicas para captar a atenção dos participantes, facilitando a assimilação e a retenção do conteúdo. A interatividade dos jogos incentiva a participação ativa e autônoma dos aprendizes, promovendo a conscientização, a mudança de comportamentos e a disseminação de boas práticas em saúde. Este estudo destaca a importância da inovação educacional na enfermagem, propondo a criação de um jogo online como ferramenta eficaz para abordar questões de biossegurança, em alinhamento com a NR-32.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério do Trabalho e Emprego. **Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005. Aprova a Norma Regulamentadora nº 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde.** Diário Oficial da União, Brasília, 16 de novembro de 2005. Disponível em: http://www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/portarias/nr/nr_32.pdf. Acesso em: 19 jul. 2023.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego (atualmente Secretaria Especial de Previdência e Trabalho). **Norma Regulamentadora nº 32. Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde.** Brasília, 2010. Disponível em: http://www.legislacao.sef.sc.gov.br/html/decretos/2010/dec_10_0144.htm. Acesso em: 19 de jul. de 2023.

CAMPANHA, Camila; CAMPOS, Soares de. “Panorama Do Uso de Games, Serious Games E Gamificação Na Educação.” **REVISTA PLURI**, vol. 1, no. 2, 5 Nov. 2019, p. 27, Disponível em: <https://doi.org/10.26843/rpv122019p27-45>. Acesso em: 17 out. 2023.

JONES, I. D. et al. Serious Games for Health Professions Education. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 2, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6474322/>. Acesso em: 19 jul. 2023.

MENDES, Claudia, et al. **A Importância Da Biossegurança Na Enfermagem Hospitalar: O Uso de EPI'S.** Disponível em: <http://repositorio.laboro.edu.br:8080/jspui/bitstream/123456789/263/1/A%20Import%a2n cia%20da%20Biosseguran%c3%a7a%20na%20Enfermagem%20Hospitalar%20-%20o%20Uso%20de%20EPI%c2%b4s.pdf>. Acesso em: 29 de out. de 2023.

MORSE, SS (2020). Pandemias: o que fazer? . Medicina Tropical e Doenças Infecciosas, 5(2), 61. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/hDBs7ftnVrRKDpzLpNqvFdz/>. Acesso em: 15 out. 2023.

OMS. **Prevenção e controle de infecção durante os cuidados de saúde quando houver suspeita de COVID-19:** orientação provisória, 19 de março de 2020. Genebra: Organização Mundial da Saúde. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331495>. Acesso em: 01 ago. 2023.

SANTANA, J. A. C. et al. Acidentes de trabalho com exposição a material biológico em profissionais de saúde em um hospital universitário do Nordeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 7, p. 2217-2224, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n7/1413-8123-csc-21-07-2217.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2023.

SILVA, D. P. S. et al. Biossegurança: conceitos e práticas em saúde. **Revista Enfermagem UFPE On Line**, v. 14, n. 4, p. 1283-1291, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/242790>. Acesso em: 19 jul. 2023.

SILVA, J.; Santos; M.; R, Oliveira. O uso de jogos educativos na formação e treinamento em saúde: uma análise sobre a Norma Regulamentadora 32. **Revista de Saúde Ocupacional e Segurança no Trabalho**, 10(2), 45-59.

SILVA, João Batista da, et al. "Gamificação Como Estratégia de Aprendizagem Ativa No Ensino de Física." **Revista Brasileira de Ensino de Física**, vol. 41, no. 4, 2019, Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9126-rbef-2018-0309>. Acesso em: 17 out. 2023.

WORDWALL. **Crie Lições Melhores Mais Rapidamente.** Wordwall.net, Disponível em: <https://wordwall.net/pt/account/basicsignup?redirectto=%2Fpt%2F>. Acesso em: 16 out. 2023.

CAPÍTULO 4

TECNOLOGIA DO CUIDADO: UM VÍDEO SOBRE RISCOS BIOLÓGICOS À PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Erick Lucas Stacke

Academico do Curso de Enfermagem-Udesc

Lucimare Ferraz

Docente do Departamento de Enfermagem-Udesc

Leila Zanatta

Docente do Departamento de Enfermagem-Udesc

Renata Mendonça Rodrigues

Docente do Departamento de Enfermagem-Udesc

RESUMO: **Objetivo:** Elaborar uma Tecnologia Educativa (TE), em formato de vídeo, abordando o assunto Risco Biológico. **Metodologia:** Este Trabalho baseou-se em um estudo metodológico para desenvolver uma tecnologia educativa na forma de vídeos. O processo envolveu pesquisa sobre tecnologia de vídeos, elaboração do roteiro com foco na Norma Regulamentadora 32 (NR 32). **Resultados:** Após a revisão pela orientadora e as devidas adequações, o vídeo final recebeu o título “O que é Risco Biológico?”. Com uma duração de um minuto e vinte e sete segundos, o vídeo está dividido em

oito tópicos. **Considerações Finais:** A biossegurança é crucial diante dos riscos biológicos em ambientes como saúde e trabalho, exigindo prevenção e gestão por meio de protocolos, educação e uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs). A responsabilidade compartilhada entre indivíduos, empregadores e autoridades é essencial. Em desafios globais, como pandemias, a conscientização sobre risco biológico é vital, necessitando de pesquisa e colaboração internacional. Em resumo, a compreensão e controle do risco biológico são fundamentais para a saúde e segurança, com ênfase em vigilância, pesquisa e educação contínuas.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde do Trabalhador; Risco Biológico; Tecnologias.

CARE TECHNOLOGY: A VIDEO
ON BIOLOGICAL RISKS TO
HEALTHCARE PROFESSIONALS

ABSTRACT: **Objective:** To develop an Educational Technology (ET), in video format, addressing the topic of Biological Risk. **Methodology:** This Thesis was based on a methodological study to develop educational technology in the form of videos. The process involved research on video

technology, script development focusing on Regulatory Standard 32 (NR 32). **Results:** After review by the advisor and necessary adjustments, the final video was titled “O que é Risco Biológico?” With a duration of one minute and twenty-seven seconds, the video is divided into eight topics. **Conclusion:** Biosafety is crucial in the face of biological risks in environments such as healthcare and workplaces, requiring prevention and management through protocols, education, and the use of Personal Protective Equipment (PPE). Shared responsibility among individuals, employers, and authorities is essential. In global challenges, such as pandemics, awareness of biological risk is vital, necessitating research and international collaboration. In summary, understanding and controlling biological risk are fundamental for health and safety, with an emphasis on continuous surveillance, research, and education.

KEYWORDS: Worker Health; Biological Risk; Technologies.

INTRODUÇÃO

O ambiente de trabalho dos profissionais de saúde apresenta diversos fatores que podem levar ao surgimento de agravos e doenças, com destaque para os agentes biológicos, que incluem microrganismos como bactérias, vírus, fungos e outros, capazes de provocar infecções, alergias ou toxicidade (Santos, 2020). Visando a proteção e promoção da saúde desses trabalhadores, diversas políticas públicas foram elaboradas após a criação do SUS, incluindo as Normas Regulamentadoras (NRs), que visam proteger os trabalhadores. Atualmente, existem 38 NRs em vigor (Brasil, 2020), e a NR-32, especificamente, estabelece as diretrizes para a proteção da segurança e saúde dos trabalhadores nos serviços de saúde, abrangendo também aqueles que atuam na promoção e assistência à saúde em geral (Brasil, 2022).

Apesar da conscientização dos profissionais de saúde sobre os riscos de acidentes com material biológico e das precauções necessárias, os índices de ocorrência continuam elevados, o que demonstra a necessidade de investigações mais aprofundadas nos cenários de assistência para abordar essa questão de forma mais eficaz (Gonçalves et al., 2019). Nesse contexto, a educação em saúde, voltada para o desenvolvimento humano, surge como uma ferramenta fundamental, e o vídeo educativo se destaca como um recurso de apoio com propósitos didáticos na facilitação do processo de ensino e aprendizagem em diversos contextos educacionais (Lengruber et al., 2021).

Diante dessa problemática, o presente trabalho teve como objetivo elaborar uma Tecnologia de Cuidado, em formato de vídeo, abordando o tema do Risco Biológico. Acreditamos que essa ferramenta audiovisual poderá contribuir significativamente para a conscientização e o treinamento dos profissionais de saúde, auxiliando na prevenção de acidentes e na promoção de um ambiente de trabalho mais seguro.

METODOLOGIA

Esta pesquisa foi o desenvolvimento de uma tecnologia educativa no formato de vídeo, que foi desenvolvido em três etapas:

1-CONHECENDO A TECNOLOGIA DOS VÍDEOS

Para essa atividade, foi realizado uma busca no Google Chrome, que é um navegador da web desenvolvido pela Google. Ele é um dos navegadores mais populares e amplamente usados em todo o mundo, além de ser simples, ter recursos avançados e ser rápido. Utilizamos o Google para essas buscas por se tratar de uma ferramenta de fácil utilização e de fácil compreensão

As buscas realizadas nessa ferramenta foram todas voltadas ao assunto, sendo a grande maioria sobre NR-32, usamos como base para busca as informações disponíveis no site do Governo Federal, principalmente do ministério do trabalho e do Ministério da Saúde.

2- ELABORANDO O ROTEIRO DOS VÍDEOS

Para elaborar o roteiro dos vídeos foi realizado uma leitura da NR-32, que é uma norma de segurança do trabalho no Brasil que estabelece diretrizes e requisitos para a prevenção de acidentes e a proteção da saúde dos trabalhadores que atuam na área da saúde. Ela aborda questões como o uso de equipamentos de proteção, o manejo de resíduos, a prevenção de riscos biológicos, a capacitação dos profissionais de saúde, entre outros. A NR-32 é fundamental para garantir um ambiente de trabalho seguro e saudável para os profissionais da saúde, protegendo-os de possíveis riscos e infecções. Depois da leitura da norma e entendimento da NR, demos ênfase em trabalhar com a parte de Risco Biológico.

3- CRIANDO O VÍDEO

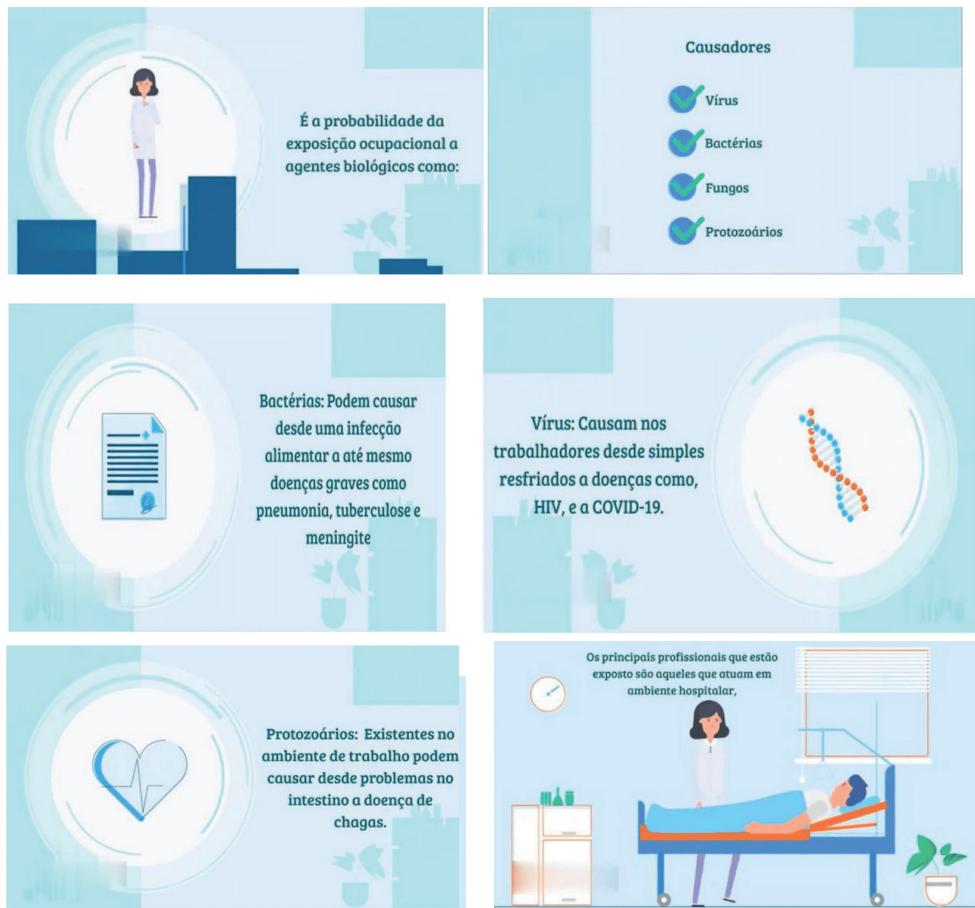
Após o roteiro dos vídeos serem definidos, iniciou-se o processo de criação, o primeiro vídeo foi desenvolvido na plataforma do Canvas, que é uma plataforma online de design gráfico que permite que pessoas sem experiência em design criem facilmente uma ampla variedade de materiais visuais

RESULTADO

O primeiro momento do vídeo explica, “O que é Risco Biológico?”, de modo a compreendermos o que seria este risco. A segunda imagem do vídeo contextualiza o que seria o risco biológico. A terceira imagem apresentada no Vídeo mostra os principais causadores dos acidentes por decorrência do Risco Biológico.

A quarta imagem contextualiza algumas doenças que podem ser causados por vírus em trabalhadores expostos a esse patógeno. A quinta imagem também contextualiza doenças que podem ser causadas pelas bactérias. A sexta mostra exemplos de doenças que podem ser causadas por fungos existentes nos ambientes de trabalho.

A sétima imagem mostra exemplos de doenças que podem ser causadas por protozoários no ambiente de trabalho. A oitava imagem é só uma introdução para os principais profissionais expostos ao Risco Biológico. A nona imagem mostra que os trabalhadores da área da saúde são os mais expostos. Já a décima parte nos mostra outros profissionais expostos a esse tipo de risco. A seguir apresentamos imagens do vídeo sobre Riscos Biológicos e os profissionais de saúde.



O vídeo intitulado de “O que é Risco Biológico?” está disponibilizado para visualização através do canal do Youtube da UDESC Oeste pelo link: <https://www.youtube.com/watch?v=L3LzdFXfB8s&t=14s>. Por se tratar de uma plataforma on-line o vídeo pode ser acessado por qualquer pessoa em qualquer lugar, somente tendo a necessidade do acesso à internet.

DISCUSSÃO

As legislações trabalhistas voltadas à saúde do trabalhador, como a NR-32, estabelecem que as instituições devem implementar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos trabalhadores envolvidos em todas as atividades relacionadas à prestação de serviços (Santos, 2020). Essas normas visam garantir os direitos inerentes ao empregado diante da exposição a fatores condicionantes que possam prejudicar a saúde humana. Nesse contexto, os vídeos educativos se destacam como estratégias atrativas, pois combinam eficazmente áudio e imagem para manter a atenção do espectador (Lengruber et al., 2021). Esse recurso audiovisual tem sido empregado como instrumento de ensino-aprendizagem, disseminação de conceitos, compartilhamento de conhecimentos e esclarecimento de dúvidas, devido à sua acessibilidade e amplo alcance institucional.

Ainda segundo Lengruber et al. (2021), é importante criar vídeos educativos com duração limitada a dez minutos, uma abordagem fundamentada na necessidade de assegurar a verdadeira sensibilização do público-alvo. Essa prática visa manter a atenção e facilitar a retenção de informações, uma vez que vídeos extensos tendem a ser monótonos e não propiciam um aprendizado significativo para o espectador. Dessa forma, as metodologias ativas podem ser uma ferramenta valiosa para fortalecer os processos de Educação Permanente em Saúde, possibilitando um acesso rápido e preciso a uma variedade de informações confiáveis, adaptadas à situação e atualizadas (Francisco, 2019).

Os fatores de risco biológico estão particularmente presentes em ambientes com um elevado número de trabalhadores, destacando-se locais como laboratórios de microbiologia ou aqueles que desenvolvem atividades de recolha, triagem, tratamento e eliminação de resíduos provenientes de máquinas industriais. Apesar de a exposição a esses fatores de risco ser predominante em diversos setores de trabalho, o conhecimento sobre a exposição ao risco biológico ainda é escasso (Santos, 2020). O uso do Equipamento de Proteção Individual (EPI) é um grande aliado, formando uma barreira protetora crucial para os profissionais, prevenindo acidentes com materiais biológicos. É imperativo que os líderes lembrem constantemente da importância do EPI, promovendo educação continuada e permanente para minimizar ou eliminar acidentes com material biológico (Francisco, 2019).

O risco de exposição está presente em diversos ambientes de trabalho, como unidades básicas de saúde, hospitais, clínicas, ambulatórios, consultórios médicos, entre outros (Benathar, 2022). Uma das medidas para evitar ou minimizar esses acidentes é a utilização dos EPIs. Dentre as medidas padronizadas adotadas após exposição a um agente biológico, existem medicamentos antirretrovirais específicos para exposições envolvendo o HIV. No caso da hepatite B, há a opção de vacinação e o uso da gamaglobulina hiperimune, enquanto, para a hepatite C, ainda não existe tratamento específico aprovado. Dessa forma, torna-se necessário o acompanhamento clínico-laboral e a aplicação do protocolo

clínico estabelecido pelo Ministério da Saúde (Santos, 2020).

Acredita-se que a implementação de ações educativas por meio da educação permanente em saúde (EPS), utilizando Recursos Educacionais Digitais (REDs) que disparem um processo crítico-reflexivo sobre os riscos a que os profissionais estão expostos, tem o potencial para alcançar um comportamento seguro e eficaz na prevenção de acidentes e doenças do trabalho (Antoniolli et al., 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em face da crescente conscientização sobre os riscos biológicos, torna-se fundamental reconhecer a importância da biossegurança em todos os aspectos da vida cotidiana, desde os ambientes de trabalho até os espaços de saúde e outros setores. Os riscos representados por agentes biológicos, como vírus, bactérias e outros patógenos, podem acarretar impactos significativos na saúde humana e no meio ambiente.

Assim, a prevenção e a gestão eficazes desses riscos são cruciais para salvaguardar a saúde dos trabalhadores e da comunidade em geral, e exigem a implementação de protocolos rigorosos, educação e conscientização contínuas. Isso abrange a adoção de medidas de segurança abrangentes, o uso adequado de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), a formação de profissionais capacitados e a observância estrita das regulamentações e diretrizes estabelecidas pelas autoridades competentes. A biossegurança é, portanto, uma responsabilidade compartilhada entre indivíduos, empregadores, instituições de saúde e autoridades reguladoras, que demanda um esforço conjunto para garantir a proteção de todos.

REFERÊNCIAS

ANTONIOLLI, S. A. C. et al.. Construction and validation of digital education resources for the health and safety of workers. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 42, p. e20200032, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rge/pdf/a/KScfvQg4v3WK9p6Kd7mTs4K/?lang=pt#ModalHowcite>. Acesso em 19 nov. 2023

BENATHAR, G. da S. .; BENATHAR, I. K. A. . Atuação do Enfermeiro na Redução de Riscos Biológicos no Ambiente Laboral de Enfermagem. *Rebena - Revista Brasileira de Ensino e Aprendizagem*, [S. I.], v. 3, p. 37–45, 2022. Disponível em: <https://rebena.emnuvens.com.br/revista/article/view/26>. Acesso em: 19 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Classificação de Risco dos Agentes Biológicos**, 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/classificacao_risco_agentes_bioticos_3ed.pdf. Acesso em: 01 nov. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. RECOMENDAÇÕES PARA ATENDIMENTO E ACOMPANHAMENTO DE EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL A MATERIAL BIOLÓGICO : HIV E HEPATITES B e C. **MANUAL DE CONDUTAS EM EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL A MATERIAL BIOLÓGICO**, 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/04manual_acidentes.pdf. Acesso em: 01 nov. 2023

FRANCISCO, A. B. **EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL E ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO ENTRE PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE.** IFSC, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ifsc.edu.br/bitstream/handle/123456789/460/IFSC-%20PI-%20Analu%20bernardo%20francisco%202018.03.2019.pdf?sequence=1>. Acesso em: 18 nov. 2023

LENGRUBER, M. R.; MACEDO, E. C.; PAULA, D. G. de; BRENDIM, . M. P.; CUNHA, K. C. .; MENDES, L. E. B.; RAMOS, M. N. P.; OLIVEIRA JUNIOR, M. P. de . Elaboration and development of educational video in health “Knowing gastrostomy”. **Research, Society and Development, [S. I.]**, v. 10, n. 3, p. e23210313060, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i3.13060. Disponível em: <https://rsdjurnal.org/index.php/rsd/article/view/13060>. Acesso em: 01 nov. 2023.

SANTOS, Tatiane de Oliveira. ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DO TRABALHO NA GESTÃO DE RISCOS BIOLÓGICOS. **Caderno de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde** - UNIT - SERGIPE, [S. I.], v. 6, n. 1, p. 131, 2020. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/7997>. Acesso em: 19 nov. 2023.

CAPÍTULO 5

CONSULTA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: OS DESAFIOS NA PRÁTICA DO CUIDADO

Tavana Liege Nagel Lorenzon

Enfermeira da secretaria Municipal de
Três Passos

Elisangela Zanatta

Docentes do Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem-UDESC

Denise Antunes de Azambuja Zocche

Docentes do Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem-UDESC

Lucimare Ferraz

Docentes do Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem-UDESC

RESUMO: **Objetivo:** conhecer o entendimento das enfermeiras sobre a Consulta de Enfermagem no âmbito da Atenção Primária à Saúde. **Método:** estudo descritivo de abordagem qualitativa, realizado com seis enfermeiras da Atenção Primária à Saúde. As informações foram coletadas por meio da técnica do grupo focal e interpretadas pela análise de conteúdo proposta por Bardin. **Resultados:** a análise dos resultados revelou que a Consulta de Enfermagem é entendida como atividade sistematizada, mas ocorre de modo informal e com fragilidade de registros. Além disso,

fatores como alta demanda e condições de trabalho inadequadas foram apontados como barreiras para o desenvolvimento da Consulta de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde. **Conclusão:** para estruturar a Consulta de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde sugere-se a apropriação de um Sistema de Linguagem Padronizada, a elaboração de protocolos e guias, bem como o aprofundamento das Teorias de Enfermagem. Nessa perspectiva, a educação permanente é um caminho profícuo na direção da implementação da Consulta de Enfermagem no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidado Pré-Natal; Enfermagem no Consultório; Gravidez; Padrões de prática em enfermagem.

**NURSING CONSULTATION
IN PRIMARY HEALTH CARE:
CHALLENGES IN CARE PRACTICE**

ABSTRACT: **Objective:** to know nurses' understanding and opinions about the Office Nursing in the scope Primary Health Care. **Method:** a descriptive study of qualitative approach conducted with six Primary Health Care nurses. The information was collected through the focus group technique and

interpreted by the content analysis proposed by Bardin. **Results:** the analysis of the results revealed that the Office Nursing is understood as a systematized activity, but occurs informally and with fragile records. In addition, factors such as high demand and inadequate working conditions were pointed as barriers to the development of Office Nursing in Primary Health Care. **Conclusion:** to structure the Office Nursing in Primary Health Care, it is suggested the appropriation of a Standardized Language System, the elaboration of protocols and guides, as well as the deepening of Nursing Theories. From this perspective, continuing education is a fruitful way toward the implementation of the Office Nursing within the scope of Primary Health Care.

KEYWORDS: Prenatal Care; Office Nursing; Pregnancy; Practice Patterns, Nurses.

INTRODUÇÃO

A consulta de enfermagem (CE) é um serviço privativo do enfermeiro, regulamentado pela Lei nº 7.498/86, sendo fundamental para o planejamento das ações em saúde. Por meio de orientações, instruções e intervenções, busca estruturar um plano de cuidado adequado dentro do sistema de saúde, abrangendo a assistência ao indivíduo, família e comunidade⁽¹⁾.

A prática da entrevista pelo enfermeiro, desde a década de 1920, pode ser vista como antecessora da CE. A história da CE brasileira passou por quatro fases, a primeira corresponde a época em que foi criada a escola Anna Nery em 1923, momento em que ocorreu a valorização da enfermeira de saúde pública. Sendo fundamental, nessa fase, o apoio de médicos brasileiros e de enfermeiras americanas responsáveis pela implantação da CE no país, a qual era exercida de forma não oficial, direcionada, inicialmente, às gestantes e crianças sadias e posteriormente estendida aos portadores de tuberculose e outros programas da área de saúde pública⁽²⁾.

Na segunda fase, foram criados o Ministério da Educação e da Saúde, regulamentado o exercício da profissão de Enfermagem, porém, as ações dos profissionais de saúde eram subordinadas e limitadas pela prática médica. Em 1938, no Rio de Janeiro, as enfermeiras conseguiram trazer para a categoria a organização dos serviços de saúde pública nos estados. Contudo, no ano seguinte essa atribuição foi suspensa, e os enfermeiros perderam espaço na atuação direta ao paciente, sendo-lhes delegadas apenas funções normativas⁽²⁾.

A terceira fase coincidiu com o período pós-guerra, que expressou uma imagem positiva da Enfermagem e, por conseguinte, para a CE. As escolas de Enfermagem foram criadas e aperfeiçoadas e o Serviço Especial de Saúde Pública foi fundado. Nos hospitais da rede privada a presença da enfermeira era tímida o que não ocorria na rede pública. No país iniciava a formulação de um modelo alternativo de segurança social⁽²⁾.

A quarta fase, inicia-se em 1956 trazendo perspectivas para a profissão, visto que surgiram as pesquisas de Enfermagem, os congressos, as reformas do ensino das escolas de Enfermagem e a inclusão das enfermeiras nas equipes de planejamento de saúde, iniciando a consolidação do trabalho da enfermeira na Saúde Pública, com a conquista

da implantação da CE⁽²⁾. Contudo, a CE só foi instituída no Brasil em 1968, dirigida, a princípio, ao público materno-infantil e, em seguida, expandida para todos os grupos etários. Esse movimento de instituir a CE apresentou importantes marcos, que auxiliaram na consolidação desta prática entre os enfermeiros. O primeiro marco de que se tem notícia foi em 1973, no Ceará, com sua oficialização pela Secretaria do Estado. Porém, somente na metade da década de 80, a CE foi regulamentada pela lei nº 7498/86, e pelo decreto nº 94406/87⁽³⁾. A partir de então, a CE evoluiu e passou a ser difundida, especialmente nos programas específicos para doenças crônicas passando a ser conhecida como uma estratégia pautada em conhecimento científico e fundamentada em um modelo teórico de Enfermagem, com o objetivo de determinar as necessidades e o grau de dependência dos indivíduos, família e/ou comunidade⁽⁴⁾.

Em 2009 o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) publica a Resolução nº 358 que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e implementa o Processo de Enfermagem (PE), o qual corresponde a Consulta de Enfermagem quando realizado em nos serviços ambulatoriais de saúde, entre outros⁽⁵⁾.

Embora a CE seja um importante instrumento para a prática do enfermeiro, ainda não é utilizada pela Enfermagem brasileira, em sua totalidade, como uma tecnologia de cuidado⁽⁶⁾. Assim, o presente estudo tem por objetivo conhecer o entendimento das enfermeiras sobre a Consulta de Enfermagem no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS).

MÉTODOS

Estudo descritivo de abordagem qualitativa, desenvolvido em um município da região noroeste do Rio Grande do Sul, no mês de setembro de 2018. Participaram do estudo seis enfermeiras que atuam nas Estratégias de Saúde da Família (ESF). Duas enfermeiras não puderam participar por motivo de férias e exoneração. A coleta de dados ocorreu por meio de dois seminários, organizados pela técnica do Grupo Focal (GF). O grupo focal é uma técnica de coleta de dados versátil e econômica, aplicável em diversas áreas e realizada tanto presencialmente quanto online⁽⁷⁾. Os seminários foram gravados e posteriormente transcritos com o uso da narrativa.

O primeiro seminário foi dividido em três etapas: a primeira dedicada a recepção, apresentação da temática e do objetivo proposto, assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e do Consentimento para Fotografias, Vídeos e Gravações. A segunda, para o reconhecimento das opiniões, do entendimento e da forma de implementação da CE pelas participantes. Para isso, as enfermeiras foram organizadas em três duplas, sendo convidadas a refletir e responder sobre: o que entendem por CE e suas etapas; quando e em que momento a CE é aplicada; e o que sabem sobre o uso de um Sistema de Linguagem Padronizada (SLP). Após esse momento apresentaram oralmente suas reflexões. A terceira

etapa teve por objetivo a socialização dos conceitos. Para tanto utilizou-se a técnica de GF, tendo como ponto de discussão a reflexão de como ocorre a CE de cada participante. O GF se deu no auditório da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), com duração de duas horas com auxílio de um funcionário da SMS que exerceu o papel de moderador.

Após o término do GF, iniciou-se a elaboração do documento escrito a partir da análise do discurso oral. Para tanto seguiu-se as etapas de: transcrição, textualização e transcrição. A transcrição consiste num processo rigoroso, longo e exaustivo de passagem do oral ao escrito. A textualização é a etapa na qual as perguntas do pesquisador são retiradas ou adaptadas às falas das participantes, com a realização de arranjos cronológicos e temáticos, almejando facilitar a leitura do texto respeitando as regras gramaticais e suprimindo partículas repetitivas. A transcrição, etapa que incorpora elementos extratextos na construção das narrativas dos participantes, recriando o contexto do Grupo Focal no documento escrito. Nesse momento, buscou-se elaborar uma síntese envolvendo o sentido percebido pelo pesquisador e o desempenho do participante⁽⁸⁾.

No segundo seminário as participantes validaram o documento final originado no primeiro seminário, visto que na etapa da construção da narrativa é permitido a interferência do pesquisador no texto, que pode ser refeito conforme sugestões, alterações e acertos combinados com os participantes, no momento da validação⁽⁸⁾. As narrativas são utilizadas em estudos qualitativos como estratégia metodológico-conceitual para investigar e interpretar um campo subjetivo da mediação entre as experiências dos sujeitos e seus diferentes contextos, os discursos que produzem e que os produzem⁽⁹⁾.

Como método de tratamento e interpretação das narrativas optou-se pela análise de conteúdo de Bardin, seguindo as etapas de: pré-análise, com a transcrição das narrativas, da exploração do material, com a classificação segundo as características comuns, e tratamento dos resultados originando os temas, culminando com a discussão dos resultados ancorada⁽¹⁰⁾.

Nessa perspectiva, nesse estudo foi considerando o pessoal e social, em que os participantes da investigação são entendidos como pessoas que continuamente estão em interação e inseridas no contexto social da Atenção Primária em saúde. Além disso, procurou-se estabelecer articulações entre o concreto e o abstrato, o geral e o particular, a teoria e a prática.

RESULTADOS

A análise das narrativas revelou o entendimento das enfermeiras sobre Consulta de Enfermagem (Tema 1). Na sequência reconheceu-se as opiniões das participantes sobre os itens fundamentais de uma Consulta de Enfermagem (Tema 2) e por fim, identificou-se como entendem a implementação e como são realizados os registros das Consultas de Enfermagem na ESF (Tema 3).

Os temas estão apresentados nos quadros 1, 2 e 3. Cada um deles apresenta, na coluna a esquerda, a transcrição das narrativas do primeiro encontro (narrativa inicial do grupo) e, na coluna a direita, as narrativas do segundo encontro (interpretação do grupo). Ressalta-se que no segundo encontro, as narrativas iniciais foram apresentadas para o Grupo Focal e as participantes debateram sobre a leitura e elaboraram uma interpretação coletiva.

Tema 1- Consulta de Enfermagem como estratégia sistematizada para a construção de vínculos

As enfermeiras entendem a CE como o atendimento sistematizado, realizado conforme as etapas: histórico de enfermagem, levantamento de problemas, diagnóstico de enfermagem, avaliação do paciente e elaboração do plano de cuidados, que facilita a interação entre o paciente e enfermeiro. Contudo, na APS, em seus respectivos locais de trabalho, a CE é realizada sem sistematização, mas as enfermeiras percebem a necessidade de organizar sua prática profissional, conforme narrativas do quadro 1.

Narrativas iniciais do grupo	Interpretação do grupo
“É o atendimento realizado pelo enfermeiro de forma sistematizada, seguindo um método sistematizado de atenção, com o objetivo de determinar que tipo de serviço a paciente precisa”.	CE é entendida como o atendimento sistematizado realizado pelo enfermeiro, com o objetivo de determinar o diagnóstico de enfermagem.
“As etapas consistem no histórico de enfermagem, no levantamento de problemas, no diagnóstico, na avaliação do paciente e na elaboração do plano de cuidado”.	A CE para ser sistematizada deve ser organizada em etapas: o histórico de enfermagem, o levantamento de problemas, o diagnóstico de enfermagem, a avaliação do paciente e a elaboração do plano de cuidados.
“Para nós CE é o momento de conhecimento do paciente e deste conhecer o profissional, de interação mutua entre paciente e profissional, ela permite estabelecimento de vínculos de confiança”.	A CE facilita a interação entre paciente e profissional, para a formação de vínculos de confiança e construção de uma relação de parceria.
“Nós executamos a CE sem sistematização, como uma conversa, realizamos as etapas de maneira implícita, não elaboramos um plano de cuidados para avaliar os resultados obtidos pelos pacientes. É muito comum a procura do paciente por conversas com a enfermeira, então acolhemos o paciente, escutamos o que ele traz, enquanto paciente está falando estamos imaginando o que está ocorrendo, qual a relação de uma coisa com a outra e no final sempre orientamos algum cuidado, e não temos retorno desse cuidado”.	A CE é realizada sem sistematização, executam o atendimento por meio da escuta do paciente em uma conversa, sem elaboração do plano de cuidado, realizando apenas orientação verbal, conforme problema levantado. Não há registro adequado do que é relatado e da conduta dos profissionais.
“Reconhecemos a necessidade de usar a sistematização das CE, a qual é interessante pois organiza o cuidado e propicia coletar resultados do que estamos fazendo, estamos buscando a construção de protocolos e guias que nos auxiliem nesse processo”.	É necessário sistematizar a CE, uma vez que esta organiza a prática profissional, além do que propicia acompanhar os resultados do cuidado de enfermagem prestado na ESF. Entendem ser fundamental a utilização de protocolos e guias de atendimento.

Figura 1 - Narrativa inicial e interpretação do grupo de participantes em relação a Consulta de Enfermagem como estratégia sistematizada, região noroeste (RS).

Fonte: dados da pesquisa.

Tema 2: Organização da Consulta de Enfermagem: percepção das enfermeiras

O estudo mostrou a necessidade de a CE ser desenvolvida em todas as instituições em que o enfermeiro atua e que a sua organização parte do processo de trabalho, envolvendo o trabalho em equipe e a divisão das ações executadas pela enfermagem. As enfermeiras da APS percebem a utilização de um SLP como a forma de se comunicar com o paciente por meio de protocolos, os quais conferem respaldo legal a profissão e quando não instituídos fomentam a procura por conversas informais com as enfermeiras, conforme narrativas do Quadro 2.

Narrativas iniciais do grupo	Interpretação do grupo
“A CE ocorre em todas as instituições de saúde que prestam o cuidado e que tem a presença do enfermeiro, quando o paciente procura o serviço e nós como profissionais vemos a necessidade de aplicá-la, ou seja, ocorre em todas as situações e com todos os pacientes que atendemos”.	A ACE deve ocorrer em todas as instituições de saúde que contam com a presença do enfermeiro, sempre que se dá o atendimento direto ao paciente, seja quando acontece a procura pelo cuidado de enfermagem ou quando o profissional sentir necessidade de realizar.
“Estamos conscientizando a equipe das ESF que a enfermeira realiza CE, já podemos perceber a diferença na procura pelo enfermeiro quando a equipe está sensibilizada e trabalhando junto. Não existe uma divisão de tarefas da equipe de enfermagem, quem está livre vai fazendo o que a demanda precisa”.	Para organizar a CE é preciso trabalhar em equipe e dividir as ações da equipe de enfermagem.
“É necessário o uso de linguagem padronizada, que para nós é a forma de comunicação com o paciente, seguindo protocolos, obedecendo as etapas e através do método científico”.	O SLP é a forma que a Enfermagem tem de se comunicar com os pacientes, seguindo um método científico, e aplicada com o uso de protocolos.
“O protocolo é importante para o nosso respaldo para a solicitação de exames de rotina, no caso das gestantes a prescrição da suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico”.	Há necessidade de adoção de protocolos, pois conferem respaldo legal da profissão.
“Não temos um respaldo legal de um protocolo, e realizamos a consulta sem seguir um modelo, dando ênfase a conversa com o paciente, muitas vezes isso ocorre por falta nossa, por não nos posicionarmos de maneira diferente frente ao paciente e a equipe também”.	A procura por conversas informais com a enfermeira ocorre devido a não existência de protocolos institucionais validados, da postura profissional perante os demais membros da equipe de enfermagem e dos usuários.

Figura 2 - Narrativa inicial e interpretação do grupo de participantes em relação a organização da Consulta de Enfermagem, região noroeste (RS).

Fonte: dados da pesquisa.

Tema 3: Implementação da Consulta de Enfermagem e os registros das ações

Segundo a opinião das enfermeiras, para implementar a CE é necessário a capacitação dos profissionais por meio da Educação Continuada (EC). Além disso, o agendamento das consultas e o dimensionamento de enfermagem foram consideradas estratégias necessárias para sua implementação, devido as enfermeiras acumularem as funções assistenciais e de coordenação de equipe. Também trouxeram o e-SUS (sistema de prontuário eletrônico do SUS) como recurso facilitador para a implementação da CE e a inexistência de Educação Permanente em Saúde (EPS) foi destacada como potencializadora das dificuldades na operação do e-sus.

Narrativas iniciais do grupo	Interpretação do grupo
<p>“É necessário à nossa capacitação através de atividades de Educação Continuada. Somos um grupo de enfermeiras com diferentes formações básicas e especializações em diversas áreas, e a CE não foi evidenciada na nossa formação”.</p>	<p>A capacitação por meio da Educação Continuada é necessária para implementar a CE, sobretudo, pela dificuldade de as instituições formadoras a nível de graduação e de especializações suprir todas as competências profissionais exigidas.</p>
<p>“A equipe de enfermagem é composta por uma enfermeira e uma técnica de enfermagem que precisam dar conta de vários procedimentos. Se organizarmos nossas consultas com agendamento e a técnica de enfermagem ficar responsável pela triagem dos pacientes e pelos curativos, vacinas e farmácia, vai possibilitar tempo para dedicação à CE. Na maioria das vezes temos que dar suporte para as técnicas, e acabamos atendendo assim, sem organização, como vão chegando, até os testes rápidos são feitos assim”.</p>	<p>Para implementar a CE é importante adotar o agendamento e realizar o dimensionamento de enfermagem, uma vez que os enfermeiros acumulam a função de assistência e coordenação da equipe.</p>
<p>“Usamos o sistema de registros eletrônico do SUS (e-SUS) e registramos o que atendemos, sempre que possível, deixamos passar muitos atendimentos, pela grande demanda espontânea e por dificuldade em encontrar o motivo da consulta descrito no e-SUS, muitos dos atendimentos que registramos acabam sendo registrados como medicina preventiva”.</p>	<p>O e-SUS é uma ferramenta relevante para avaliação do cuidado de enfermagem, mas devido à sobrecarga de trabalho, a carência de profissionais da enfermagem e a dificuldade em encontrar o diagnóstico de enfermagem muitas consultas/atendimentos não são devidamente registradas. Esse fato é agravado pela não existência de EPS para o uso do sistema, uma vez que o e-SUS passa por constante processo de atualização, resultando em divergências nos registros de enfermagem.</p>

Figura 3 - Narrativa inicial e interpretação do grupo de participantes em relação a implementação da Consulta de Enfermagem, região noroeste (RS).

Fonte: dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

O estudo revelou que para as enfermeiras da APS a CE é um atendimento sistematizado, realizado segundo etapas preconizadas, e que facilitam a interação entre paciente e profissional, propiciando a construção de vínculos.

A CE oportuniza condições para melhoria da qualidade de vida dos pacientes, pois favorece uma abordagem sistematizada, contextualizada e participativa, envolvendo o indivíduo, a família e a comunidade. Essa atividade proporciona interação entre o enfermeiro e o paciente na busca pela promoção da saúde, prevenção de doenças e na limitação de danos. O espaço dedicado a CE é favorável à escuta das queixas do usuário, proporcionando a identificação das suas necessidades e de seu comportamento quanto ao autocuidado, constituindo-se em um dos meios que favorecem ações humanizadas e acolhedoras da enfermeira, propícia a construção de vínculos, a promoção do autocuidado, com a finalidade de garantir melhorias na saúde, conforto e qualidade de vida do paciente⁽¹²⁾.

Nessa perspectiva, a CE, estratégia de cuidado que ganha relevância na ESF, traduz-se num elemento indispensável para a criação de vínculo, visto que aproxima a relação entre o enfermeiro e o paciente. Essa proximidade beneficia o desenvolvimento das ações propostas, bem como assegura laços de confiança e corresponsabilidade entre os envolvidos, contribuindo com condições para melhora da qualidade de vida dos pacientes⁽¹³⁾.

Os enfermeiros demonstram conhecimento sobre as etapas da CE: coleta de dados ou histórico de enfermagem, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem, conforme dispõe a Resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)⁽⁵⁾. No entanto, apesar de reconhecerem as etapas, as CE realizadas na APS, não são sistematizadas, e por consequência não são desenvolvidas conforme as etapas preconizadas pela Resolução 358/2009. Contudo, esses profissionais percebem a necessidade de organizar sua prática profissional seguindo os passos sugeridos por essa Resolução.

Ao longo dos anos, a Enfermagem vem estruturando seus princípios e normas para guiar suas ações, tendo como resultado a reflexão teórica e o pensamento crítico, que passaram a embasar o desempenho da assistência, do ensino, da administração e da pesquisa na profissão. É nesse contexto de constante evolução, que a Enfermagem, enquanto ciência, vem buscando novas qualificações, dando, assim, surgimento a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)⁽¹⁴⁾.

A CE envolve a agregação de conhecimentos científicos e de competências próprias, necessitando estar fundamentada cientificamente. Por conseguinte, é vital que os enfermeiros avancem na perspectiva de utilizar um método para sistematizar a assistência, caso contrário, o cuidado de enfermagem estará sendo embasado em um saber limitado e fragmentado. Assim sendo, a CE desenvolvida de forma sistematizada, científica e tecnologicamente amparada pode favorecer o desenvolvimento dos programas de saúde e a minimização de entraves que permeiam o controle dos agravos à saúde. Além disso, consiste em uma intervenção de baixo custo e de simples aplicação⁽¹⁵⁾.

É válido destacar que a Enfermagem é baseada em um método, o agir da profissão ocorre segundo um modelo, contudo na prática cotidiana das participantes desse estudo a CE é realizada sem sistematização das etapas preconizadas, o atendimento é concretizado por meio de uma conversa, sem elaboração do plano de cuidado, apenas com orientação verbal, ou seja, a assistência ocorre de forma dinâmica e automática, sem processo de reflexão ou mesmo planejado. Nesse sentido, percebe-se que a forma com que a CE é realizada advém normalmente das necessidades do serviço, sem o uso de uma sistemática ou teoria norteadora⁽¹³⁾.

Organizar o processo de trabalho, na ESF, mediante cooperação interdisciplinar promove complementaridade entre os saberes e as ações, aumenta a capacidade de resolução dos problemas de saúde pela oferta de ações integrais à população, envolvendo compromisso ético de responsabilização e vínculo. Cada equipe de ESF necessita desenvolver seu processo de trabalho baseado nos propósitos dessa estratégia, com a finalidade de alcançar o cuidado do paciente, processo esse que ocorre de diversas formas devido aos diferentes modos de agir dos profissionais, em relação a outros profissionais e ao paciente⁽¹⁶⁾.

É importante, para o processo de trabalho desenvolvido pela Enfermagem, definir as ações desenvolvidas pela equipe de Enfermagem, seguindo uma divisão técnica do trabalho. Um dos motivos da não realização da CE de maneira sistematizada está na organização do processo de trabalho das equipes de ESF, percebe-se que o acúmulo de funções inespecíficas pelo enfermeiro acaba impedindo que estes desempenhem as atribuições inerentes à sua profissão⁽¹⁷⁾.

Para as enfermeiras do estudo a utilização de um SLP consiste na forma de se comunicar com o paciente por meio de protocolos, os quais conferem respaldo legal a profissão e quando não instituídos fomentam a procura por conversas informais com as enfermeiras. Destaca-se que o desenvolvimento de toda ciência está relacionado à existência de uma forma organizada de seu vocabulário. Na Enfermagem há o SLP é fundamental para documentar a CE, uma vez que organiza as respostas individuais às situações de vida e saúde (diagnósticos), as ações realizadas pela Enfermagem para intervir positivamente nessas respostas (intervenções) e alcançar ou preservar as melhores condições possíveis de saúde e bem-estar (resultados)⁽¹⁸⁾.

A adoção de protocolos foi abordada nesse estudo como importante para respaldar legalmente a profissão e sua inexistência apontada como motivo da procura por enfermeiros para conversas informais. A CE, no Brasil, é garantida pela Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, 7498/86, e pelo seu decreto de regulamentação, 94.406/87, como atividade privativa do enfermeiro, devendo ser respaldada pelo gestor municipal e orientada por protocolos assistenciais em relação a solicitação de exames e prescrição medicamentosa⁽¹⁹⁾.

A utilização de guias e protocolos consiste em relevante estratégia de organização das ações e operacionalização da CE, uma vez que padronizam os registros e respaldam legalmente as ações de enfermagem, além de permitir a continuidade do planejamento dos cuidados prestados. A implantação de protocolos de Enfermagem resulta em ganhos para a profissão e para as instituições de saúde ao auxiliarem na organização do trabalho, ao proporcionar uma assistência sistematizada para o paciente, promovendo a autonomia do enfermeiro e unificando a linguagem com a equipe⁽²⁰⁾.

No contexto atual, o cotidiano do enfermeiro na APS é marcado pelo conflito de responsabilizar-se pelas atividades que integram o processo de funcionamento do serviço de saúde e o trabalho específico preconizado pelo modelo de atenção, inserido em um contexto onde predominam as estratégias de gestão e aspectos ideológicos que reforçam o modelo tradicional de funcionamento do sistema de saúde. O fato de as atividades do enfermeiro estarem direcionadas aos procedimentos vinculados à organização do serviço, a supervisão dos ACS e a realização dos cuidados que podem ser desenvolvidos pelos demais membros da equipe de saúde favorece o entendimento que esse profissional seja relacionado ao atendimento informal⁽²¹⁾.

Este trabalho revelou que os enfermeiros possuem dificuldades em implementar a CE na ESF por não se sentirem habilitados para essa função. Em 2017, um estudo que avaliou a complexidade do trabalho do enfermeiro constatou que os enfermeiros da APS não executam a CE em sua integralidade⁽²¹⁾. Nesse sentido, a Educação Continuada (EC) apresenta-se como estratégia essencial para atualização dos enfermeiros da APS, trazendo novos conceitos e conhecimentos relevantes para uma prática mais segura e consciente⁽²¹⁾.

A EC é uma estratégia de empoderamento profissional, que almeja ampliar os saberes por meio da capacitação técnico-científica e qualificar o atendimento ao usuário. A EC capacita e atualiza as competências profissionais necessárias para o desenvolvimento da atividade, conhecimento esse, muitas vezes, não suprido pelas instituições formadoras. A EC é importante para a Enfermagem, uma vez que possibilitam aprimorar, atualizar e aperfeiçoar os saberes da profissão e corrobora para o desempenho profissional com mais competência⁽²²⁾.

Na ESF o enfermeiro realiza um pouco de tudo, sendo considerado um profissional polivalente, e como em muitos casos não tem agenda fixa para realizar CE, todas as atividades que são atribuições comuns aos profissionais da equipe acabam sendo direcionadas ao enfermeiro, o que ocasiona limitação do tempo dedicado à essa atividade⁽²¹⁾.

Nessa perspectiva, faz-se necessário compreender a divisão do trabalho entre os recursos humanos da equipe de Enfermagem, para que esta tenha competência na área e adequado número de profissionais para realizar o cuidado desejado. O dimensionamento de pessoal de Enfermagem consiste na ferramenta que melhor auxilia o enfermeiro no gerenciamento, visto que indicará a quantidade e a qualidade de profissionais adequados às distintas necessidades da clientela atendida⁽²³⁾.

O dimensionamento é de grande importância para a Enfermagem, uma vez que são observadas algumas dificuldades e problemas na equipe, dentre elas a escassez de recursos humanos, tanto na rede privada como, principalmente, na rede pública de serviços. Contudo, existe carência de instrumentos que auxiliem no provimento de pessoal, o que provoca insatisfação na perspectiva de melhora qualitativa do trabalho da Enfermagem⁽²³⁾.

O estudo indicou o e-SUS, sistema eletrônico que permite o registro das ações da Enfermagem e o seu acompanhamento, como instrumento facilitador para a implementação da CE. Os registros são um elemento necessário para qualificar o cuidado de enfermagem, uma vez que somente com o registro de tudo que o enfermeiro realiza pode-se transformar o conhecimento comum sobre o cuidado em conhecimento científico e, assim, contribuir para o desenvolvimento disciplinar e profissional⁽²⁴⁾.

Nesse aspecto, a discussão, análise e reflexão das práticas no trabalho por meio de EPS é fundamental, visto que possibilita a atualização profissional e o desenvolvimento de uma assistência voltada às necessidades dos indivíduos e coletividades. Nesse contexto, a EPS A Educação Permanente em Saúde, enquanto proposta política, desempenha um papel fundamental na resistência aos desmontes do SUS. Aproveitando espaços já estabelecidos, como as reuniões de matriciamento, fortalece a solidariedade social e reafirma o compromisso com uma sociedade democrática.⁽²⁵⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência proporcionou aos enfermeiros o entendimento de que a CE é uma das principais atribuições desse profissional na ESF, despertando a necessidade de reorganização da assistência de Enfermagem na APS local. O estudo reafirmou que a CE é uma tecnologia de cuidado, com baixo custo e de grande relevância na autonomia da profissão. Porém, esse trabalho evidenciou fragilidade de domínios teóricos e práticos dos enfermeiros para desenvolverem a CE na APS.

Como alternativa para transpor as dificuldades, e iniciar a implementação da CE na APS, sugere-se que as equipes de saúde, por meio de consenso e diagnóstico do perfil epidemiológico, priorizem a CE para grupos prioritários como por exemplo: gestantes, crianças com problemas de crescimento e desenvolvimento, idosos com comorbidades, entre outros. Acredita-se que esse estudo possa incentivar a implementação e aperfeiçoamento da realização da CE no âmbito da APS, bem como disseminar o conhecimento sobre a temática, visando melhorar a qualidade dos processos de trabalho e de assistência da Enfermagem.

REFERÊNCIAS

- 1- Crivelaro PMS, Posso MBS, Gomes PC, Papini SJ. Consulta de enfermagem: uma ferramenta de cuidado integral na atenção primária à saúde. *Braz J Dev.* 2020;6(7):49310-21. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n7-542>
- 2- Pereira RTA, Ferreira V. A Consulta de Enfermagem na Estratégia Saúde da Família. *ReBrA* 2014 [citado em 03 mar 2020]; 17(1):99-111. Disponível em: <http://www.revistarebram.com/index.php/revistauniara/article/viewFile/10/7>
- 3- Fernandes ROM. Relações Interpessoais no Acolhimento com o Usuário na Classificação de Risco: percepção do Enfermeiro [dissertação]. Universidade Federal de Juiz de Fora (MG).111 f. Disponível em: <https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/5930>
- 4- Domingos CS, Moura PC, Braga LM, Rodrigues NV, Correia MDL, Carvalho AMP. Construção e validação de conteúdo do histórico de enfermagem guiado pelo referencial de Orem. *REME rev. min. enferm.* 2015; 19(2): 165-175. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20150033>
- 5- Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Resolução nº 358 de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF; 2009 [citado em 03 mar 2020]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluocofen-3582009_4384.html
- 6- Dantas CN, Santos VEP, Tourinho FSV. A consulta de enfermagem como tecnologia do cuidado à luz dos pensamentos de Bacon e Galimberti. *Texto & contexto enferm.* 2016; 25 (1): e2800014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201500002800014>
- 7- Mello MG, Cruz LR. Documentação metodológica de um grupo focal virtual sobre hackers e ciberpiratas. *Acta Sci Hum Soc Sci.* 2018;40(2):e40527. <http://dx.doi.org/10.4025/actascihumansoc.v40i2.40527>
- 8- Meihy JCSB, Holanda F. História oral: como fazer, como pensar. 2^a. ed. São Paulo: Contexto. 2011.
- 9- Pacheco RA, Onocko-Campos R. “Experiência-narrativa” como sintagma de núcleo vazio: contribuições para o debate metodológico na Saúde Coletiva. *Physis (Rio J.).* 2018; 28 (2): e280212. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312018280212>

10- Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2016.

11- Ministério da Saúde (Brasil). Resolução CNS/MS no 466, de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial da União 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html

12- Pessoa VLMP, Silva JNG, Cestari VRF, Florencia RS, Freitas TC, Justino PRS. Outpatient nursing care: perception of the heart transplant patients on outpatient nursing consultation. *fundam. care. online.* 2017; 9(4): 984-989. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v9.5617>

13- Silva KM, Santos SMA. A Consulta de Enfermagem na Estratégia de Saúde da Família: realidade de um Distrito Sanitário. *Rev. enferm. UFSM.* 2016; 6(2): 248-258. DOI: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769218079>

14- Ribeiro GC, Padoveze MC. Sistematização da Assistência de Enfermagem em unidade básica de saúde: percepção da equipe de enfermagem. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2018; 52: e03375. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017028803375>

15- Oliveira FAM, Leal GCG, Wolff LDG, Rabelo M, Poliquesi CB. Reflexões acerca da atuação do enfermeiro na Rede Cegonha. *Rev. enferm. UFPE on line.* 2016; 10 Suppl 2:867-74. DOI: [10.5205/reuol.6884-59404-2-SM-1.1002sup201622](https://doi.org/10.5205/reuol.6884-59404-2-SM-1.1002sup201622)

16- Marin J, Ribeiro CDM. Problemas e conflitos bioéticos da prática em equipe da Estratégia Saúde da Família. *Rev. Bioét. [Internet].* 2018; 26 (2): 291-301. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422018262250>.

17- Vieira DS, Santos NCCB, Nascimento JA, Collet N, Toso BRGO, Reichert APS. A prática do enfermeiro na consulta de puericultura na estratégia saúde da família. *Texto & contexto enferm.* 2018; 27 (4). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018004890017>.

18- Gomes DC, Cubas MR, Pleis LE, Shmeil MAH, Peluci APVD. Termos utilizados por enfermeiros em registros de evolução do paciente. *Rev. gaúch. enferm.* 2016; 37(1): e 53927. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.53927>

19- Nascimento WG, Uchôa SAC, Coêlho AA, Clementino FS, Cosme MVB, Rosa RB et al. Prescrição de medicamentos e exames por enfermeiros: contribuições à prática avançada e transformação do cuidado. *Rev. latinoam. enferm. (Online).* 2018; 26: e3062. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2423-3062>

20- Tavares FMM, Tavares WS. Elaboração do instrumento de sistematização da assistência de enfermagem: relato de experiência. *Rev. enferm. Cent.-Oeste Min.* 2018; 8:e2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v8i0.2015>

21- Ferreira SRS, Périco LAD, Dias VRFG. The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. *Rev. bras. enferm.* 2018; 71 (Supl 1):704-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0471>

22- Silva CPG. Educação Continuada em Enfermagem do Hospital Geral de Bonsucesso: Espaço de Consolidação do Saber/Poder da Enfermagem. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2016.

23- Zopi FC, Fernandes PB, Juliani CMCM. Implications of Nurses'Activity in the Dimensioning of Nursing Staff in the Primary Health Care. *Rev. enferm. UFPE on line.* 2017; 11(7):2711-7. DOI: [10.5205/reuol.10939-97553-1-RV.1107201709](https://doi.org/10.5205/reuol.10939-97553-1-RV.1107201709).

24-López-Cocotile JJ, Moreno-Monsiváis MG, Saavedra-Vélez CH. Construcción y validación de un registro clínico para la atención asistencial de enfermería. *Enferm. univ.* 2017; 14(4): 293-300. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2017.08.001>.

25- Iglesias A, Garcia DC, Pralon JA, Badaró-Moreira MI. Educação Permanente no Sistema Único de Saúde: Concepções de Profissionais da Gestão e dos Serviços. *Psicol. cienc. prof. [Internet].* 2023;43:e255126. Available from: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003255126>

CAPÍTULO 6

VULNERABILIDADES PRESENTES NOS CASOS DE MORTE FETAL NO MUNICÍPIO DE CHAPECÓ

Iasmim Cristina Zilio

Enfermeira da secretaria Municipal de Saúde de Chapecó-SC

Regina Yoshié Matsue

Docente do departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

Vanessa da Silva Corralo

Docente do programa de Pós-Graduação em ciencias da Saúde da Unochapecó

Silvana dos Santos Zanotelli

Docente do programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Udesc

Lucimare Ferraz

Docente do programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Udesc

RESUMO: Podemos, então, considerar as mulheres que perdem seus bebês vulneráveis em algum âmbito, dependendo do seu contexto e condições a que estão expostas. Assim analisou-se as vulnerabilidades presentes nos casos de morte fetal investigados pelo Comitê Municipal de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal (CMPMMIF) no

município de Chapecó/SC. Para tanto, foi realizado um estudo de caráter descritivo em arquivos do CMPMMIF. Os resultados demonstraram que as mães que tiveram óbitos fetais estão vulneráveis nas dimensões individual, social e programática. Frente a esse contexto, podemos concluir que há a necessidade de melhorias na assistência à saúde, seja nos níveis primários, seja na referência especializada, com engajamento da área da saúde com outras áreas como educação e assistência social, para que existam ações em parceria que ajudem a minimizar as vulnerabilidades encontradas. Ainda, se faz necessário o investimento na educação em saúde para orientar as gestantes e a população em geral sobre a importância do pré-natal e os riscos para a morte fetal.

PALAVRAS-CHAVE: Morte fetal. Vulnerabilidade em saúde. Saúde da mulher. Saúde da criança.

VULNERABILITIES PRESENT IN CASES OF FETAL DEATH IN THE MUNICIPALITY OF CHAPECÓ

ABSTRACT: We can, therefore, consider women who lose their babies as vulnerable in some way, depending on their context and the conditions to which they are exposed. Thus, we analyzed the vulnerabilities present in cases of fetal death investigated by the Municipal Committee for the Prevention of Maternal, Infant, and Fetal Mortality (CMPMMIF) in the municipality of Chapecó/SC. For this purpose, a descriptive study was conducted on CMPMMIF files. The results showed that mothers who experienced fetal deaths are vulnerable in the individual, social, and programmatic dimensions. Given this context, we can conclude that there is a need for improvements in healthcare, both at the primary and specialized care levels, with engagement from the health sector with other sectors such as education and social assistance, so that there are joint actions that help to minimize the vulnerabilities found. Furthermore, investment in health education is necessary to guide pregnant women and the general population about the importance of prenatal care and the risks for fetal death.

KEYWORDS: Fetal death. Health vulnerability. Women's health. Child health.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define o óbito fetal como um bebê nascido sem sinais de vida após 28 semanas de gestação (OMS, 2018). No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) adota uma definição ligeiramente diferente, considerando óbito fetal a morte do produto da concepção antes da expulsão ou extração do corpo materno, com menos de 500 gramas ou idade gestacional igual ou superior a 22 semanas (Brasil, 2010). Essa diferença de definição ressalta a complexidade do tema e a necessidade de dados precisos para o planejamento de ações de saúde.

Os números de óbitos fetais no Brasil são alarmantes. Em 2016, foram registrados 30.210 casos no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Quando analisamos os dados por região, a situação não é menos preocupante, com 3.171 óbitos fetais na região Sul e 781 em Santa Catarina no mesmo período (DATASUS, 2019). Esses dados evidenciam a necessidade urgente de medidas para reduzir a mortalidade fetal no país.

Estudos apontam que os óbitos fetais, especialmente os tardios, são potencialmente evitáveis (Silva et al., 2016). A mortalidade fetal é um indicador sensível das condições de saúde de uma população, refletindo fatores socioeconômicos, qualidade da assistência pré-natal e acesso aos cuidados primários (Sharma; Sidhu; Kaur, 2016). Esses fatores, interligados, moldam o estado de saúde materna e fetal, influenciando diretamente o risco de óbito fetal.

A morte fetal não é determinada apenas por fatores biológicos ou individuais, mas também por fatores sociais e condições de vida que aumentam a vulnerabilidade das mulheres. Mulheres que enfrentam a perda de seus bebês durante a gestação são consideradas um grupo vulnerável, exposto a uma variedade de riscos, sejam eles psicossociais, biológicos ou decorrentes de falhas no sistema de saúde. A vulnerabilidade,

como definido por Ayres et al. (2003), é um conjunto complexo de aspectos individuais, coletivos e contextuais que afetam a exposição à doença e a disponibilidade de recursos para a proteção.

Ayres et al. (2012) propõem um modelo de vulnerabilidade composto por três eixos interligados: o individual, que abrange os aspectos cognitivos e comportamentais da mulher; o social, que se refere ao acesso à informação e aos recursos disponíveis; e o programático, que engloba os programas de saúde e as políticas públicas voltadas para a prevenção e o cuidado. A interação desses eixos molda a vulnerabilidade da mulher durante a gestação e influencia o risco de óbito fetal.

Os comitês municipais de prevenção da mortalidade materna, infantil e fetal desempenham um papel crucial na investigação de cada óbito fetal, buscando identificar as causas, determinar a evitabilidade e propor medidas preventivas (Ruoff; Andrade; Schmitt, 2017). Esses comitês são instâncias importantes para o monitoramento e a avaliação da assistência materno-infantil, contribuindo para a redução da mortalidade fetal.

A abordagem da vulnerabilidade nos estudos sobre óbito fetal oferece uma nova perspectiva, que se distancia da ênfase exclusiva nos aspectos individuais e valoriza a complexidade dos fatores sociais, econômicos e culturais que influenciam a saúde materna e fetal (Padoveze et al., 2019). Ao analisar as vulnerabilidades presentes nos casos de morte fetal investigados pelo CMPMMIF em Chapecó-SC, este estudo busca tensionar uma reflexão sobre o papel dos profissionais de saúde no enfrentamento dessa problemática e na promoção da saúde materno-infantil.

METODOLOGIA

O presente estudo foi realizado no Comitê Municipal de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal (CMPMMIF), situado no setor de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde (SESAU) de Chapecó. Dos 50 membros do Comitê Municipal de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal (CMPMMIF) inicialmente incluídos, 40 foram considerados elegíveis para o estudo, excluindo-se aqueles com menos de seis meses de participação no comitê. Nove membros aceitaram colaborar com a pesquisa, incluindo profissionais de saúde de diversas áreas.

A pesquisa utilizou para coleta de dados o Grupo Focal (GF) por meio de Painel de Consenso, além de entrevistas individuais em profundidade. Após a transcrição das entrevistas e do GF, os dados foram tratados por meio da análise de conteúdo de Bardin (2016).

RESULTADOS

Dimensão individual da vulnerabilidade

No âmbito da dimensão individual da vulnerabilidade, o **conhecimento deficitário** e a dificuldade de entendimento ou processamento das informação/orientações pela gestante foram os aspectos mais mencionados pelos entrevistados. Outra vulnerabilidade citada pela maioria dos entrevistados foi **comportamentos e atitudes inadequados** da mulher durante a gestação, como o uso de entorpecentes, tabaco, álcool, o autocuidado deficitário, o início tardio do pré-natal e a não adesão aos tratamentos ou grupos de gestante. Para os membros do comitê, a **falta de planejamento familiar** pela mulher e o fato dela não ter desejado gestar são fatores de vulnerabilidade para a morte fetal. Ainda, as **condições físicas desfavoráveis**, como idade precoce ou avançada, bem como doenças previamente adquiridas ou obtidas durante a gestação são mencionadas como variáveis importantes para o desfecho negativo da gestação.

Dimensão social da vulnerabilidade

A dimensão social da vulnerabilidade foi evidenciada nas falas dos participantes, principalmente no que se refere à **falta de apoio familiar**, do parceiro e de suporte emocional para as mulheres que perderam seu bebê, caracterizando vulnerabilidades importantes que incidem inclusive sobre a condição psicoemocional da mulher. Além do mais, as **referências culturais negativas**, como crenças populares, superstições e ensinamentos passados de geração em geração, baseados no empirismo, ficaram evidenciadas como vulnerabilidades sociais. Ainda, o **acesso à mídia e aos meios de comunicação equivocados**, como a internet, que, segundo análise dos relatos, resulta em informações distorcidas e sem procedência, sendo maléfico em algumas situações. Foram pontuados pelos participantes, também como fatores de vulnerabilidade social, a **dificuldade no acesso à saúde e educação** ou o **acesso limitado a esses recursos**, ocasionando consequências negativas na qualidade do pré-natal. Além do mais, outros fatores como **baixa escolaridade, más condições de moradia e econômica** tornam a gestante vulnerável à ocorrência da morte fetal.

Dimensão programática da vulnerabilidade

No que tange à dimensão programática da vulnerabilidade, ou seja, relacionada aos aspectos políticos, os membros do comitê mencionam a existência de **falhas na assistência pré-natal**, que comprometem terminantemente o bem-estar materno-fetal, contribuindo para o óbito do feto, como a falta de orientações adequadas, de educação em saúde acerca do planejamento familiar a da sua importância. Um entrevistado citou a **falha na assistência hospitalar** no que concerne à recepção da gestante na emergência, estrutura limitada do centro obstétrico e a demora no atendimento à gestante. A sobrecarga

do sistema por **altas demandas** de trabalho e a falta de recursos humanos e materiais para as políticas de saúde, bem como a rotatividade dos profissionais, a falta de capacitações e o despreparo técnico-científico dos profissionais. A **ineficiência do sistema de referência e contrarreferência** também foi citada pelos entrevistados como uma vulnerabilidade. Na análise dos depoimentos, observou-se a **falta de compromisso e responsabilidade dos profissionais** que se eximem de suas funções ou não registram corretamente as informações nos prontuários e documentos da gestante durante o pré-natal. No Quadro 1 são listadas as vulnerabilidades identificadas nas falas do entrevistados, conforme a classificação proposta por Ayres et al. (2012).

Vulnerabilidade individual

- Conhecimento deficitário
- Atitudes e comportamentos inadequados
- Falta de planejamento familiar
- Condições físicas desfavoráveis
- Situação psicoemocional negativa
- Relações afetivo-sexuais desprotegidas

Vulnerabilidade programática

- Falhas na assistência pré-natal
- Falhas na assistência hospitalar
- Altas demandas
- Ineficiência no sistema de referência e contrarreferência
- Falta de compromisso e responsabilidade dos profissionais
- Falha na gestão dos serviços

Vulnerabilidade social

- Falta de apoio familiar
- Referências culturais negativas
- Acesso à mídia e a meios de comunicação equivocados
- Dificuldade no acesso à saúde e educação
- Baixa escolaridade, más condições de moradia e econômica
- Situações de violência

Quadro 1. Apresentação das vulnerabilidades* que permeiam os casos de morte fetal evidenciadas pelo CPMMIF de Chapecó/SC.

Fonte: Elaborado pela autora com base em *Ayres et al. (2012).

DISCUSSÃO

A assistência pré-natal impacta diretamente o sucesso da gestação. Especificamente sobre o objeto de estudo desta pesquisa, outros autores alertam para a influência decisiva do pré-natal na redução da mortalidade fetal (Gomes; Carvalho Filha; Portela, 2017). Em contrapartida, a má condução desse acompanhamento, com falhas e negligências, está fortemente associada a complicações no feto e à ocorrência de casos de morte fetal (Barbeiro et al., 2015).

Nesse contexto, salienta-se que a assistência integral à gestante, provavelmente, seria restrita a consultas individuais focadas apenas nas queixas e condutas, exames obstétricos e solicitação e posterior interpretação de exames sem a atuação do enfermeiro (Gomes; Carvalho Filha; Portela, 2017).

Para que o cuidado integral aconteça, é necessário um protocolo de referência e contrarreferência entre todos os níveis da rede de atenção à saúde, conferindo responsabilidade compartilhada entre os serviços de saúde, especialmente nos casos de pacientes de risco (Furtado et al., 2015). A importância dos protocolos assistenciais é descrita na literatura como método para melhorar o atendimento prestado às gestantes, possibilitando identificar complicações associadas e específicas do período gravídico (Froen et al., 2016).

Além disso, é fundamental trabalhar nos cursos de graduação na área da saúde, inserindo nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) questões relacionadas à importância de trabalhar essa problemática, além das formas de prevenção dos casos de morte fetal e do cuidado com a puérpera frente à perda. Nesse contexto, Costa et al. (2018) expõem que, apesar das DCN representarem um significativo avanço nas discussões e orientações para uma formação congruente com os desafios deste século, há ainda a necessidade de revisões constantes para aprimorá-las cada vez mais, incluindo assuntos emergentes que necessitam ser trabalhados e desenvolvidos no âmbito da educação.

Paralelamente, faz-se necessário a renovação do conhecimento dos profissionais da saúde, com educação permanente, para manter a qualidade da assistência de acordo com os avanços da ciência e das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde. É imprescindível que haja a promoção de trabalho de educação permanente em saúde que envolva todos os profissionais da Estratégia de Saúde da Família, com o propósito de atualizar o conhecimento prévio sobre as possíveis causas das mortes fetais e proporcionar um aprofundamento em novos conhecimentos no assunto (Amthauer, 2017).

No vocabulário filosófico, vulnerabilidade é definida como a condição humana inerente à sua existência, no que tange à sua finitude e fragilidade, de tal forma que não pode ser eliminada, nem superada (Morais; Monteiro, 2017). Na sociologia ambiental, Porto (2012) traz a vulnerabilidade como o atributo de um sistema socioambiental para ser suscetível a qualquer dano que decorra do estresse do sistema ou da exposição a alguma perturbação. No contexto da bioética, Morais e Monteiro (2017) afirmam que o conceito de vulnerabilidade é aplicado a indivíduos e/ou grupos populacionais que estão em condição existencial permeada por determinadas circunstâncias de desamparo.

Por fim, é fundamental expandir a ação já realizada pela coordenação do CMPMMIF, de retornar as considerações, sugestões e orientações para as unidades de saúde, disseminando essas e outras informações, como a importância da participação ativa dos membros/representantes nas reuniões, para os outros estabelecimentos de saúde envolvidos nos casos de morte fetal investigados. Essa seria uma das formas de operacionalizar um pouco mais o serviço de referência e contrarreferência do município.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As vulnerabilidades elencadas neste estudo foram, dentro da dimensão individual, o conhecimento deficitário, as atitudes e comportamentos inadequados, incluindo relações afetivo-sexuais desprotegidas, a falta de planejamento familiar, as condições físicas desfavoráveis e a situação psicoemocional negativa da gestante.

Considerar, para além dos aspectos biológicos, os aspectos socioeconômicos e de acesso aos serviços, averiguados neste estudo como determinantes para a mortalidade fetal, e colocá-los em prática nas reuniões e nas ações do Comitê é também impactar na redução das iniquidades e das injustiças sociais. Esse olhar é uma forma de analisar todos os ângulos dos casos de morte fetal investigados, nessa ótica ampliada, abrangendo os horizontes no sentido de entender em que circunstância de vida aquele óbito ocorreu e não apenas de morte.

REFERENCIAS

AMTHAUER, C. Vivências e impressões de profissionais de saúde acerca de possíveis causas de uma perda fetal. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, v. 11, n. 1, p. 334-340, 2017.

AYRES, J. R. C. M.; PAIVA, V.; FRANÇA JÚNIOR, I. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In: AYRES, J. R.; PAIVA, V.; BUCHALLA, C. M. (Coord.). Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde. Curitiba: Juruá, 2012. p. 71-94.

BARBEIRO, F. M. S. et al. Óbitos fetais no Brasil: revisão sistemática. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 49, n. 22, 2015.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. 70. ed. Lisboa, Portugal: Almedina BR, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 72, de 11 de janeiro de 2010. Estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

COSTA, D. A. S. et al. Diretrizes curriculares nacionais das profissões da Saúde 2001-2004: análise à luz das teorias de desenvolvimento curricular. *Interface* (Botucatu), Botucatu, v. 22, n. 67, p. 1183-1195, 2018.

DATASUS. Departamento de Informática do Sus. Tabnet. Brasil. Óbitos por residência segundo Categoría CID10. 2019b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/fet10sc.def>>.

FROEN, J. F. et al. Stillbirths: progress and unfinished business. *Lancet*, v. 387, n. 10018, p. 574-586, 2016.

FURTADO, M. C. C. et al Avaliação da atenção ao recém-nascido na articulação entre maternidade e rede básica de saúde. *Rev eletrônica enferm.*, v. 12 n. 4, P 640-6, 2015.

GOMES, R. N. S.; CARVALHO FILHA, F. S. S.; PORTELA, N. L.C. Avaliação da influência do abandono da assistência pré-natal na mortalidade fetal e neonatal. *Rev fund care online*, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 416-21, 2017.

MORAIS, T. C. A.; MONTEIRO, P. S. Conceitos de vulnerabilidade humana e integridade individual para a bioética. *Rev. Bioét.*, Brasília, v. 25, n. 2, p. 311-319, 2017.

OMS. Organização Mundial da Saúde. *Maternal, newborn, child and adolescent health*. Genebra: OMS, 2018. Disponível em: <http://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/stillbirth/en/>. Acesso em: 22 jun. 2018.

PADOVEZE, M. C. et al. O conceito de vulnerabilidade aplicado às Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 72, n. 1, p. 299-303, 2019.

RUOFF, A. B.; ANDRADE, S. R.; SCHMITT, M. D. Atividades desenvolvidas pelos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal: revisão integrativa. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 38, n. 1, e67342, 2017.

SHARMA, S.; SIDHU, H.; KAUR, S. Analytical study of intrauterine fetal death cases and associated maternal conditions. *International Journal of Applied and Basic Medical Research*, v. 6, n. 1, p. 11-13, 2016.

SILVA, R. M. M. et al. Análise da incidência de óbitos fetais entre municípios da nona regional de saúde do Paraná. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, [s.l.], v. 37, n. 1, p.33- 42, 2016.

TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: DESAFIOS DO CUIDADO NA ÓTICA DE ESPECIALISTAS

Taize Sbardelotto

Enfermeira da Secretaria Municipal de
Chapecó de Chapecó

Regina Yoshié Matsue

Docente do departamento de Medicina
Preventiva da Universidade Federal de
São Paulo (UNIFESP)

Lucimare Ferraz

Docente do Programa de Pós-graduação
em Enfermagem-UDESC

e os de cunho qualitativo passaram
pela análise de conteúdo de Bardin. De
acordo com os especialistas, implementar
políticas públicas, prestar assistência
multiprofissional, promover a inclusão social
e capacitar as famílias para o cuidado são
meios de superar os desafios enfrentados
pelos familiares no cuidado a criança com
transtorno do espectro autista.

PALAVRAS-CHAVE: Transtorno Autístico.
Saúde da Criança. Cuidadores.

**AUTISM SPECTRUM DISORDER:
CHALLENGES OF CARE FROM THE
PERSPECTIVE OF EXPERTS**

ABSTRACT: Autism spectrum disorder is
understood as the presence of persistent
deficits in the ability to develop social
interactions and communications,
permeating all stages of life, which
can seriously affect the quality of life of
individuals and their families. Thus, this
study aims to present the opinion of experts
on the means of coping with the main
challenges for family care for children with
ASD. This is a descriptive study, carried
out from December 2020 to March 2021,
which investigated the opinion of 24 experts.
Quantitative information was analyzed using

RESUMO: O transtorno do espectro autista
é compreendido como a presença de déficits
persistentes na capacidade de desenvolver
interações sociais e de comunicações,
perpassando por todas as etapas da vida,
podendo afetar seriamente a qualidade de
vida do indivíduo e de sua família. Deste
modo, este estudo tem como objetivo
apresentar a opinião de especialistas
sobre os meios de enfrentamento aos
principais desafios para o cuidado familiar à
criança com transtorno do espectro autista.
Trata-se de um estudo descritivo, que
investigou a opinião de 24 especialistas.
As informações de natureza quantitativas
foram analisadas por estatística descritiva

descriptive statistics and those of a qualitative nature underwent Bardin's content analysis. In which, several challenges were evidenced to carry out the care of the child with ASD, mainly linked to the scope of the child's condition, the family structure or preparation and those related to the social environment, being of paramount importance the implementation of actions in different spheres to help caregivers in their daily lives and reduce family vulnerabilities.

KEYWORDS: Autistic Disorder. Child Health. Caregivers.

INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) configura-se por uma disfunção neurológica, com alterações no comportamento e atrasos ou desvios no neurodesenvolvimento, incluindo déficits na interação e comunicação social e apresentando padrões de comportamento repetitivo e restritos em seus portadores^{1,2}.

A condição do autismo perpassa por todas as etapas da vida, podendo afetar seriamente a qualidade de vida do indivíduo e de sua família. Desta forma, é de suma relevância que seu diagnóstico seja feito o mais precoce possível, uma vez que esta condição afetará a vida e as dinâmicas sociais e familiares dos indivíduos envolvidos^{3,4}.

A longo prazo cuidadores passam a ter necessidades exacerbadas com o chegar da idade, necessitando de cuidados e cuidar, e este processo requer demandas que muitas vezes podem se tornar frustrações por não serem atendidas, com piora quando somado este perfil a falta de suporte social. Passando estes cuidadores a viverem com alto risco para desenvolvimento de problemas psicológicos, como, depressão, ansiedade e altos níveis de estresse⁵.

Há muitos percalços a serem enfrentados pelos pais de crianças autistas perante o desenvolvimento do cuidado, visto que estes tendem a evitar a expressão de sentimentos que por sua vez retoma em desgastes no núcleo familiar, assim como a desorganização causada pelo luto da criança saudável que esperavam, sobrecregando geralmente a mãe pela autoculpa associada ao diagnóstico e pelo nível maior de tarefas atribuídos normalmente a esta⁶. Outro ponto que a autora salienta é a proteção criada pelas mães, em que estas desenvolvem baixa expectativa sobre os avanços da criança para não se desapontarem, o que tende a restringir o progresso do tratamento⁶.

O núcleo familiar é o primeiro meio social que promove suporte para relações com o mundo externo que convivem diariamente com a criança. Este familiares necessitam de um olhar sensível, já que as angustias e receios sentidos por eles tendem a frear o relacionamento, podendo afetar diretamente o tratamento do transtorno. Isto pelo fato de que por vezes esses tendem a focar na reabilitação da criança, deixando de lado suas próprias condições físicas ou mentais para exercer o cuidado, elevando seus níveis de estresse e sobrecarga. Tal sobrecarga desestabiliza as relações familiares, prejudicando a forma como o processo do tratamento e cuidado é conduzido^{7,8}.

Perante à estas problemáticas ressalta-se a necessidade da identificação das dificuldades familiares presentes diariamente, como meio de formular estratégias e meios para amenizar os desafios, possibilitando melhorias no fornecimento de terapias, acolhimento e preparo de familiares/cuidadores. Frente a isto, este estudo tem como objetivo apresentar a opinião de especialistas sobre os meios de enfrentamento aos principais desafios para o cuidado familiar à criança com Transtorno do Espectro Autista.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo descritivo que buscou conhecer a opinião de 24 especialistas na área foram convidados a opinarem e proporem alternativas para minimizar tais desafios presentes no cuidado diário à criança com TEA. Para tanto, os especialistas foram selecionados a partir do diretório de grupos de pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Essa etapa consistiu em acessar o diretório via site (<http://lattes.cnpq.br/web/dgp>), utilizando-se dos termos de busca para grupos: “transtorno do espectro autista” e “autismo”, sendo selecionados os filtros: “nome do grupo”, “nome da linha de pesquisa”, “palavra-chave na linha de pesquisa” e preenchendo no campo da área do conhecimento a opção “ciências da saúde”.

A partir desses passos foram contatados os líderes de grupos que trabalham com o TEA e os seus participantes. Os especialistas foram convidados a participarem do estudo mediante o e-mail disponível na plataforma Lattes ou no trabalho publicado, no total foram contatados 27 líderes de grupos e 90 autores. Nos casos em que os especialistas não se sentiram aptos a participarem da pesquisa, foi solicitado a gentileza de indicar outro membro do grupo de estudos ou de trabalho que tivesse interesse, a partir da indicação, este também foi contatado via e-mail disponibilizado.

Para interpretação dos resultados de natureza quantitativa foi por estatística descritiva de frequência absoluta e relativa, já os de cunho qualitativo passaram pela análise de conteúdo proposta pela autora Bardin⁹.

O projeto que originou este estudo passou pela apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Unochapecó, respeitando os preceitos éticos estabelecido na Resolução nº 466/2012¹⁰, iniciando a coleta dos dados apenas após a aprovação do comitê, sob o parecer número 4.172.277.

RESULTADOS

Entre os especialistas, a maioria eram mulheres, com formação em medicina e terapia ocupacional, com titulação a nível de mestrado e doutorado, conforme dados da Tabela 1.

Características	N (%)
Sexo	
Feminino	18 (75)
Masculino	6 (25)
Formação	
Medicina	9 (37,50)
Odontologia	1 (4,17)
Psicologia	2 (8,33)
Assistência Social	1 (4,17)
Enfermagem	2 (8,33)
Terapia Ocupacional	5 (20,83)
Gestão Em Saúde	1 (4,17)
Farmácia	1 (4,17)
Nutrição	1 (4,17)
Titulação	
Doutorado	9 (37,50)
Mestrado	15 (62,50)

Tabela 1 - Perfil dos especialistas consultados sobre os desafios a cuidado familiar à criança com TEA. Brasil, 2021.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Os especialistas consultados elencaram os principais desafios do cuidado à criança com TEA. No âmbito relacionado a criança, a sobrecarga para desenvolver o cuidado foi o principal desafio indicado, enquanto a carência de diálogo e interação foi citado com menor frequência (Gráfico 1).

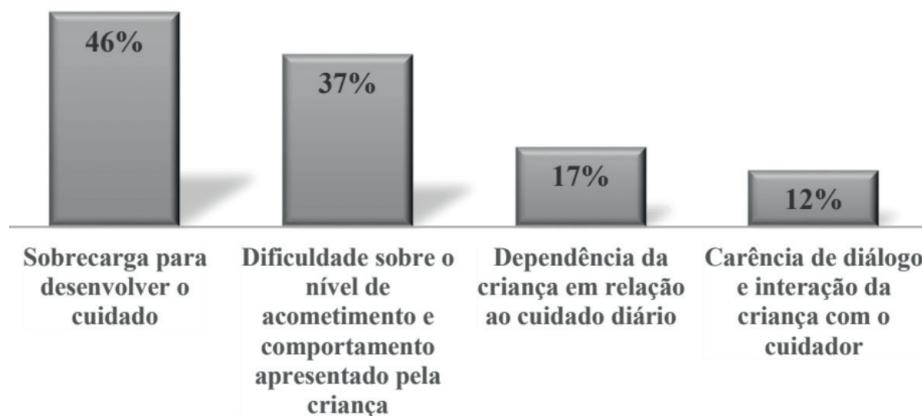


Gráfico 1 - Desafios enfrentados para o cuidado familiar no âmbito da criança com TEA, segundo especialistas. Brasil, 2021.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Já no âmbito que diz respeito a família, foram identificados três principais desafios para o cuidado, sendo o despreparo familiar o mais citado, seguido dos sentimentos desafiadores vivenciados pelo cuidador e das dificuldades financeiras (Gráfico 2).

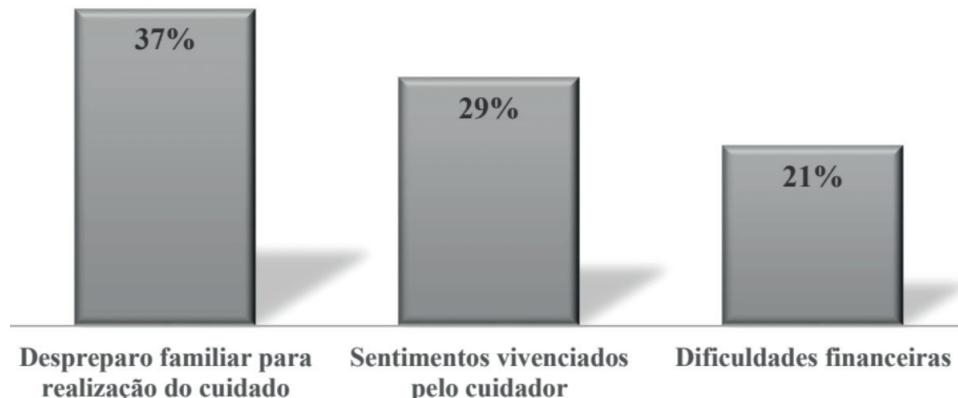


Gráfico 2 - Desafios presentes no campo familiar, ligados ao cuidado diário à criança com TEA, segundo especialistas. Brasil, 2021.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Em relação ao âmbito social, apresentaram-se três aspectos desafiadores para o cuidado familiar à criança com TEA, sendo mais citado dentre estes a falta de apoio e/ou suporte social, e com menos frequência as fragilidades ligadas a assistência à saúde (Gráfico 3).

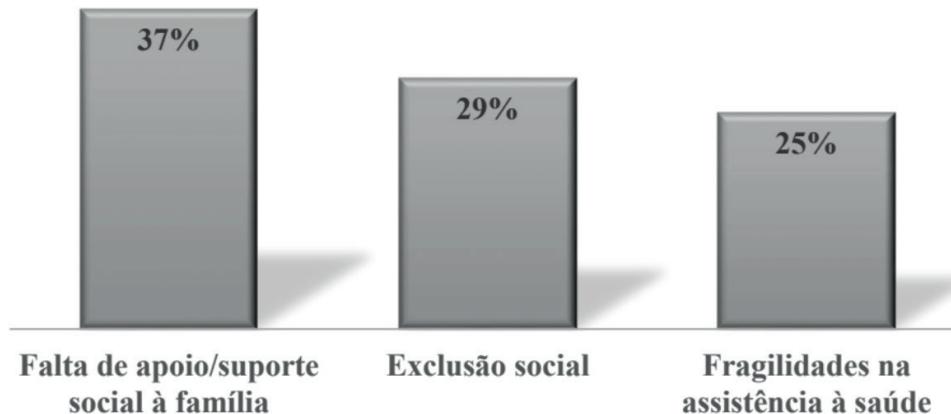


Gráfico 3 - Desafios presentes no âmbito social para o cuidador familiar à criança com TEA, segundo especialistas. Brasil, 2021.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Na segunda etapa da pesquisa, em que esses desafios foram postos em evidencia, aos especialista inferiram meios de enfrentamentos para as famílias, a saber:

Implementar políticas públicas

“Desenvolvimento de políticas públicas de saúde e educação”

“Seria preciso políticas públicas voltadas para a implementação de centro de assistência multiprofissional para pessoas autistas e seus familiares”

“Implementação das políticas públicas de combate à exclusão social das pessoas com deficiência”

Prestar assistência multiprofissional

“Implementação de centro de assistência multiprofissional (...). Cada autista necessita de atendimento específico, independente de nível de dependência em relação a outra pessoa.”

“Ampliar a rede de suporte das famílias de crianças com TEA para a oferta de ações suportivas frente às diferentes demandas trazidas pela criança no cotidiano (...) para a oferta de ações suportivas frente às diferentes demandas trazidas pela criança no cotidiano”.

“Promover também intervenções interdisciplinar para o filho autista juntamente com seus familiares”.

Promover a inclusão social

“Ainda há má compreensão social de modo geral sobre a heterogeneidade do transtorno e sobre como melhorar a vida dessas pessoas, o que leva à exclusão social de pessoas autistas e seus familiares”.

“Desenvolvimento de mecanismos de inclusão nos diversos espaços da vida: escola, família, comunidade, centros esportivos, religiosos, hospitalares, transporte coletivos entre outros”.

Capacitar as famílias para o cuidado

“Procedimentos de formação e informação dirigidos aos familiares sobre o TEA (...) Por meio de informações e formação das pessoas e familiares que convivem com a criança com TEA”.

“Propor materiais educativos que possam auxiliar nos cuidados do filho(a), (...) que forneçam conhecimento sobre o diagnóstico com objetivo de melhor lidar/adaptar-se com o filho e manter um bom convívio familiar e social”.

Diante do exposto, evidencia-se a necessidade de se estabelecer meios para além da preparação familiar para prática do cuidado à criança, perpassando questões que envolvem desde o quesito micro, ligado ao âmbito familiar, até a questões macro, envolvendo a formulação/revisão de políticas e à qualidade da assistência prestada a este público

DISCUSSÃO

A presença dos desafios para a realização do cuidado à criança pode se apresentar por diferentes vertentes, assim como, evidenciados no estudo. Porém, àqueles ligados a condição da criança remete-se a importância de se obter um diagnóstico precoce, em vista, de que com esta possibilidade há de se evitar condições de agravamento à saúde e, consequentemente, de se afetar em menor proporção a qualidade de vida da criança e de sua família^{4;11}.

Apesar desta importância, a verificação de sinais sugestivo para autismo ainda leva maior tempo do que o esperado, em estudo realizado por Bagal, RahulKadam e Parkar¹² os sinais foram constatados na média de três anos e meio, enquanto o diagnóstico se deu apenas aos seis anos e meio. Já para Fein, Barton e Dumont-Mathieu, 2017¹³, foi constatado um atraso de dois anos para aquelas crianças provenientes de famílias de minoria étnicas e economicamente desfavorecidas quando comparada as demais. Colaborando com os achados verificados, em que a falta de suporte ou apoio as famílias e a não amplitude da assistência à saúde tendem a desafiar o acesso a informações e tratamentos.

Todavia, esta detecção precoce é um direito fundamental da criança e de seus familiares e um dever do Estado, visto os princípios que regem a Atenção Básica, e determinam a prevenção de agravos, a proteção e a promoção da saúde, reiterando que os serviços estejam preparados para fornecer estes atendimentos de maneira acolhedora, com vistas a diminuir os diversos impasses que inibem ações projetadas e afastam os cidadãos de seus marcos legais^{14;15}.

Favorecer este atendimento, auxilia para além da criança, pois abrange também aqueles que o cercam, visto que, cuidadores incorrem em intenso e contínuo nível de estresse devido ao impacto gerado pela atenção necessária à criança em todos seus aspectos, necessitando também de assistência¹⁶.

O estresse verificado engloba-se ao mesmo tempo pela pressão da sociedade e a falta de auxílio recebido, resultando na sensação de solidão no processo de cuidado, somados aos julgamentos de culpa pela condição que a criança apresenta e pelo modo de manejar o cuidado¹⁷. Este processo, segundo estudos, liga-se tanto no público externo quanto no interno familiar, ligado aqui, a primos, avós, tios e entre outros, estando principalmente associado à dificuldade comportamental da criança perante a inserção social¹⁸⁻²².

Por outro lado, o distanciamento social também pode ser visto como modo de preservar a segurança da criança, evitando à exposição de reações negativa de outros indivíduos^{20;21}. Assim como, para a autoproteção dos próprios cuidadores, visto que pais se sentem julgados ao invés de acolhidos pela sociedade, apresentando dificuldades para lidar com as percepções de outros sujeitos, que tendenciosamente expõe comentários influenciando o sentimento de culpa nos cuidadores, que normalmente é direcionado com mais intensidade às mães^{21;23-27}.

Mulheres estão mais sujeitas a este tipo de situação, assim como, estão em maior parte direcionadas ao cuidado exclusivo, visto o construto histórico acerca do papel feminino, que as traz como indivíduo que deve zelar da família e de sua casa²⁸. Frente a isto, em alguns casos percebendo-se o desamparo de seus próprios cônjuges, alcançando a solidão extrema no cuidado e se dispondo a maior vulnerabilidade, visto estar mais sujeita a depressão do que quando comparada a outros familiares^{20,29}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cuidadores vivenciam diversos desafios para realizar o cuidado à criança com TEA, ligando principalmente ao âmbito da condição da criança, da estrutura ou preparação familiar e àqueles ligados ao meio social em que se inserem, sendo os mais indicados a sobrecarga para desenvolver o cuidado, o despreparo familiar e a falta de apoio e/ou suporte social.

Visto que a condição do autismo perpassa por todas as fases da vida, uma vez que não possui tratamento de cura, mas sim de terapias que podem amenizar os sintomas de gravidade, são necessárias implementações de ações em distintas esferas para auxiliar cuidadores no seu dia a dia, englobando desde a capacitação dos cuidadores até alterações ou implementações de políticas públicas para assistência.

As práticas de serviços de atendimento de qualidade podem gerar o reconhecimento precoce e encaminhamentos em tempo oportuno, reduzindo as vulnerabilidades familiares, por meio tanto da intervenção precoce quanto da melhor educação familiar. Deste modo, é impreverível revisões de políticas que englobem este público, fortalecendo a base familiar, assim como, a instituição de centros ou de equipe multiprofissional que possam assistir e dirimir as dificuldades frente aos desafios.

REFERÊNCIAS

1. Baio J, *et al.* Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years - autism and developmental disabilities monitoring network, 11 Sites, United States, 2014. MMWR. Surv Sum 2018; 67(6): 1-23.
2. Souza RA, *et al.* Uma reflexão sobre as políticas de atendimento para as pessoas com transtorno do espectro autista. Cad UniFOA 2019; 95-105. Doi: <https://doi.org/10.47385/cadunifoa.v14i40.2811>.
3. Marsack CN, Perry TE. Aging in place in every community: social exclusion experiences of parents of adult children with autism spectrum disorder. Res Aging 2018; 40(6): 535-557. Doi: <https://doi.org/10.1177/0164027517717044>.
4. Posar A, Visconti P. Long-term outcome of autism spectrum disorder. Turk Pediatri Ars 2019; 54(4):207-212. Doi: <https://doi.org/10.14744/turkpediatriars.2019.16768>.

5. Al-Dujaili AH, Al-Mossawy DAJ. Psychosocial burden among caregivers of children with autism spectrum disorder in Najaf province. *Current Pediatric Research* 2017; 21(2):272–282. Doi: <http://dx.doi.org/10.20546/ijcrar.2017.504.018>.

6. Sprovieri MHS. Estresse, alexitimia e dinâmica familiar de portadores de autismo. In: Assumpção Júnior FB, Kuczynski E (org.). *Autismo infantil: novas tendências e perspectivas*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2015. p. 1-324.

7. Miele FG, Amato CAH. Autism spectrum disorder: quality of life and caregivers stress – literature review. *Cad de Pós-grad Distúrb Desenvolv* 2016; 16(2):89-102. Doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1809-4139.20160010>.

8. Christmann M, *et al.* Estresse materno e necessidade de cuidado dos filhos com tea na perspectiva das mães. *Cad de Pós-grad Distúrb Desenvolv* 2017; 7(2):8-17. Doi: <http://dx.doi.org/10.5935/cadernosdisturbios.v17n2p8-17>.

9. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011. p. 1-229.

10. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012b. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html Acesso em 10.01.2020.

11. Failla MD, *et al.* Using phecode analysis to characterize co-occurring medical conditions in autism spectrum disorder. *Autism* 2021; 25(3): 800–811. Doi: <https://doi.org/10.1177/1362361320934561>.

12. Bagal R, Rahulkadam K, Parkar S. View of to study the age of recognition of symptoms and their correlates in children diagnosed with autism spectrum disorders: A retrospective study. *J. Indian Assoc. Child Adolesc. Ment. Health* 2016; 12(4):1-18. <http://www.jiacam.org/ojs/index.php/JIACAM/article/view/95/85> Acesso 15.01.2020

13. Fein D, *et al.* Optimizing outcome in autism spectrum disorders. *Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences* 2017;4(1):71–78. Doi: <https://doi.org/10.1177/23727322211029313>.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html Acesso em 10.01.2020.

15. Machado WCA, *et al.* Integralidade na rede de cuidados da pessoa com deficiência. *Texto & Contexto Enferm* 2018; 27(3):1-9. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018004480016>.

16. Bravo-Benítez J, *et al.* Grief experiences in family caregivers of children with autism spectrum disorder (ASD). *IJERPH* 2019; 16(23):4821. Doi: <https://dx.doi.org/10.3390%2Fijerph16234821>.

17. Al-Farsi OA, *et al.* Quality of life of caregivers of autism spectrum disorder, intellectual disability and typically developing children: a comparison study. *Applied Res Qual Life* 2020; 1–17. Doi: <https://doi.org/10.1007/s11482-020-09880-9>.

18. Zechella, A. N.; Raval, V. V. Parenting children with intellectual and developmental disabilities in asian indian families in the United States. *JCFS* 2016; 25(4):1295–1309. Doi: <https://doi.org/10.1007/s10826-015-0285-5>.

19. Nicholas DB, *et al.* "Live it to understand it": the experiences of mothers of children with autism spectrum disorder. *Qual Health Resear* 2016; 26(7):921–934. Doi: <https://doi.org/10.1177%2F1049732315616622>.

20. Silva SED, *et al.* A família, o cuidar e o desenvolvimento da criança autista *J Health Biol Sci* 2018; 6(3): 334–341. Doi: <http://dx.doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v6i2.1782.p334-341.2018>.

21. Cloete LG, Obaigwa EO. Lived experiences of caregivers of children with autism spectrum disorder in Kenya. *Afr J Disabil* 2019; 8:1–9. Doi: <https://dx.doi.org/10.4102%2Fajod.v8i0.435>.

22. Cardon A, Marshall T. To raise a child with autism spectrum disorder : A qualitative , comparative study of parental experiences in the United States and Senegal. *Transcul psychiatry* 2020; 58(3): 335-350. <https://doi.org/10.1177%2F1363461520953342>.

23. Gona JK, *et al.* Challenges and coping strategies of parents of children with autism on the Kenyan coast. *Rural Rem Health* 2016; 16(2). <https://ora.ox.ac.uk/objects/uuid:ee8ffb3b-de2d-4f26-bb98-394574dadde1> Acesso 14.01.2021.

24. Bessette Gorlin J, *et al.* Severe childhood autism: the family lived experience. *J Ped Nursing* 2016; 31(6):580–597. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2016.09.002>.

25. Bekhet AK, Matel-Anderson D. Risk and protective factors in the lives of caregivers of persons with autism: caregivers' perspectives. *Perspec Psyc Care* 2017; 53(3):199–207. Doi: <https://doi.org/10.1111/ppc.12158>.

26. Galpin J, *et al.* 'The dots just don't join up': Understanding the support needs of families of children on the autism spectrum. *Autism* 2018; 22(5): 571–584. Doi: <https://doi.org/10.1177/1362361316687989>.

27. Rendon DDCS, *et al.* Convivência com filhos com transtorno do espectro autista: desvelando sentidos do ser-ai-mãe. *Rev Baiana Enferm* 2019; 33. Doi: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v33.31963>.

28. Pinto RNM, *et al.* Autismo infantil: impacto do diagnóstico e repercussões nas relações familiares. *R Gaúcha Enf* 2016; 37(3):1–9. Doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.03.61572>.

29. Ooi KL, *et al.* A meta-synthesis on parenting a child with autism. *Neuropsyc Disease Treatm* 2016; 12:745–762. Doi: <https://doi.org/10.2147/ndt.s100634>.

CAPÍTULO 8

O PROCESSO DE TRABALHO NAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE AMBIENTES RURAIS

Micheli Ferreira

Docente do Curso de Graduação em Enfermagem do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná, Câmpus Palmas

Graciela Cabreira Gehlen

Docente do Curso de Graduação em Enfermagem do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná, Câmpus Palmas

Maria Assunta Busatto

Docente do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde – Unochapecó

Lucimare Ferraz

Docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem– Udesc

RESUMO: Este estudo teve por objetivo analisar o processo de trabalho das equipes de saúde que atuam em estratégias de Saúde da Família (ESF) de ambientes rurais. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizado com equipes de ESF de municípios predominantemente rurais da região sudoeste do Paraná. A coleta de dados foi por entrevista semiestruturada. Participaram do estudo médicos,

enfermeiros, odontólogos, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Os resultados encontrados evidenciam que a assistência à população rural ainda é bastante focada nos processos patológicos e nas atividades desenvolvidas a partir de programas ministeriais. As equipes que atuam nos ambientes rurais não se encontram diariamente nos serviços, sendo itinerantes, o que dificulta o fortalecimento de vínculo, bem como de acompanhamento do processo saúde-doença na comunidade. Este achado é reforçado quando identificamos que o processo de territorialização é realizado, majoritariamente, pelos agentes comunitários de saúde. Assim, ressaltamos que a ESF necessita (re)conhecer as especificidades que permeiam os aspectos de saúde da população do meio rural, para que possam assistir as famílias de forma ampla e integral.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde. Estratégia de Saúde da Família. População Rural.

THE WORK PROCESS IN FAMILY HEALTH STRATEGIES IN RURAL ENVIRONMENTS

ABSTRACT: This study aims at analyzing the working process of health teams working in Family Health Strategies (FHS) in rural areas. It is a qualitative research, with teams of FHS from predominantly rural municipalities in the southwest of Paraná. Data was collected through a semi-structured interview, with doctors, nurses, dentists, nursing technicians and community health workers took part in this study. The findings showed that the assistance to the rural population is still very focused on pathological processes and activities developed from ministerial programs. The teams who work in the rural areas do not work on a daily basis; they are itinerant, a fact that makes it difficult to strengthen bonds as well as monitoring the health-disease processes in the community. This finding is reinforced by identifying that territorial process is mainly carried out by community health workers. Thus, we emphasize that the FHSs need to cognize the specificities that permeate the health aspects of the rural population, so that they can assist families under their responsibility widely and fully.

KEYWORDS: Primary Health Care. Family Health Strategies. Rural population.

INTRODUÇÃO

Embora o conceito de ruralidade seja pouco preciso e as políticas voltadas à saúde rural no Brasil sejam frágeis, a atenção primária à saúde é essencial em áreas rurais e remotas para enfrentar as iniquidades que marcam esses territórios (Franco; Giovanella, 2021).

Nesse contexto, torna-se evidente a necessidade de elucidar o processo de trabalho dos profissionais de saúde que atuam nas ESF rurais. O reconhecimento dessas práticas permite visualizar o que vem sendo desenvolvido no dia a dia dos serviços, visando (re)pensar e refletir sobre a organização e a produção do cuidado em saúde no meio rural.

Equipes que atuam no meio rural demonstram abertura para as tecnologias leves de acolhimento. No entanto, saberes e tecnologias da clínica médica continuam sendo privilegiados no processo de trabalho, limitando a potencialidade de sua dimensão subjetiva para (re)configuração de um modelo que atenda às necessidades de saúde da população rural e se ampare na integralidade da atenção (Santos et al., 2018).

A organização e a gestão dos serviços, bem como a prática profissional das equipes, padecem de um problema sistêmico de incompletude da oferta de ações e de cuidados de saúde, apesar dos padrões de referência, diretrizes, metas e protocolos existentes (Facchini et al., 2018). Evidencia-se que a produção do cuidado se articula à micropolítica do processo de trabalho em saúde, demandando integração colaborativa comprometida com a produção de planos terapêuticos compartilhados e singularizados, e práticas integrais que acontecem no interior dos serviços ou no território (Queiroz et al., 2021).

Dessa forma, a organização do processo de trabalho das ESF do meio rural deveria ser orientada para definir prioridades e reorientar as práticas profissionais, por meio de uma assistência pautada na integralidade e na equidade, centrada no atendimento das reais necessidades das famílias rurais.

Segundo a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), as condições de saúde das populações rurais encontram-se em uma situação mais precária, se comparada com a população urbana. Essa condição ocorre devido às limitações no acesso e na qualidade dos serviços de saúde, dispersão física, problemas socioeconômicos e escassez de recursos aplicados nessas comunidades (Brasil, 2013). Em áreas rurais e remotas, a atenção primária à saúde é essencial para enfrentar iniquidades que marcam estes territórios. O conceito de ruralidade é pouco preciso e as políticas voltadas à saúde rural no Brasil são frágeis (Franco, Lima, Giovanella, 2021).

Diante disso, o objetivo do presente estudo é analisar o processo de trabalho das equipes de saúde que compõem as Estratégias de Saúde da Família de ambientes rurais, no Sudoeste do Paraná.

METODOLOGIA

Esta é uma pesquisa de abordagem qualitativa, com delineamento de um estudo descritivo. O estudo foi desenvolvido em três equipes de Estratégias de Saúde da Família do meio rural, de três municípios localizados na região sudoeste do estado do Paraná, em que mais de 50% de sua população reside na zona rural.

Os participantes da pesquisa foram doze trabalhadores da saúde (enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, dentista e agente comunitário de saúde) que atuam nas ESF dos municípios da região caracterizada anteriormente e que atendem à população residente do meio rural. Os participantes foram apresentados nos resultados da pesquisa da seguinte forma: Enf. (enfermeiro); Med. (médico); Tec. Enf. (técnico de Enfermagem); Aux. Enf. (auxiliar de Enfermagem); Odontólogo (dentista); ACS (agente comunitário de saúde).

Para a coleta dos dados foram realizadas entrevistas, com o emprego de um roteiro de perguntas semiestruturado. Os dados coletados foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo temática proposta por Minayo (2012), que consiste em leituras e releitura do material, na busca das unidades de registro inseridas no contexto da análise de cada questão. Na sequencia, realizou-se o tratamento e interpretação dos resultados obtidos.

RESULTADOS

Os resultados estão apresentados acordo com as categorias encontradas na análise do processo de trabalho da equipe de ESF no meio rural.

Trabalho itinerante

Os profissionais de saúde que atuam no meio rural, dos três municípios participantes do estudo, têm uma jornada de trabalho itinerante, atendendo várias localidades durante a semana. Esses profissionais permanecem nas comunidades rurais apenas um ou dois dias durante a semana para desenvolverem o atendimento à população e demais atividades da unidade de saúde. Essa forma de organização dos serviços de saúde rural pode dificultar a consolidação do trabalho em equipe, comprometendo, também, o reconhecimento do território por todos os profissionais, bem como o vínculo com a comunidade.

As equipes das ESF rurais participantes desse estudo não mencionaram o (re)conhecimento do ambiente como ponto de partida no planejamento de suas atividades. Deste modo, a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como a avaliação do impacto dos serviços prestados à população, ficam comprometidos. Essa situação também pode ser um limitador no desenvolvimento de vínculos entre os serviços de saúde e a população rural.

Para que o vínculo se efetive, os profissionais que atuam nas ESF meio rural devem (re)conhecer a comunidade e se (co)responsabilizar continuamente pelo cuidado à saúde dessa população, criando uma relação de confiança/parceria mediante a escuta atenta, o diálogo com troca de saberes e o estabelecimento de confiança mútua. Desta maneira, torna-se imprescindível criar estratégias que fortaleçam o processo de trabalho das ESF do meio rural, mesmo essa equipe sendo itinerante e permanecendo pouco tempo na semana na comunidade.

Atendimento focado na demanda

No que se refere ao atendimento à população do meio rural, foi possível inferir que o cuidado prestado a essas comunidades segue o modelo centrado na assistência curativa, com agendas previamente estabelecidas para atendimento médico e odontológico. Já as ações programáticas são desenvolvidas para acompanhamento de grupos prioritários, como gestantes, idosos, hipertensos e diabéticos. Igualmente, também não evidenciamos, nos relatos das entrevistas, o desenvolvimento do trabalho focado no cuidado integral, com base nas necessidades de saúde da população rural.

Os resultados desse estudo nos permitem pensar que a organização do processo de trabalho em saúde das ESF rurais necessita priorizar um modelo de atenção centrado nas famílias e nas suas necessidades de saúde, bem como nos processos de trabalho que estão presentes no ambiente rural.

Desconsideração das especificidades do ambiente rural

Constatamos nesse estudo que os profissionais não mencionaram as especificidades de demanda em saúde do meio rural. Os profissionais de saúde, com exceção de uma profissional da Enfermagem que observou o aumento dos casos de diarreia em épocas de plantio pelo uso de agrotóxicos, não relataram os riscos de adoecimento e agravos à saúde que a população rural está exposta. Ressaltamos que essas equipes atendem, majoritariamente, a trabalhadores rurais, uma vez que nessa região do estudo a agricultura familiar é muito presente, e nesse contexto crianças, adultos e idosos trabalham para o sustento familiar, estando todos em contato com riscos laborais, como ambientais, biológicos, químicos, físicos e ergonômicos.

Além dos riscos laborais que a população rural está exposta em seu trabalho, outro problema é a falta de lazer. Essa problemática foi aludida por dois profissionais de saúde, uma médica e um técnico de Enfermagem, que mencionaram que a população que reside no meio rural tem poucas alternativas de lazer e entretenimento. Segundo esses profissionais, muitos agricultores não possuem atividades extralaborais, e que isso interfere em sua saúde física e mental.

Territorialização desenvolvida pelos ACS

Quando questionamos os profissionais das ESF rurais sobre o processo de territorialização, constatamos que essa atividade está sendo desenvolvida exclusivamente pelos agentes comunitários de saúde. Essas trabalhadoras identificam nos mapas, presentes nas ESF, as áreas de risco, os pacientes hipertensos, diabéticos, gestantes e os portadores de transtornos mentais. Os demais profissionais de saúde obtêm as informações da população rural por meio dos agentes. Sobre esse fato, pontuamos que se, por um lado, o ACS é da comunidade e conhece todos os moradores – e isso é bom –, por outro lado, esse traz para a equipe os problemas da comunidade sob sua óptica. Outro aspecto que compromete o processo de territorialização é quando há ausência deste profissional no serviço. De acordo com o relato de um profissional de Enfermagem, quando não há ACS na localidade rural, não tem como os demais profissionais conhecerem globalmente os seus processos produtivos do rural, o que limita a identificação das necessidades dos moradores e as relações com o processo saúde-doença.

No nosso estudo, chamou-nos a atenção a ausência de alusão pelos entrevistados sobre os problemas de saúde específicos do ambiente rural e das áreas de risco, fato esse que fragiliza o processo de territorialização, que está imbricado com o planejamento das ações em saúde.

Quanto ao procedimento de territorialização e mapeamento das comunidades rurais, constatamos neste estudo que as ACS identificam nos mapas somente doenças crônicas, gestantes, crianças e idosos. Evidenciamos que não ocorre o mapeamento dos fatores de riscos presentes no ambiente rural e, também, não relacionam as doenças aos processos de trabalho e ao modo de viver no campo.

Os relatos dos profissionais do meio rural também não especificaram a existência territorial de áreas de risco e, como já mencionamos anteriormente, as populações do campo estão expostas a diversos agravos, os quais podem advir do seu labor ou pelo simples fato de morar em área rural, a qual possui suas especificidades quando comparada à urbana.

DISCUSSÃO

Em relação as equipes itinerantes, vale ressaltar que estas são ferramentas tecnológicas de cuidado importantes, pois identificam situações de doença e de vulnerabilidades que necessitam da atenção de profissionais da saúde. Assim, a equipe itinerante, é uma característica da organização do sistema de saúde brasileiro, que permite que o município identifique suas reais necessidades e crie serviços ou estratégias de cuidado, assumindo a responsabilidade pela tomada de decisão local (Eslabão et al., 2019).

Considerando que as ESFs estão localizadas em territórios que abrangem zona rural, é fundamental realizar um diagnóstico situacional para quantificar e identificar os perfis dos usuários adscritos. Com base nesse entendimento, é possível criar estratégias de trabalho direcionadas para um melhor acolhimento (Moura et al., 2022).

No que diz respeito ao atendimento por demanda se caracteriza pelo momento em que o usuário busca o serviço de Atenção Primária à Saúde (APS) e o subsequente atendimento pelo membro da equipe mais adequado, em tempo condizente com a situação clínica. Tal prática é comumente presente na APS do Brasil (Gusso; Lopes, 2019).

Contudo, há expectativas das famílias rurais em relação às ações dos profissionais está no desejo de uma relação mais próxima com os serviços e que suas experiências sejam compartilhadas, reconhecidas e valorizadas. As necessidades se relacionam com a construção de espaços de relação e encontro, nos quais seja possível compartilhar experiências e receber suporte para superar as dificuldades individuais enfrentadas (Lima et al., 2019).

Existe diferentes estratégias para ampliar o acesso da população rural às ações ofertadas na APS, como a construção de pontos de apoio e a organização das equipes para oferecer consultas, visitas domiciliares e determinados procedimentos nos próprios territórios rurais. No entanto, a organização do cuidado à população rural parece estar mais orientada por critérios clínicos e pela capacidade de deslocamento das equipes e dos usuários do que pelas necessidades de saúde da população rural (Soares et al., 2020).

Nesse contexto, a atuação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) no contexto dos Microespaços Rurais (MRR) é fundamental para a construção de um SUS universal e integral. Pois os atributos da APS, principalmente os essenciais, são concretizados e fortalecidos pelo trabalho do ACS (Sousa, Almeida, 2023).

O ACS desempenha um papel importante na territorialização da Atenção Básica à Saúde no ambiente rural, ação essa fundamental para a realização dos princípios constitucionais do SUS no Brasil. Lembrando que o SUS é um projeto de atenção territorializado, organizado em redes de atenção regionalizadas, com a APS como centro de comando. A territorialização reflete o modelo de atenção proposto no Brasil (Faria, 2020).

Nesse sentido, a territorialização é mais do que agrupar casas, definir condições de saúde e delimitar áreas de abrangência. É compreender que o espaço onde vive a comunidade rural é permeado por fatores de risco à saúde, mas também possui aspectos positivos. Esses aspectos positivos devem ser reconhecidos pelos profissionais de saúde como potencialidades para o enfrentamento das vulnerabilidades de saúde e sociais dos ambientes rurais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os resultados desta pesquisa, o processo de trabalho em saúde e as diretrizes do Ministério da Saúde, observamos que as equipes estudadas encontram-se em processo de consolidação dos preceitos do SUS. As dificuldades percebidas nas ESF rurais estão relacionadas aos processos de trabalho, pois nesses a organização dos serviços segue, majoritariamente, a lógica do atendimento centrado no médico e na doença. Além disso, as equipes permanecem pouco tempo em cada localidade e nem sempre todos os trabalhadores de saúde se encontram, limitando, assim, a construção de vínculo entre os profissionais, bem como com a população rural.

Por fim, salientamos que é imprescindível que as equipes da ESF que atuam no meio rural considerem a imbricação dos elementos ambientais, sociais e culturais nos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença dessa população. Ademais, é imperativo que as equipes busquem, por meio de uma gestão compartilhada entre gestores, profissionais e comunidade, estratégias para mitigar as vulnerabilidades à saúde presentes no ambiente rural.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta.** 1. ed., 1. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

ESLABAO, Adriane Domingues et al. Potencialidades e desafios do trabalho da equipe itinerante no cuidado ao usuário de drogas. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** (Ed. port.), Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, p. 32-39, 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762019000100005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 19 fev. 2025. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2019.150016>.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática.** Porto Alegre: Artmed, 2019.

FACCHINI, Luiz Augusto; TOMASI, Elaine; DILÉLIO, Alitéia Santiago. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 208-223, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>.

FARIA, R. M. de. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 11, p. 4521-4530, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.30662018>.

FRANCO, C. M.; LIMA, J. G.; GIOVANELLA, L. Atenção primária à saúde em áreas rurais: acesso, organização e força de trabalho em revisão integrativa de literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 7, e00310520, 2021. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00310520>.

LIMA, Â. R. A.; DIAS, N. da S.; LOPES, L. B.; HECK, R. M. Necessidades de saúde da população rural: como os profissionais de saúde podem contribuir? **Saúde em Debate**, v. 43, n. 122, p. 755-764, 2019. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912208>.

MINAYO, M. C. S. **Análise qualitativa: teorias, passos e fidedignidade**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

MOURA, R. A. de; HENRIQUES, B. D.; FERREIRA, D. C.; CAÇADOR, B. S. Atendimento à demanda espontânea na Estratégia Saúde da Família: práticas e reflexões de um processo em construção. **Physis**, v. 32, n. 1, e320103, 2022. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320103>.

QUEIROZ, D. M. de et al. Challenges and potentials of the production of comprehensive care in Primary Health Care in Brazil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 5, e20210008, 2021. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0008>.

SANTOS, D. de S.; MISHIMA, S. M.; MERHY, E. E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, p. 861-870, 2018. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.0310201>.

SOARES, A. N.; SILVA, T. L. e; FRANCO, A. A. de A. M.; MAIA, T. F. Cuidado em saúde às populações rurais: perspectivas e práticas de agentes comunitários de saúde. **Physis**, v. 30, n. 3, e300332, 2020. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300332>.

SOUZA, J. de O.; ALMEIDA, P. F. de. Atuação do agente comunitário de saúde em municípios rurais remotos do Semiárido: um olhar a partir dos atributos da Atenção Primária à Saúde. **Physis**, v. 33, e33044, 2023. <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333044>.

QUALIDADE DO SONO E ATIVIDADES ACADÊMICAS ENTRE GRADUANDOS DE MEDICINA

Mauricio Hoffmann Sanagiotto

Medico Ortopedista e Traumatologista
pelo Hospital Universitário de Santa Maria

Vinicio Alencar Pinto

Medico Clínico Geral - Unochapecó

Lucimare Ferraz

Docente da Pós-graduação em
enfermagem-Udesc

Rodrigo Koler

Medico, Otorrinolaringologia e Medicina
do Sono- Chapecó

RESUMO: **Objetivo:** verificar a qualidade do sono associada às atividades acadêmicas, entre acadêmicos de medicina de uma Universidade Comunitária da Região de Chapecó. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de caráter observacional, quantitativo e com delineamento transversal. Foi aplicado a 203 acadêmicos um questionário específico sobre o sono, junto com o Índice de Qualidade de Sono de *Pittsburgh* a Escala de Sonolência de *Epworth*, além da avaliação do nível socioeconômico. Os dados foram analisados com teste de razão de verossimilhanças, ANOVA de uma via e *Kruskal Wallis* ($\alpha=0,05$). **Resultados:** Foram

analizados os dados de estudantes entre o 1º e 6º ano, com média de idade de $22,7 \pm 3,4$ anos. Sessenta e dois por cento são do sexo feminino. Também foi analisado que 84% dos estudantes do 1º ao 4º ano afirmaram deixar de dormir para estudar; no 5º e 6º anos, esse percentual foi de 66% ($p=0,018$). Foi constatado que 93% dos alunos alegam que as atividades curriculares interferem na qualidade do sono. Nos dias antecessores a provas, 86,7% dos estudantes costumam dormir menos. Oitenta e cinco por cento dos acadêmicos foram classificados com qualidade do sono ruim e 52% apresentaram sonolência diurna excessiva. **Conclusão:** Concluiu-se que a maioria dos acadêmicos de medicina apresentaram má qualidade do sono. Metade apresentou sonolência diurna excessiva. As provas foram consideradas principal fator desencadeante da irregularidade do sono e não houve relevância estatística em relação às notas entre os períodos do curso.

PALAVRAS-CHAVE: Privação do sono; Estudantes de medicina; Medicina do sono.

SLEEP QUALITY AND ACADEMIC ACTIVITIES AMONG MEDICAL STUDENTS

ABSTRACT: **Objective:** verify the quality of sleep associated with academic activities among medical students of the a community university of Chapecó region. **Methodology:** This is an observational, quantitative and cross-sectional study. A specific sleep questionnaire, alongside the Pittsburgh Sleep Quality Index, the Epworth Sleepiness Scale, and the socioeconomic level assessment were applied to 203 academics. The data were analyzed with likelihood ratio test, one-way ANOVA and Kruskal Wallis ($\alpha = 0.05$). **Results:** Data from students between the 1st and 6th year were analyzed, with a mean age of 22.7 ± 3.4 years. Sixty-two percent are female. It was also analyzed that 84% of students in grades 1 to 4 stated that they had to stop sleeping to study; in the 5th and 6th years, this percentage was 66% ($p = 0.018$). It was found that 93% of students claim that curricular activities interfere with sleep quality. In the days ahead examination, 86.7% of students usually sleep less. Eighty-five percent of the students were classified as poor sleep quality and 52% presented excessive daytime sleepiness. **Conclusion:** It was concluded that the majority of the medical students presented poor sleep quality. Half of the pool had excessive daytime sleepiness. Examination periods were considered the main triggering factor of the sleep irregularity and there was no statistical relevance in relation to the scores between the course's years.

KEYWORDS: Sleep deprivation; Students, medical; Sleep medicine specialty.

INTRODUÇÃO

Evidências epidemiológicas vêm apontando, de forma crescente, a associação da privação do sono, de maneira direta, com o aumento da mortalidade. As consequências podem ser a curto prazo, mas também a longo prazo, podendo desencadear fatores de obesidade, estresse, distúrbios metabólicos, cardiovasculares e depressivos (Kaur et al., 2017).

O sono tem função essencial na conservação e restauração do metabolismo energético, na consolidação da memória, na aprendizagem e na termorregulação. Além disso, é fundamental na manutenção do ciclo circadiano de vigília, no repouso durante o dia e por manter a homeostase corporal (Cardoso et al., 2009).

Para jovens e adultos, geralmente entre sete e oito horas de sono por noite é considerado ideal, embora existam exceções. Caso a pessoa esteja privada de sono em dias anteriores, ela necessitará da reposição dessas horas de sono, como geralmente ocorre com acadêmicos de cursos exigentes. No entanto, boa parte da população não segue esse padrão adequado de sono (Jansen et al., 2007).

Os distúrbios do sono podem acarretar alterações significativas no funcionamento físico, cognitivo, ocupacional e social do indivíduo. Além disso, a qualidade de vida também é afetada, podendo gerar queda no desempenho acadêmico ou profissional, transtornos psicológicos, aumento da irritabilidade, alterações endócrinas e imunológicas, cansaços, cefaleias e até diminuição da propriocepção. Indivíduos que dormem mal tendem a possuir maiores índices de morbidades, menor longevidade e envelhecimento precoce (Cardoso et al., 2009).

Os fatores comportamentais incluem variáveis relacionadas a hábitos gerais de vida como praticar atividade física; fumar; usar bebidas estimulantes; usar bebidas alcoólicas; fazer alimentação inadequada antes de dormir; usar aparelhos eletrônicos antes de dormir. Em relação aos universitários as alterações no ciclo sono/vigília (CSV) dos jovens universitários podem acarretar consequências na saúde física, psíquica e social. Além disso, alguns comportamentos adotados nessa fase podem estar associados a comprometimento do CSV (Araújo, 2021).

Dessa forma, considerando que os acadêmicos de medicina apresentam um parâmetro irregular do sono, a pesquisa se propôs a analisar o padrão do sono dos alunos do curso de medicina da Região de Chapecó, permitindo identificar a qualidade do sono e sua associação com as atividades curriculares. Deste modo, a pesquisa teve por objetivo caracterizar o perfil sociodemográfico dos estudantes de medicina, investigar se a qualidade do sono interfere no rendimento escolar e identifica e diferencia os grupos de qualidades do sono segundo os anos do curso.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, de caráter observacional, de abordagens quantitativa, e com delineamento transversal. O estudo contempla um total de 245 acadêmicos do curso de medicina da uma Universidade da Região de Chapecó. Foram selecionados todos os estudantes matriculados no ano de 2017, do primeiro ao sexto ano, participando 203 acadêmicos. Foram incluídos os acadêmicos regularmente matriculados no curso de medicina da instituição, de acordo com as normas da universidade. Na pesquisa, foram excluídos 42 acadêmicos, que após duas tentativas não responderam ou estavam ausentes quando os questionários foram aplicados, ou que responderem inadequadamente.

A coleta de dados foi realizada através de um questionário específico sobre o sono, desenvolvido em grupo focal prévio, situação socioeconômica, pelo Índice de Qualidade do Sono de *Pittsburgh* (PSQI) e pela Escala de Sonolência de *Epworth* (ESE), além do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os instrumentos foram aplicados pelos pesquisadores aos acadêmicos da graduação de medicina da uma Universidade da Região de Chapecó, em momentos antes do início ou depois do término das aulas da matriz curricular, com a aprovação dos professores que ministraram a aula do dia. Os estudantes receberam os questionários impressos em sala de aula. Para os grupos de prática do internato, os pesquisadores selecionaram um acadêmico responsável por grupo, o qual realizou a coleta de dados dos estudantes. Cada acadêmico que respondeu a pesquisa foi orientado sobre as instruções, objetivos, metodologia e sigilo.

Foram analisados frequência absoluta, frequência relativa, média, mediana e desvio padrão, com utilização do *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 22.0. O nível de significância foi de 5% ($p < 0,05$) e o intervalo de confiança foi de 95%. O projeto de pesquisa foi elaborado segundo as normas e diretrizes da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas realizadas em seres humanos.

RESULTADOS

O perfil sociodemográfico dos 203 acadêmicos de Medicina da Universidade Comunitária da Região de Chapecó são representados na Tabela 1. Entre os acadêmicos, 46,3% residem sozinho, 27,6% com pais ou parentes, 18,7% com outras pessoas, 6,4% com cônjuge ou filhos e 1% em pensões ou alojamentos. Em relação à situação financeira, 71,8% consideraram satisfatória, e apenas 2% possuem profissão concomitantemente com a graduação.

Variável	N (%)	P
Sexo		0,128
Masculino	76 (37,5)	
Feminino	127 (62,5)	
Ano do curso		
1º e 2º	79 (38,9)	
3º e 4º	77 (37,9)	0,296
5º e 6º	47 (23,1)	0,005
Idade (anos)		<0,001*
Média + DP	22,7 ± 3,4	
Mediana (mín.;máx.)	22 (17;36)	
Estado civil		0,639#
Solteiro(a)	189 (93,1)	
Casado(a)	7 (3,4)	
Outro(a)	7 (3,4)	

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos estudantes de medicina (n=203).

Teste qui-quadrado; # Teste da razão de verossimilhanças; * ANOVA

Quanto à interferência das atividades universitárias no padrão do sono, apenas 6,9% alegam que raramente as atividades interferem na qualidade do sono. Dos estudantes, 45,8% afirmaram que é frequente a perturbação do sono devido às obrigações exigidas pelo curso. Aproximadamente 60% dos acadêmicos do primeiro e do segundo ano afirmaram que as atividades interferem frequentemente em seus sonos, enquanto que, em níveis avançados do curso essa porcentagem diminui, alcançando a marca de 36,2%.

Outra variável analisada na pesquisa questionou se havia mudança no padrão do sono durante o decorrer do semestre. Para a maioria, 98,5%, há períodos no semestre em que os estudantes dormem menos. Nos dias que são antecedidos por provas, 86,7% costumam dormir menos.

Variável	Média + DP	Mediana (mín.;máx.)	p
Anos do curso			0,001**
1º e 2º	5 ± 1,4	5 (1; 8)	
3º e 4º	4,3 ± 1,6	4 (0; 8)	
5º e 6º	5,1 ± 1,7	5,5 (2; 8)	

Tabela 2 – Média, desvio padrão e mediana de horas de sono em dias antecessores a provas em estudantes de medicina (n=203).

** Teste Kruskal-Wallis

Variável	Média + DP	Mediana (mín.; máx.)	p
Ano do curso			0,031
1º e 2º	8,4 ± 0,6	8,5 (6,5; 9,3)	
3º e 4º	8,5 ± 0,3	8,5 (7,7; 9,2)	
5º e 6º	8,6 ± 0,4	8,7 (7; 9,3)	

Tabela 3 – Média, desvio padrão e mediana do histórico escolar dos acadêmicos de medicina (n=203).

Teste t-Student

Na síntese das respostas que regem a Escala de Sonolência de *Epworth*, que abrange a presença de sonolência diurna, verificou-se que 57,9% dos acadêmicos do primeiro, segundo, quinto e sexto anos apresentam sonolência diurna. Já entre os acadêmicos do terceiro e do quarto ano, 40% apresentaram sonolência diurna (p= 0,029). Além disso, foi demonstrado que a má qualidade do sono atinge 85,7 % dos estudantes, de acordo com o Índice da Qualidade de Sono de Pittsburgh.

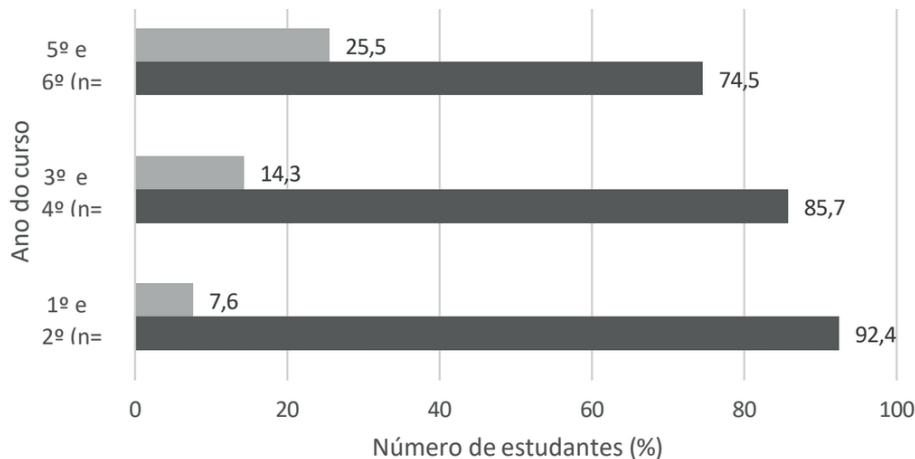


Figura 1 - Qualidade do sono dos acadêmicos de medicina de acordo com o Índice da Qualidade do Sono de Pittsburgh (n= 203).

A média do histórico escolar da amostra estabeleceu-se em 8,5, com desvio padrão de 0,5. Os acadêmicos que apresentaram a melhor qualidade do sono foram os do quinto e sexto ano, com 25,5 % de qualidade do sono boa, atingindo também as melhores médias escolares. Segundo a maioria dos acadêmicos, 92,6%, uma boa qualidade de sono poderia contribuir diretamente no desempenho acadêmico.

DISCUSSÃO

O estudo apresentou a associação entre qualidade do sono (através do PSQI), fatores de sonolência diurna (obtido pela Escala de Sonolência de *Epworth*) e interferência acadêmica. Com os instrumentos validados utilizados, possibilitou-se verificar detalhadamente as intercorrências na qualidade do sono e as diferenças entre os diferentes grupos e seus comportamentos.

Foi possível verificar que a maioria dos acadêmicos de medicina da Universidade Comunitária da Região de Chapecó apresentaram má qualidade do sono, achado semelhante dos estudos realizados em universidades de Fortaleza – CE e da Arábia Saudita (ARAUJO et al., 2016; ELAGRA et al. 2016). No entanto, outros estudos divergem quando comparado a qualidade do sono, os quais apresentaram taxas relativamente menores de qualidade ruim de sono (aproximadamente 40%), em acadêmicos de medicina do Sudão e do Acre – Brasil (Silva et al., 2017). Essas divergências podem ser explicadas devido a diversas condições particulares, uma vez que cada universidade possui níveis específicos de exigência e mecanismos de suporte diferentes.

Fica clara a discrepância em relação à qualidade do sono, quando comparada a outros estudos, como de Corrêa et al. (2017) e de Silva et al. (2017), que apresentaram 39,5% e 37,1% de índice de qualidade de sono ruim, respectivamente. Pode-se supor que esses resultados negativos (85,7%) encontrados na pesquisa são devido a possibilidade de cargas horárias elevadas, grande quantidade de atividades extraclasses, exigência de alto desempenho, fatores individuais ou até mesmo o costume de estudar apenas em dias antecessores a avaliações. Azad et al. (2015) aponta que o estilo de vida, carga horária acadêmica, utilização da internet, atitudes dos estudantes e apneia do sono podem acarretar em distúrbios do sono, e que provavelmente alguns desses fatores podem estar interligados.

Mais da metade (52%) dos alunos de medicina apresentaram Sonolência Diurna Excessiva. Em outros estudos foram verificados dados semelhantes, onde observou-se que 49,1%, 51,5% e 65,6 % dos acadêmicos apresentaram Sonolência Diurna Excessiva (Silva et al., 2017). A causa mais comum de SDE é privação crônica do sono, contribuindo diretamente para a redução da qualidade de vida e para o rendimento escolar. Com a presença de SDE, os acadêmicos de medicina podem ficar mais susceptíveis a dificuldade de leitura de ambientes e menores desempenhos de habilidade em situações novas. Associando os resultados referentes a qualidade do sono (PSQI) e à Sonolência Diurna Excessiva (ESE), percebe-se resultados estatisticamente significativos entre a qualidade do sono e a sonolência diurna excessiva.

A respeito da qualidade do sono, a maior porcentagem de acadêmicos com qualidade de sono ruim foi no primeiro e segundo ano, apresentando um total de mais de 90% dos estudantes. Já entre os acadêmicos do quinto e do sexto ano, os quais possuem a melhor qualidade de sono da pesquisa, apenas 25% dos discentes são classificados com qualidade do sono boa. Já no estudo de Corrêa et al. (2017), divergente a essa pesquisa, mais de 2/3 dos estudantes de medicina do quinto e sexto ano, de Botucatu – SP, possuem qualidade do sono boa. A grande porcentagem de acadêmicos do primeiro e segundo ano com má qualidade do sono pode ser justificada pelo fato de estes estudantes estarem em um período de transição, pois anteriormente frequentavam o ensino médio ou cursos pré-vestibulares, o que altera radicalmente o estilo de vida, caracterizado por excesso de atividades e rotinas irregulares.

Além disso, 60% dos alunos do primeiro e segundo ano afirmaram que as atividades curriculares e extraclasse interferem frequentemente em seu padrão de sono, os mesmos que apresentaram os menores índices de qualidade do sono. Já os estudantes do quinto e sexto ano, os quais apresentaram as melhores qualidades de sono, obtiveram essa taxa substancialmente inferior, atingindo menos de 20% dos alunos. Com isso, é possível pressupor que as atividades acadêmicas podem influenciar na qualidade do sono dos acadêmicos, visto que, boa parte dos estudantes (60%) dos dois primeiros anos de faculdade relatam haver frequente interferência do meio acadêmico em seu sono. É notório que atividades extraclasse em excesso podem implicar em alterações nocivas ao estilo de vida desses futuros profissionais.

Constatou-se que a maioria dos acadêmicos, no decorrer do semestre, vivenciam períodos em que dormem menos. Mais de 40% afirmaram que semanalmente deixam de dormir para estudar. Dentre os fatores desencadeantes, o fator prova foi constatado como o principal motivo, o qual apontou que mais de 80% dos estudantes costumam dormir menos em dias antecessores a provas. Os alunos do terceiro e quarto anos foram os principais acometidos, os quais nesses dias dormem em média 4,3 horas, diante de 5 horas do primeiro e segundo anos e de 5,1 horas do quinto e sexto anos.

A privação do sono pode afetar o desempenho acadêmico de diversas maneiras. Pode apresentar sonolência diurna, que pode reduzir os níveis de atenção e por consequência afetar no desempenho, prejudicando a memória e a tomada de decisão (Elagra et al., 2016).

Apriavação do sono é uma realidade entre a maioria dos estudantes, gera consequências na qualidade de vida e desempenho acadêmico. Com isso, percebeu-se a necessidade da adoção de medidas comportamentais e acadêmicas que coloquem o descanso como uma estratégia de saúde entre os alunos, como a higiene do sono e alterações nos horários da grade estudantil (Santos; Teixeira, .2024).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo revela que a maioria dos acadêmicos de medicina apresenta má qualidade do sono, com prevalência significativa de sonolência diurna excessiva, especialmente nos estudantes do primeiro e segundo anos, que necessitam deixar de dormir para estudar com maior frequência. As provas são apontadas como o principal fator desencadeante da irregularidade do sono, afetando principalmente os acadêmicos do terceiro e quarto anos, que costumam dormir menos nesse período. Apesar da consciência da importância da higiene do sono para o desempenho acadêmico, a maioria dos estudantes não adota práticas adequadas.

Diante dessa realidade, torna-se necessária a implementação de mecanismos de suporte e medidas para auxiliar os estudantes na melhora da qualidade do sono ao longo da graduação, como suportes psicológicos e pedagógicos, planejamento das aulas e atividades extracurriculares, e o incentivo à regularidade do sono e à gestão do tempo.

REFERENCIA

ARAÚJO, M. F. S., LOPES, X. DE F. DE M., AZEVEDO, C. V. M. DE ., DANTAS, D. DE S; SOUZA, J. C. de .. (2021). Sleep quality and daytime sleepiness in university students: prevalence and association with social determinants. *Revista Brasileira De Educação Médica*, 45(2), e093. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.2-20200182.ING>

ARAUJO, Márcio Flávio Moura de; VASCONCELOS, Hérica Cristina Alves de; MARINHO, Niciane Bandeira Pessoa; FREITAS, Roberto Wagner Júnior Freire de; DAMASCENO, Marta Maria Coelho. Níveis plasmáticos de cortisol em universitários com má qualidade de sono. *Cad. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 105-110, mar. 2016.

AZAD, Muhammad Chanchal; FRASER, Kristin; RUMANA, Nahid; ABDULLAH, Ahmad Faris; SHAHANA, Nahid; HANLY, Patrick J.; TURIN, Tanvir Chowdhury. Sleep Disturbances among Medical Students: A Global Perspective. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, v. 11, n. 1, p. 69–74, abr. 2015.

CORRÊA, Camila de Castro; OLIVEIRA, Felipe Kazan de; PIZZAMIGLIO, Diego Scherlon; ORTOLAN, Erika Veruska Paiva; WEBER, Silke Anna Theresa. Sleep quality in medical students: a comparison across the various phases of the medical course. *J. Bras. Pneumol.*, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 285-289, ago. 2017.

ELAGRA, Marwa I.; RAYYAN, Mohammad R.; ALNEMER, Omaima A.; ALSHEHRI, Maram S.; ALSAFFAR, Noor S.; AL-HABIB, Rabab S.; ALMOSAJEN, Zainab A. Sleep quality among dental students and its association with academic performance. *Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry*, Riyadh, v. 6, p. 296-301, jul/ago. 2016.

JANSEN, José Manoel; LOPES, Agnaldo José; JANSEN, Ursula; NORONHA, Arnaldo; MAGALHÃES, Gerson. **Medicina da Noite:** da cronobiologia à prática clínica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. 340 p.

SANTOS, M. DE C., & TEIXEIRA, B. M. A. . (2024). Impacto da privação de sono em estudantes de medicina: uma revisão integrativa. *Bionorte*, 13(Suppl.2), 16–23. <https://doi.org/10.47822/bn.v13iSuppl.2.65>

SILVA, Samuel Campos; ROMÃO, Mariluce Ferreira. Avaliação da qualidade do sono dos acadêmicos de medicina do método de aprendizagem baseada em problemas. *Rev. Bra. de Neurologia e Psiquiatria*, v. 21, p. 185-196, set/dez. 2017.

SONO E RESIDÊNCIA MÉDICA: UMA ANÁLISE DO PADRÃO DE SONO E SEUS FATORES ASSOCIADOS

Gabriel Roberto Radaelli

Medico Cirurgião Vascular

Mauricio Migliorini Stelo

Médico na Prefeitura Municipal De
Chapecó

Lucimare Ferraz

Docente da Pós-graduação em
enfermagem-Udesc

Rodrigo Koler

Medico, Otorrinolaringologia e Medicina
do Sono- Chapecó

RESUMO: **Objetivo:** Analisar o padrão do sono e seus fatores coadjuvantes entre os residentes médicos matriculados em um programa de residência médica de algumas regiões do Brasil. **Metodologia:** Trata-se de um estudo quanti- qualitativo descritivo, de caráter observacional e delineamento transversal, no qual a coleta de dados foi realizada através de um questionário contendo perguntas objetivas, discursivas, a Escala de Sonolência de *Epworth* e o Índice da Qualidade de Sono de *Pittsburgh*. Esse questionário foi configurado na plataforma Google Forms®. **Resultados:** Foram respondidos 100 questionários. No

total, nove estados participaram da coleta de dados, sendo a Região Sul com maior número de participantes (n=83). As três áreas médicas que apresentaram maior quantidade de participantes foram Clínica Médica (n=14), Anestesiologia (n=12) e Pediatria (n=10). 89% dos médicos residentes apontaram a residência médica como um ambiente competitivo e que isso interfere no sono. 98% deles fazem uso de eletrônicos antes de dormir. 75% dos participantes deixam de dormir para estudar, o mesmo é visto em épocas de prova (68%). 70% dos residentes utilizam a cafeína como substância determinante para se manter acordado. **Conclusão:** Constatou-se que os médicos residentes possuem má qualidade do sono, e sonolência diurna excessiva. Existe uma interferência da utilização de eletrônicos na qualidade do sono dos residentes. Os médicos residentes acham a residência médica competitiva, a qual tem interferência no sono.

PALAVRAS-CHAVE: Privação do Sono; Médicos Residentes; Narcolepsia.

SLEEP AND MEDICAL RESIDENCE: AN ANALYSIS OF SLEEP PATTERNS AND ITS ASSOCIATED FACTORS

ABSTRACT: **Objective:** To analyze the sleep pattern and its coadjuvant factors among medical residents enrolled in a medical residency program in some regions of Brazil. **Methodology:** This is a descriptive quantitative-qualitative study, with an observational character and a cross-sectional design, in which the data collection was performed through a questionnaire containing objective, discursive questions, the Epworth Sleepiness Scale (ESS) and the Index of Pittsburgh Sleep Quality (IPSQ). This questionnaire was set up on the Google Forms® platform. **Results:** 100 questionnaires were answered. In total, 9 states participated in the data collection, being the South Region with the largest number of participants ($n = 83$). The three medical areas with the highest number of participants were Medical Clinic ($n = 14$), Anesthesiology ($n = 12$) and Pediatrics ($n = 10$). 89% of resident physicians pointed out the medical residency as a competitive environment and that this interferes with sleep. 98% of them use electronics before bed. 75% of participants stop sleeping to study, the same is seen during their evaluation period (68%). 70% of residents use caffeine as a determining substance to stay awake. **Conclusion:** It was found that resident physicians have poor sleep quality, and excessive daytime sleepiness. There is interference from the use of electronics in residents' sleep quality. Resident physicians find the medical residency competitive, which interferes with sleep.

KEYWORDS: Sleep Deprivation; Resident Physicians; Narcolepsy.

INTRODUÇÃO

A residência médica, modalidade de especialização que ocorre em instituições de saúde universitárias ou não, com o auxílio de profissionais médicos qualificados em suas respectivas áreas (Brasil, 1977), submete o residente a um regime de trabalho de 60 horas semanais, incluindo um máximo de 24 horas de plantão, com direito a um dia de folga semanal e 30 dias de férias anuais. Esse período singular na formação profissional médica, caracterizado por um desequilíbrio entre a capacitação técnica e as exigências assistenciais, insere o médico na chamada sociedade funcional de 24 horas, expondo-o a estressores relacionados ao ensino e ao exercício profissional (Silveira; Borges, 2021).

Nesse contexto, o sono, componente individual e influenciado por comportamentos específicos (Purim et al., 2016), torna-se um fator crucial a ser investigado. A residência médica, conforme evidenciado por Lage e Pedroso (2024), tem demonstrado índices significativos de problemas relacionados à saúde mental, o que reforça a importância de abordar os desafios emocionais enfrentados por essa população, conforme destacado por Noronha, Gondim e Tardivo (2024).

Diante desse cenário, o presente estudo tem como objetivo analisar o padrão do sono e seus fatores coadjuvantes entre os médicos residentes matriculados em um programa de residência médica em algumas regiões do Brasil. Acreditamos que a compreensão desses fatores poderá contribuir para o desenvolvimento de estratégias de intervenção que visem à promoção da saúde e do bem-estar desses profissionais.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo DE delineamento transversal com Cem (100) médicos residentes. De nove estados, sendo a Região Sul com maior número de participantes (n=83). Todos responderam questionário constituído pelo Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI) e a Escala de Sonolência de Epworth (ESE).

Os dados coletados foram analisados utilizando o programa *IBM SPSS Statistics 22* ®. Os dados foram considerados estatisticamente significantes quando o nível de significância for de 5% ($p<0,05$) com intervalo de confiança de 95%. As comparações entre os grupos foram realizadas com testes específicos, de acordo com o tipo de variável e a relação entre elas.

A pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos. O Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) está inscrito na Plataforma Brasil com o número: 2.047.046.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 100 médicos matriculados em programas de residência médica de nove estados brasileiros (RS; SC; PR; SP; RJ; GO; MT; ES; PA). Dentre os entrevistados, 63% (n=63) eram do sexo feminino com predominância da faixa etária, entre 26 e 30 anos, estágio R1 e residentes dos estados do sul do Brasil. Foram registradas 20 diferentes especialidades médicas, com predomínio de atuação em clínica médica (n=14), anestesiologia (n=12), pediatria (n=10) e ginecologia e obstetrícia (n=8).

Em relação ao PSQI, observou-se que os médicos residentes apresentaram uma qualidade ruim ou a presença de algum distúrbio do sono. Ademais, justamente por essa alta porcentagem, foi constatado que a média de pontuação desses profissionais estava situado na faixa de 8,57 pontos, com um desvio padrão de $\pm 3,72$ pontos.

Outro ponto relevante foi em relação a Escala de Sonolência de Epworth. Nela, observou-se que a média foi de 11,89 pontos ($DP\pm 4,82$). Ainda, 59% dos médicos residentes apresentam SDE ou SDE grave. Vale ressaltar que $\frac{1}{4}$ do N=100 apresentou SDE grave.

Variável	N	%
Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI)		
Qualidade boa do sono (< 4)	16	16
Qualidade ruim do sono (5-10)	52	52
Presença de distúrbio do sono (> 10)	32	32
Escala de Sonolência de Epworth (ESE)		
Sono normal	41	41
Sonolência diurna excessiva	34	34
Sonolência diurna excessiva grave	25	25
TOTAL	100	100

Tabela 1. Resultados do Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI) e da Escala de Sonolência de Epworth (ESE) entre os médicos residentes (N=100)

A Tabela 2 apresenta as variáveis de exposição associadas aos resultados de qualidade de sono de *Pittsburgh* ($p<0,05$). Médicos residentes com distúrbio do sono apresentaram tendência a achar que as atividades laborais interferem na qualidade do seu sono. Ainda, médicos residentes que consideram a residência um ambiente competitivo a ponto de interferir no seu sono apresentaram sono de pior qualidade. Médicos residentes com boa qualidade do sono estão mais propensos a achar que o celular não causava ansiedade a ponto de interferir no seu sono, ao passo que os que apresentaram distúrbio do sono inclinaram a achar que o celular causava ansiedade “Sempre”. A maioria dos médicos residentes com qualidade ruim do sono ou distúrbio do sono afirmaram deixar de dormir para estudar.

Variável	Índice de Qualidade de Sono de <i>Pittsburgh</i>			χ^2	P
	Qualidade boa do sono	Qualidade ruim do sono	Distúrbio do sono		
Interferência das atividades laborais no Sono				10,759	0,001**
Nunca	1 (1)	0 (0)	0 (0)		
Raramente	2 (2)	5 (5)	0 (0)		
Às vezes	4 (4)	8 (8)	3 (3)		
Frequentemente	4 (4)	25 (25)	10 (10)		
Sempre	5 (5)	14 (14)	19 (19)		
A residência como um ambiente competitivo e a percepção quanto a interferência no sono				9,400	0,002**
Nunca	2 (2)	7 (7)	0 (0)		
Raramente	3 (3)	14 (14)	5 (5)		
Às vezes	8 (8)	18 (18)	9 (9)		
Frequentemente	2 (2)	11 (11)	10 (10)		
Sempre	1 (1)	2 (2)	8 (8)		
A interferência do uso de celular no sono				4,125	0,042**
Nunca	6 (6)	12 (12)	7 (7)		
Raramente	8 (8)	19 (19)	11 (11)		
Às vezes	2 (2)	16 (16)	10 (10)		
Frequentemente	0 (0)	5 (5)	2 (2)		
Sempre	0 (0)	0 (0)	2 (2)		
Deixa de dormir para estudar				8,974	0,011*
Sim	10 (10)	35 (35)	30 (30)		
Não	6 (6)	17 (17)	2 (2)		
TOTAL	16 (16)	62 (62)	32 (32)		

Tabela 2. Associação entre Índice de Qualidade de Sono de *Pittsburgh* e os fatores coadjuvantes dos médicos residentes (N=100)

* Qui-quadrado; ** Qui-quadrado de tendência linear

A Tabela 3 apresenta as variáveis de exposição associadas aos resultados de sonolência diurna de *Epworth* ($p<0,05$). Médicos residentes do sexo masculino foram menos associados com sonolência diurna excessiva e sonolência diurna excessiva grave do que o sexo feminino. Já médicos residentes com sonolência diurna excessiva e excessiva grave apresentaram tendência crescente de achar que as atividades laborais interferem no sono. Também, eles acreditam que a residência é um ambiente competitivo. Ademais, afirmam que isso gera mudanças no padrão de sono durante o período de trabalho/estudos. Médicos residentes sem sonolência diurna excessiva afirmam reduzir menos horas do que os que apresentam sonolência diurna excessiva e excessiva grave. Ainda, médicos residentes sem sonolência diurna afirmaram não dormir menos na noite que antecede uma prova do que os com sonolência diurna excessiva e excessiva grave.

Variável	Escala de Sonolência de <i>Epworth</i>			χ^2	P
	Sono normal	Sonolência Diurna Excessiva	Sonolência Diurna Excessiva Grave		
Interferência das atividades laborais no sono				15,626	0,001**
Nunca	1 (1)	0 (0)	0 (0)		
Raramente	5 (5)	2 (2)	0 (0)		
Às vezes	7 (7)	8 (8)	0 (0)		
Frequentemente	21 (21)	9 (9)	9 (9)		
Sempre	7 (7)	15 (15)	16 (16)		
A residência como um ambiente competitivo				0,8	0,042*
Sim	37 (37)	27 (27)	25 (25)		
Não	4 (4)	7 (7)	0 (0)		
Mudanças no padrão de sono em período de trabalhos/estudos				4,588	0,032**
Sim	37 (37)	34 (34)	25 (25)		
Não	4 (4)	0 (0)	0 (0)		
Tempo médio de redução do sono promovido pelas atividades rotineiras da residência				8,488	0,004**
1 a 2 horas	15 (15)	13 (13)	4 (4)		
2 a 4 horas	20 (20)	13 (13)	10 (10)		
4 a 6 horas	6 (6)	6 (6)	6 (6)		
6 a 8 horas	0 (0)	0 (0)	4 (4)		
> 8 horas	0 (0)	2 (2)	1 (1)		
Dorme menos em dias que antecedem provas				5,655	0,017**
Sim	23 (23)	24 (24)	21 (21)		
Não	18 (18)	10 (10)	4 (4)		
TOTAL	41 (41)	34 (34)	25 (25)		

Tabela 3. Associação entre a Escala de Sonolência de *Epworth* e os fatores coadjuvantes dos médicos residentes (N=100)

* Qui-quadrado; ** Qui-quadrado de tendência linear

Quanto à percepção dos médicos residentes sobre as atividades laborais no sono, 99% destacaram que as atividades da Residência Médica interferem de alguma forma no sono. Outro ponto importante é que 77% dos entrevistados deixam de dormir, com frequências diferentes, para estudar. Destes, 10,38% (n=8) fazem isso de maneira diária. Nas mudanças das atividades rotineiras promovidas pela residência médica, 100% dos entrevistados têm uma redução de sono de, no mínimo, uma hora por noite. Por fim, 97% dos MR, acreditam que um sono de melhor qualidade contribuiria para um desempenho médico melhor.

DISCUSSÃO

Os distúrbios do ciclo circadiano, comuns em profissionais de saúde expostos a regimes de plantão, são características importantes de diversas disfunções psiquiátricas, incluindo a depressão, com um papel relevante em sua fisiopatologia (Pandi-Perumal et al., 2020). No entanto, os efeitos da privação do sono sobre a depressão apresentam dados conflitantes, com estudos mostrando desde ligeira piora da depressão em privações de sono de menos de sete dias até efeitos antidepressivos entre o sétimo e o 14º dia, e piora da depressão após o 14º dia (Hu et al., 2021).

A associação entre menor média de horas de sono e sintomas de depressão, predita pela DASS-21, parece convergir para o dado de que a privação de sono crônica acarreta piora da depressão (Noronha, Gondim, Tardivo, 2024). O excesso de pressão, a sobrecarga de trabalho, a falta de infraestrutura e, consequentemente, todos os fatores psicológicos citados interferem negativamente na qualidade de vida dos médicos residentes, bem como na qualidade do atendimento aos pacientes e nas relações com seus familiares e colegas (Lourenço, Moscardini, Soler, 2021).

A residência médica, período desafiador que pode impactar negativamente a saúde mental dos médicos residentes, exige que os programas de residência brasileiros se contraponham a esses fatores com estratégias protetivas para a saúde mental dos residentes (Generoso et al., 2024). É necessário estimular supervisores de programa e coordenadores de Comissões de Residência Médica a buscarem estratégias similares de promoção de bem-estar e prevenção do adoecimento mental dos especialistas em formação.

A medicina, graduação com peculiaridades em seu funcionamento, precisa ser vista sob a ótica dessa multiplicidade, entendendo os prejuízos causados pelas pressões pessoais e sociais sobre o ser e saber médico (Brito Júnior, Coelho, Serpa Junior, 2022). O ambiente de residência tradicional, que não proporciona liberdade e individualidade para a manifestação das emoções relacionadas ao conhecimento, gera consequências negativas que acarretam a minimização das capacidades dos estudantes (Kaluf et al., 2019).

Os programas de residência, que alteram a forma de viver e trabalhar do médico, exigem o desenvolvimento de medidas de prevenção e intervenção direcionadas à prática cotidiana no ambiente dos programas de residência médica, buscando promover a qualidade de vida e bem-estar dos sujeitos envolvidos (Barreto, Pessoa, Fernandes, 2023).

Diante do exposto, fica evidente a complexa interação entre o sono, a saúde mental e a residência médica. Os desafios inerentes a essa etapa da formação profissional, somados às pressões e exigências do ambiente de trabalho, podem impactar negativamente a qualidade de vida e o bem-estar dos médicos residentes. A implementação de medidas preventivas e de intervenção, que incluem a criação de ambientes de trabalho mais saudáveis, a promoção de hábitos de sono adequados, o acesso a suporte psicológico e a valorização da saúde mental, são cruciais para garantir a formação de profissionais competentes e engajados, que possam oferecer um atendimento de qualidade à população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudos apontam que médicos residentes frequentemente sofrem de má qualidade do sono e sonolência diurna excessiva, conforme confirmado pelos questionários validados aplicados neste estudo, que demonstraram uma média de 8,57 pontos no PSQI e um escore de 11,89 no ESE. A utilização de substâncias para se manter acordado é comum entre residentes, com 90% admitindo o uso, principalmente à base de cafeína. A competitividade na residência também se mostrou um fator influente, com 52% dos residentes que percebem essa concorrência classificadas com sonolência diurna excessiva grave.

Este estudo, apesar de apresentar limitações como a avaliação superficial dos sintomas psicológicos e comportamentais e a falta de relação entre medidas antropométricas e qualidade do sono, contribui como fonte de informação para futuros médicos residentes e para a população em geral. Além disso, os resultados ressaltam a importância da higiene do sono na prática médica e a necessidade de medidas que abordem as dificuldades enfrentadas durante a residência.

REFERENCIAS

BARRETO, A.; PESSOA, B.; FERNANDES, D. A saúde mental do residente de medicina: desafios e possibilidades. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba*, v. 1, n. 2, p. 65–76, 2023. DOI: <https://doi.org/10.29327/2274276.1.2-8>

BRASIL. Decreto n.80281, de 05 de setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/D80281.htm. Acesso em: 01 de maio. 2024.

BRITO JÚNIOR, M. S. de; COELHO, K. S. C.; SERPA JUNIOR, O. D. de. A formação médica e a precarização psíquica dos estudantes: uma revisão sistemática sobre o sofrimento mental no percurso dos futuros médicos. *Physis: Revista De Saúde Coletiva*, v. 32, n. 4, e320409, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320409>

GENEROZO, M. B.; MAZAFERRO, P.; MORAES E ABREU, C. G. de; SHIOZAWA, P.; UCHIDA, R. R.; SANCHES, M. Implementação de um programa de bem-estar do residente para residentes de Psiquiatria. *Health Residencies Journal*, v. 5, n. 24, 2024. DOI: <https://doi.org/10.51723/hrj.v5i24.995>

HU, B.; LIU, C.; MOU, T.; LUO, F.; LV, T.; QIAN, C.; et al. Meta-analysis of sleep deprivation effects on patients with depression. *Front Psychiatry*, 2021. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.783091>

KALUF, I. de O. et al. Sentimentos do Estudante de Medicina quando em Contato com a Prática. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 43, n. 1, p. 13-22, 2019.

LAGE, G. C.; PEDROSO, V. S. P. Coping strategies among resident physicians in Brazil: an assessment on the role of psychological distress. *Jornal Brasileiro De Psiquiatria*, v. 73, n. 4, e20240024, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/0047-2085-2024-0024>

LOURENÇÂO, L.; MOSCARDINI, A.; SOLER, Z. Saúde e qualidade de vida de médicos residentes. *Rev Assoc. Med. Bras.*, v. 56, n. 1, p. 81-91, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302010000100021>

NORONHA, J. A. M.; GONDIM, C. S. de S. E.; TARDIVO, L. S. de L. P. C. Depressão, estresse e ansiedade em médicos residentes durante o período de pandemia da Covid-19. *Rev. bras. educ. med.*, v. 48, n. 3, e089, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v48.3-2024-0008>

PANDI-PERUMAL, S.; MONTI, J.; BURMAN, D.; KARTHIKEYAN, R.; BAHHAMMAM, A.; SPENCE, D.; et al. Clarifying the role of sleep in depression: a narrative review. *Psychiatry Res.*, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113239>

PURIM, Kátia Sheylla Malta; GUIMARÃES, Ana Tereza Bittencourt; TITSKI, Ana Cláudia Kapp; LEITE, Neiva. Privação do sono e sonolência excessiva em médicos residentes e estudantes de medicina. *Rev Col Bras Cir*, Toledo, v. 6, n. 43, p. 438-444. 2016.

SILVEIRA, F. F.; BORGES, L. de O. Prevalência da Síndrome de Burnout entre Médicos Residentes. *Psicol. cienc. prof.*, v. 41, e221076, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003221076>

LUCIMARE FERRAZ - Profissional da saúde, com Pós-Doutorado na Universidade do Porto - Portugal (2018). Doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São Paulo (2010). Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Luterana do Brasil (2002). Graduada em Enfermagem pela Universidade do Contestado (1997). Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase nos seguintes temas: promoção da saúde; assistência à saúde de populações vulneráveis e tecnologias de cuidado e educativas. Membro do Grupo de estudos sobre tecnologias e práticas do cuidado em saúde e enfermagem (GETECS). Docente do curso de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC.

TECNOLOGIAS E CUIDADO EM SAÚDE OLHARES INTERDISCIPLINARES



- 🌐 www.atenaeditora.com.br
- ✉ contato@atenaeditora.com.br
- ⌚ [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
- FACEBOOK www.facebook.com/atenaeditora.com.br

TECNOLOGIAS E CUIDADO EM SAÚDE OLHARES INTERDISCIPLINARES



- 🌐 www.atenaeditora.com.br
- ✉ contato@atenaeditora.com.br
- ⌚ [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
- ⌚ www.facebook.com/atenaeditora.com.br