

CCCS
COMUNICAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
Reports in Health Science

ISSN 1980-0584
Volume 33 | Número 4 | Outubro/Novembro/Dezembro 2022

Secretária de Estado de Saúde do Distrito Federal

Lucilene Maria Florêncio de Queiroz

Diretora Executiva da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

Inocência Rocha da Cunha Fernandes

Diretora Geral da Escola Superior de Ciências da Saúde

Marta David Rocha de Moura

Comunicação em Ciências da Saúde (ISSN 1980-0584)

A Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, por meio da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde é responsável pela publicação do periódico científico.

Linha editorial

O objetivo do periódico é divulgar trabalhos relacionados a todas as áreas de saúde e ciências afins, que contribuam para a compreensão e resolução dos problemas de saúde. O periódico está aberto a contribuições nacionais e internacionais, na forma de artigos originais, ensaios, artigos de revisão sistemática, integrativa ou de escopo (*scoping review*), relatos de experiência, narrativas, artigos de opinião, resenhas de livros de interesse acadêmico, político e social, cartas ao editor, editoriais, além de protocolos clínicos e políticas e programas de saúde.

Indexação

Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme). Periodicidade: 4 (quatro) fascículos por ano, em março, junho, setembro e dezembro.

Designer e Arte

Patrícia Amador Medeiros

Versão eletrônica – Distribuição

Os textos completos dos artigos estão disponíveis gratuitamente em www.escs.edu.br/revistaccs, a partir do volume 15 de 2004.

Contato

Comunicação em Ciências da Saúde
Coordenação de Pesquisa e Comunicação Científica – CPECC

Escola Superior de Ciências da Saúde – ESCS
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde – Fepecs
SMHN Quadra 501 Bloco A, Brasília, Distrito Federal
70710-100
E-mail: revistaccs@escs.edu.br
Site: <https://revistaccs.escs.edu.br>

Copyright

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Escola Superior de Ciências da Saúde – Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde. É permitida a reprodução parcial ou total desde que citada a fonte. Os artigos publicados são de responsabilidade dos autores, não representando, obrigatoriamente, o pensamento institucional.

Financiamento

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

Coordenador da Coordenação de Pesquisa e Comunicação Científica

Sérgio Eduardo Soares Fernandes

Diretora Geral da Escola Superior de Ciências da Saúde

Marta David Rocha de Moura

Local, mês e ano da publicação

Brasília, dezembro de 2022

Comunicação em Ciências da Saúde = Reports in Health Science. – v.1, n.1 (jan./mar.1990) –. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, 1990

Periodicidade Trimestral

Continuação de: Revista de Saúde do Distrito Federal, a partir do volume 17, número 1 de 2006.

ISSN 1980-0584

ISSN 1980-5101 (versão eletrônica)

Conselho de Política Editorial

Editoras científicas

Leila Bernarda Donato Gottems
Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
Wânia Maria do Espírito Santo Carvalho

Editor Executivo

Luciano de Paula Camilo

Secretária Executiva

Luísa Moura Peters

Corpo Editorial Científico

Adriana Cavalcanti de Aguiar, PhD Universidade Estadual do Rio de Janeiro – UERJ, Brasil	Fernando Lolas Stepke, MD Universidad de Chile, Chile
Ana Maria Costa, PhD Centro Brasileiro de Estudos em Saúde – CEBES, Brasil	Flavia Tavares Silva Elias, PhD Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Brasília, Brasil
Andrei Carvalho Sposito, PhD Universidade de Campinas – Unicamp, Brasil	Francisco Neves, PhD Universidade de Brasília – UnB, Brasil
Carlos Otávio Ocké Reis, PhD Instituto Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, Brasil	Maria Lucia Frizon, PhD Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Brasil
Carme Borrel, PhD Universitat Pompeu Fabra, Espanha	Mario Rovere, PhD Universidade Nacional de Rosario, Argentina
Carlos Eduardo Gomes Siqueira, PhD College of Public and Community Service. Massachusetts University, United States of America	Roberto Cañete-Vilafranca, PhD Instituto de Salud de Matanzas, Cuba
Elisangela da Costa Lima Dellamora, PhD Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Brasil	Stewart Mennin School of Medicine, University of New Mexico, United States of America
Fábio Ferreira Amorim, PhD Escola Superior de Ciências da Saúde – ESCS, Brasil	

Revisores ad hoc

Adriana Haack de Arruda Dutra, PhD Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil	Claudia Vicari Bolognani, PhD Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil
Alessandra da Rocha Arrais, PhD Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil	Dayani Galato, PhD Universidade de Brasília, Brasil
Alfredo Nicodemos da Cruz Santana, PhD Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil	Dayde Lane Mendonça da Silva, PhD Universidade de Brasília, Brasil
Aline Mizusaki Imoto, PhD Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil	Dirce Bellezi Guilhem, PhD Universidade de Brasília, Brasil
Ana Patrícia de Paula, PhD Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil	Eliana Mendonça Vilar Trindade, PhD Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil
Ana Lúcia Ribeiro Salomon, PhD Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil	Elisabeth Sousa Cagliari Hernandez, PhD Ministério da Saúde, Brasil
André Schmidt, PhD Universidade de São Paulo, Brasil	Emilia Vitória da Silva, PhD Universidade de Brasília, Brasil
Carmélia Matos Santiago Reis, PhD Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil	Fabiani Lage Rodrigues Beal, PhD Universidade Católica de Brasília, Brasil
Celso Figueiredo Bittencourt, PhD Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil	Fábio Siqueira, PhD Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Brasil

Fábio Maluf, PhD
Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Brasil

Flora Aparecida Milton, PhD
Universidade Federal Fluminense, Brasil

Francisco Diogo Rios Mendes, PhD
Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil

Gislane Ferreira de Melo, PhD
Universidade Católica de Brasília, Brasil

José Carlos Quinaglia e Silva, PhD
Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil

Lara Mabelle Milfont Boeckmann, PhD
Universidade de Brasília, Brasil

Laura Maria Tomazi Neves, PhD
Universidade Federal do Pará, Brasil

Levy Aniceto Santana, PhD
Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil

Luciana Melo de Moura, PhD
Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil

Manuela Costa Melo, PhD
Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil

Marge Tenório, PhD
Ministério da Saúde, Brasil

Maria das Graças Leopardi Gonçalves, PhD
Universidade Federal de Alagoas, Brasil

Maria Liz Cunha, PhD
Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil

Maria Rita Carvalho Garbi Novaes, PhD
Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil

Marilucia Almeida-Picanco, PhD
Universidade de Brasília, Brasil

Mirna Poliana Oliveira, PhD
Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal, Brasil

Moema da Silva Borges, PhD
Universidade de Brasília, Brasil

Natalia Correa Vieira de Melo, PhD
Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal, Brasil

Osório Luis Rangel de Almeida, PhD
Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil

Renata Costa Fortes, PhD
Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil

Roberto Bittencourt, PhD
Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil

Sonir Roberto Rauber Antonini, PhD
Universidade de São Paulo, Brasil

Tatiana Karla dos Santos Borges, PhD
Universidade de Brasília, Brasil

Vinicius Zacarias Maldaner da Silva, PhD
Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil

Vitor Laerte Pinto Junior, PhD
Fundação Oswaldo Cruz, Brasil

SAÚDE COLETIVA

- 9 **Planejamento Estratégico Situacional na Atenção Primária: aplicação da metodologia em uma Unidade Básica de Saúde**
Sarah Gomes Barroso, Josué Miguel de Oliveira, João Victor Madeira Silva, François Isnaldo Dias Caldeira, Kellen Cristina da Silva Gasque
- 17 **O conto infantil como abordagem terapêutica no contexto da pandemia de covid-19**
Ananyr Porto Fajardo, Anelize Castro Ignácio, Mauro Castro Ignácio, Walter Reyes Boehl

CLÍNICA ASSISTENCIAL

- 27 **Teleatendimento no luto por covid-19: manejo técnico e protocolo institucional**
Aimê Parente de Sousa, Denise Lima Moreira
- 35 **Cuidados Paliativos na Atenção Básica: ações desenvolvidas pelos profissionais das equipes de saúde da família**
Teresa Christine Pereira Morais, Francine Salapata Fraiberg, Raniel Medeiros de Lima
- 47 **Segurança do paciente idoso hospitalizado: revisão integrativa**
Cinthya Ramires Ferraz, Henrique Salmazo da Silva, Beatriz Aparecida Ozello Gutierrez, Maria Liz Cunha de Oliveira

EDUCAÇÃO

- 61 **Tecnologia assistencial no processo de elaboração de protocolo para aplicação do brinquedo terapêutico na pediatria**
Adriana de Moraes Silva, Crislaine Siqueira de Sousa, Manuela Costa Melo

SEÇÃO TEMÁTICA – ARTIGOS ORIUNDOS DE PROGRAMAS DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

- 73 **Clima educacional durante o Ensino Remoto Emergencial na pandemia de covid-19: percepções dos estudantes**
Angelo de Medeiros Stevanato, Vitória de Lima Fernandes, Derek Chaves Lopes, Paulo Roberto Silva
- 85 **Análise epidemiológica e fatores associados à sífilis gestacional na Região de Saúde Sudoeste do Distrito Federal**
Aurenívia Santana Carvalho, Brenda Miliane Silva de Jesus, Kelly Aparecida Palma Alves
- 93 **Redes sociais virtuais e vigilância em saúde: o Instagram da Anvisa na pandemia de covid-19**
Bárbara Nogueira Martins, Mariella Silva de Oliveira-Costa

- 107** **Impacto da fluorose dentária na qualidade de vida de adolescentes no ambiente escolar**
Willian Brito Sampaio, Ewellyn Carvalho dos Santos, Adriana Mendonça da Silva, Paulo Carvalho Tobias Duarte, Magali Teresópolis Reis Amaral, Ana Rita Duarte Guimarães
- 113** **Análise do seguimento para sífilis congênita em uma região de saúde do Distrito Federal**
Jessé da Silva Bueno, Fernanda Felipe de Moura Oliveira, Kelly Aparecida Palma Alves
- 121** **Administração segura de antineoplásicos: limites e possibilidades das práticas dos profissionais de enfermagem**
Teresa Christine Pereira Morais, Eva Maia, Luana Fernandes dos Reis
- 137** **Distribuição e movimentações geográficas dos egressos de uma escola pública de medicina do Distrito Federal**
Sérgio Eduardo Soares Fernandes, João Gabriel de Melo Silva, Fylype Dias Coelho, Gustavo Dantas Pessoa, Fernanda Alves Ramires
- 147** **Conflitos bioéticos vivenciados por enfermeiras neonatologistas e obstetras no contexto da prática cotidiana: revisão integrativa**
Jéssica de Souza Paes Landim, Alessandra Lima Fontenele, Dirce Bellezi Guilhem
- 163** **Construção de um Projeto Terapêutico Singular para um idoso assistido em uma Clínica da Família no Distrito Federal**
Isabela Lemos Ferrer, Melorie Kern Capovilla Sarubo Baptistella, Adriana Mendonça Silva Alexandrino, Abel de Castro Vieira
- 171** **Análise das notificações de violência contra idosos no Distrito Federal e Entorno de 2009 a 2018**
Maria Cecília Ribeiro, Teresa Christine Pereira Morais, Fernanda Biscardi dos Santos, Jennyfer Caroline Santos de Oliveira
- 183** **Perfil de crianças com necessidades especiais de saúde (CRIANES) na Atenção Domiciliar**
Luciangela Vasconcelos da Silva, Beatriz Correia Reis, Flavia da Costa Rodrigues Lima, Valdenisia Apolinario Alencar

COLLECTIVE HEALTH

- 9 **Situational Strategic Planning in Primary Health Care: application of the methodology in a Primary Health Care Center**
Sarah Gomes Barroso, Josué Miguel de Oliveira, João Victor Madeira Silva, François Isnaldo Dias Caldeira, Kellen Cristina da Silva Gasque
- 17 **The children's tale as a therapeutic approach in the context of the covid-19 pandemic**
Ananyr Porto Fajardo, Anelize Castro Ignácio, Mauro Castro Ignácio, Walter Reyes Boehl

CLINICAL AND HEALTH CARE

- 27 **Telehealth for covid-19 grief: technical management and institutional protocol**
Aimê Parente de Sousa, Denise Lima Moreira
- 35 **Palliative Care in Primary Care: actions developed by professionals from family health teams**
Teresa Christine Pereira Morais, Francine Salapata Fraiberg, Raniel Medeiros de Lima
- 47 **The security of hospitalized elderly patient: integrative review**
Cinthya Ramires Ferraz, Henrique Salmazo da Silva, Beatriz Aparecida Ozello Gutierrez, Maria Liz Cunha de Oliveira

EDUCATION

- 61 **Assistive technology in the protocol elaboration process for the application of therapeutic toy in pediatrics**
adriana de Moraes Silva, Crislaine Siqueira de Sousa, Manuela Costa Melo

THEMATIC SECTION – ARTICLES FROM UNDERGRADUATE RESEARCH PROGRAMS

- 73 **Educational climate during the Emergency Remote Teaching in the covid-19 pandemic: students' perception**
Angelo de Medeiros Stevanato, Vitória de Lima Fernandes, Derek Chaves Lopes, Paulo Roberto Silva
- 85 **Epidemiological analysis and factors associated with gestational syphilis in the Southwest Health Region of the Federal District**
Aurenívia Santana Carvalho, Brenda Miliane Silva de Jesus, Kelly Aparecida Palma Alves
- 93 **Virtual social networks and health surveillance: Anvisa's Instagram in the covid-19 pandemic**
Bárbara Nogueira Martins, Mariella Silva de Oliveira-Costa

- 107** **Impact of dental fluorosis on quality of life of adolescents in the school environment**
Willian Brito Sampaio, Ewellyn Carvalho dos Santos, Adriana Mendonça da Silva, Paulo Carvalho Tobias Duarte, Magali Teresópolis Reis Amaral, Ana Rita Duarte Guimarães
- 113** **Follow-up analysis for congenital syphilis in a health region of the Federal District**
Jessé da Silva Bueno, Fernanda Felipe de Moura Oliveira, Kelly Aparecida Palma Alves
- 121** **Safe administration of antineoplastic drugs: limits and possibilities of nursing professionals' practices**
Teresa Christine Pereira Morais, Eva Maia, Luana Fernandes dos Reis
- 137** **Distribution and geographical movements of medical graduates from a public institution in the Federal District**
Sérgio Eduardo Soares Fernandes, João Gabriel de Melo Silva, Fylype Dias Coelho, Gustavo Dantas Pessoa, Fernanda Alves Ramires
- 147** **Bioethical conflicts experienced by neonatologists and obstetricians in the context of daily practice: integrative review**
Jéssica de Souza Paes Landim, Alessandra Lima Fontenele, Dirce Bellezi Guilhem
- 163** **Construction of a Unique Therapeutic Project to an elderly assisted at a Family Clinic in the Federal District**
Isabela Lemos Ferrer, Melorie Kern Capovilla Sarubo Baptistella, Adriana Mendonça Silva Alexandrino, Abel de Castro Vieira
- 171** **Analysis of notifications of violence against the elderly in the Federal District and surroundings from 2009 to 2018**
Maria Cecília Ribeiro, Teresa Christine Pereira Morais, Fernanda Biscardi dos Santos, Jennyfer Caroline Santos de Oliveira
- 183** **Profile of children with special health needs (CSHN) in Home Care**
Luciangela Vasconcelos da Silva, Beatriz Correia Reis, Flavia da Costa Rodrigues Lima, Valdenisia Apolinario Alencar

Planejamento Estratégico Situacional na Atenção Primária: aplicação da metodologia em uma Unidade Básica de Saúde

Situational Strategic Planning in Primary Health Care: application of the methodology in a Primary Health Care Center

Sarah Gomes Barroso¹ 

Josué Miguel de Oliveira² 

João Victor Madeira Silva³ 

François Isnaldo Dias Caldeira⁴ 

Kellen Cristina da Silva Gasque⁵ 

¹Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

²Cirurgião-dentista. Mestrando do Departamento de Odontologia, Escola de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, Distrito Federal, Brasil

³Graduando em Enfermagem da Faculdade de Ceilândia – FCE, Universidade de Brasília, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

⁴Cirurgião-dentista. Mestrando do Departamento de Morfologia, Genética, Ortodontia e Odontopediatria, Faculdade de Odontologia de Araraquara, UNESP – Universidade Estadual Paulista (FOAr/UNESP), São Paulo, Brasil.

⁵Pesquisadora e Professora Doutora da Gerência Regional de Brasília, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

Autor correspondente:

Kellen Cristina da Silva Gasque.

E-mail: kellen.gasque@fiocruz.br

Recebido em 05/10/21

Aprovado em 23/03/23

RESUMO

Objetivo: relatar a experiência sobre o desenvolvimento do Planejamento Estratégico Situacional em uma Unidade Básica de Saúde de Ceilândia, Distrito Federal.

Métodos: o relato de experiência consistiu na apropriação do Planejamento Estratégico Situacional (PES) durante a vivência de estudantes de graduação em uma Unidade Básica de Saúde (UBS). A teoria e o referencial metodológico construído para este relato de experiência baseou-se no estudo de Rieg e colaboradores (2014).

Resultados: a aplicação da metodologia permitiu identificar problemas na organização e sistematização das atividades executadas na unidade de saúde. Dentre as problemáticas encontradas, selecionaram-se: a falta de orientação para os usuários, o fluxograma de atendimento desatualizado e o processo de trabalho não padronizado. A implementação de soluções tornou o processo de trabalho mais eficiente.

Conclusão: o PES possibilitou a compreensão da dinâmica social presente no ambiente. As ações particulares de planejamento permitiram a solução dos impasses identificados, com a participação dos atores envolvidos no processo de trabalho.

Palavras-chave: Planejamento em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Gestão em Saúde; Aprendizagem na Prática.

ABSTRACT

Objective: to report the experience on the development of Situational Strategic Planning in a Basic Health Unit of Ceilândia, Federal District.

Methods: the experience report consisted of the appropriation of Situational Strategic Planning (PES) during the experience of undergraduate students in a Basic Health Unit. The theoretical and methodological framework

built for this experience report was based on the study by Rieg and collaborators (2014).

Results: during the application of this methodology, problems were identified in the organization and systematization of the activities performed in the health unit. Among the problems found, were selected: the lack of guidance for users, the outdated flowchart, and the non-standardized work process. An implementation of solutions made the work process more efficient.

Conclusion: the Situational Strategic Planning allowed the understanding of the social dynamics present in the environment. Planning actions influence the solution of identified problems, with the participation of the actors involved in the work process.

Keywords: Health Planning; Primary Health Care; Health Management; Problem-Based Learning.

INTRODUÇÃO

A atividade gerencial é dinâmica, complexa e requer a capacidade de análise crítica e de tomada de decisão¹. O planejamento pode ser tratado como uma ferramenta capaz de auxiliar no processo decisório, a fim de elaboração do plano de trabalho. Ele é compreendido por conhecimentos no âmbito da teoria e da prática, combinados de modo a interagir com a realidade e a programar estratégias com vistas ao alcance de objetivos e metas estabelecidas anteriormente². É no momento do estágio acadêmico que os estudantes podem fazer a integração dos conhecimentos teóricos com o campo de atuação. A participação ativa, decorrente da parceria entre a instituição formadora e o serviço de saúde, permite que o futuro profissional consiga desenvolver habilidades gerenciais e de planejamento. O olhar crítico da realidade atribuído ao acadêmico em formação é essencial para provocar mudanças em sistemas de trabalho. O aprendizado, nesse contexto ativo, é mais eficiente porque oportuniza a autogestão e autonomia do aprendiz nos serviços de atenção à saúde, resultando em experiências significativas e motivadoras³. Dessa maneira, entende-se o estágio curricular supervisionado como a maneira mais eficiente e duradoura de aquisição do conhecimento, habilidade e atitude frente à promoção e ao fortalecimento das competências profissionais⁴.

Perceber problemas no serviço e propor intervenções é um desafio, exigindo o aporte de estraté-

gias e técnicas gerenciais específicas para a estruturação das atividades e equipes. O Planejamento Estratégico Situacional (PES) foi selecionado para ser aplicado no cenário de Atenção Primária a Saúde (APS), por ser uma forma do ator social perceber-se frente a variadas formas de interpretar a própria realidade e mudá-la de acordo com a dinâmica social do ambiente⁵.

Outro motivo para a utilização da metodologia é sua capacidade de adaptação ao que é percebido em seus quatro momentos. Para o PES, a execução do plano nunca será fidedigna conforme a sua concepção, uma vez que as etapas não refletem a dinâmica da realidade social, que na sua essência, é variável⁶. O PES foi adotado, considerando-se a observação realizada pelos estudantes quanto aos problemas enfrentados pela gerência da Unidade Básica de Saúde na organização e gestão do processo de trabalho ali desenvolvido. Tal momento proporcionou a combinação da teoria e prática com vistas ao enfrentamento de problemáticas observadas no ambiente, o que possibilitou a construção ativa do conhecimento⁵.

A aplicação da metodologia do PES na UBS teve por objetivo consolidar o conhecimento dos estudantes e ajudar a gestão do serviço, por meio da construção de soluções dos problemas observados, de maneira a torná-los mais eficientes e capazes de atender as demandas da comunidade de maneira mais resolutiva e integral.

Nesse artigo, o objetivo é relatar uma experiência sobre a aplicação do Planejamento Estratégico Situacional em uma Unidade Básica de Saúde de Ceilândia, Distrito Federal (DF), apresentando os resultados obtidos por meio da implementação desta estratégia.

MÉTODOS

Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado durante a prática de estágio acadêmico multidisciplinar em uma UBS do (DF), localizada na Região Administrativa da Ceilândia, no período de março a junho de 2019. Os estudantes se apropriaram do PES para compreender o processo de trabalho do serviço de saúde e elaborar um plano de atividades a fim de solucionar as problemáticas constatadas. As informações relatadas foram obtidas por meio da vivência dos estudantes e da interação com os atores envolvidos no processo de assistência da UBS, junto com a construção de referencial teórico, realizada por meio de busca na base de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO).

No total, vinte encontros foram organizados durante o período do estágio acadêmico. Os primeiros encontros tiveram por objetivo a realização do diagnóstico situacional, por meio da observação ativa, da inserção dos estudantes na UBS e pelo incentivo ao diálogo com os trabalhadores que prestavam a assistência em saúde. Após a elaboração do diagnóstico, foram levantadas as fragilidades identificadas, priorizando aquelas que os pesquisadores e atores possuíam recursos suficientes para solucionar durante o estágio supervisionado. Posteriormente, foi feita a explicação do problema, de modo a possibilitar a construção do plano de ação (Figura 1).

O plano de ação da experiência, construído de maneira colaborativa com a gerência e com os servidores do serviço de saúde, foi seguido de acordo com os quatro momentos do PES. No momento explicativo o grupo identificou os nós críticos (NC) do sistema à medida que vivenciavam as atividades diárias desenvolvidas na unidade de saúde, tanto as de gestão como as assistenciais. Em seguida, no momento normativo, o desenho da situação foi feito, para que no momento estratégico, as estratégias fossem definidas e, posteriormente, no momento tático-operacional, as intervenções fossem aplicadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A experiência foi viabilizada por meio da prática de estágio curricular supervisionado em uma UBS da região, com 6 equipes da Estratégia Saúde da Família (eSF) presentes, sendo que uma delas foi desfeita no ano anterior pela falta de profissionais disponíveis. A divisão do trabalho era feita por meio do cadastro de moradores, de maneira que cada equipe ficasse responsável por uma quantidade de ruas e quadras. Contudo, naquele

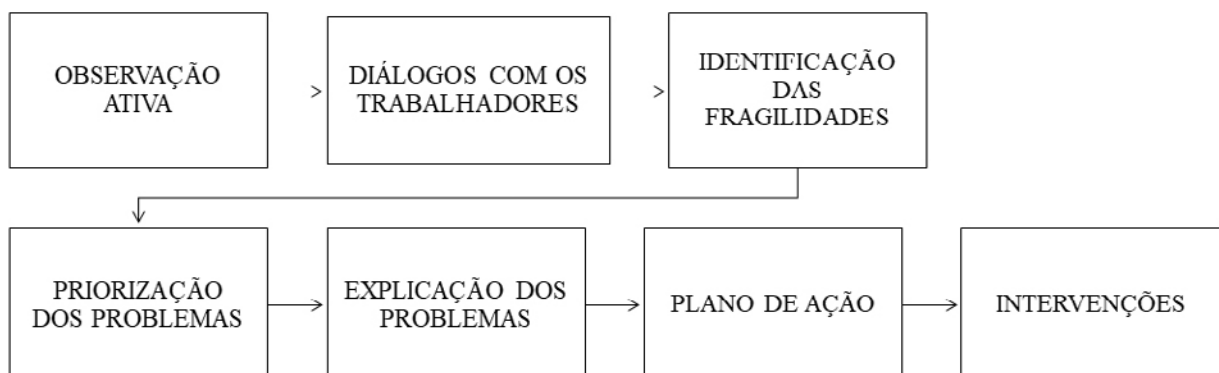
momento, 43 mil habitantes estavam relacionados àquela UBS, bem acima dos 2 a 3500 preconizados pela Portaria Nacional da Atenção Básica (PNAB)^{5,9}. A unidade, naquele momento, também possuía uma equipe de Saúde Bucal (eSB) e um núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Momento explicativo

Na primeira etapa do estudo, os pesquisadores analisaram a estrutura e o processo de trabalho desenvolvido. Essa observação resultou em uma lista de situações-problema: o espaço era inferior ao necessário para acolher o número de equipes presentes e para acomodar os usuários. Também havia a falta de orientação aos usuários sobre como e em quais salas o serviço de saúde era ofertado, além da desatualização do fluxograma de atendimento. A sobrecarga de trabalho era perceptível, em virtude da demanda excessiva aos profissionais. Os servidores da UBS citaram problemas referentes à falta de insumos, relacionamento interpessoal, falta de apoio psicológico, instabilidade do sistema de prontuário eletrônico e desorganização do processo de trabalho^{10,11}.

Por meio do levantamento das situações-problema nesse serviço de saúde, o grupo de pesquisadores escolheu trabalhar com a metodologia do PES. Durante o momento explicativo, os problemas foram elencados de modo a tentar identificar o fator causador e uma possível consequência. Foram selecionados e discutidos três NC, “falta de orientação para os usuários”, “fluxograma desatualizado” e “processo de trabalho não padronizado” que, além do escopo de intervenções possíveis de serem formuladas pelo gru-

Figura 1
Etapas de aplicação do PES na UBS em Ceilândia, DF, Brasil.



po de pesquisa, havia uma intrínseca relação entre eles (Figura 2).

O primeiro NC a ser elucidado foi a da falta de orientação para os usuários. Não havia informações claras nas dependências da UBS quanto às salas que o usuário deveria procurar. Com isso, era comum encontrar pacientes perdidos, pedindo informações em qualquer sala e esperando atendimento em equipes que não eram responsáveis pela sua região. Isso foi agravado com a dissolução de uma das eSF, visto que os indivíduos anteriormente atendidos por ela não receberam uma orientação precisa sobre sua nova equipe.

O segundo problema refere-se ao fluxograma desatualizado. Tal problemática estava intrinsecamente relacionada à falta de orientação para os usuários, que muitas vezes se encaminhavam à gerência, a fim de receberem orientações e formalizarem reclamações quanto aos atendimentos prestados. Após o desmanche da equipe anteriormente citada, seus usuários esperavam atendimento em salas que não o atenderiam. Ademais, ao pedirem informações nas salas, acabavam mudando o foco do atendimento, que deveria ser de assistência à saúde, para uma demanda administrativa. O impasse final pode ser definido como desorganização do processo de trabalho. A falta de padronização do processo de trabalho era contrária à eficiência do serviço. Algumas equipes conseguiam realizar marcação de consultas, atendimento às demandas espontâneas e visitas domiciliares. Contudo, outras definiam que

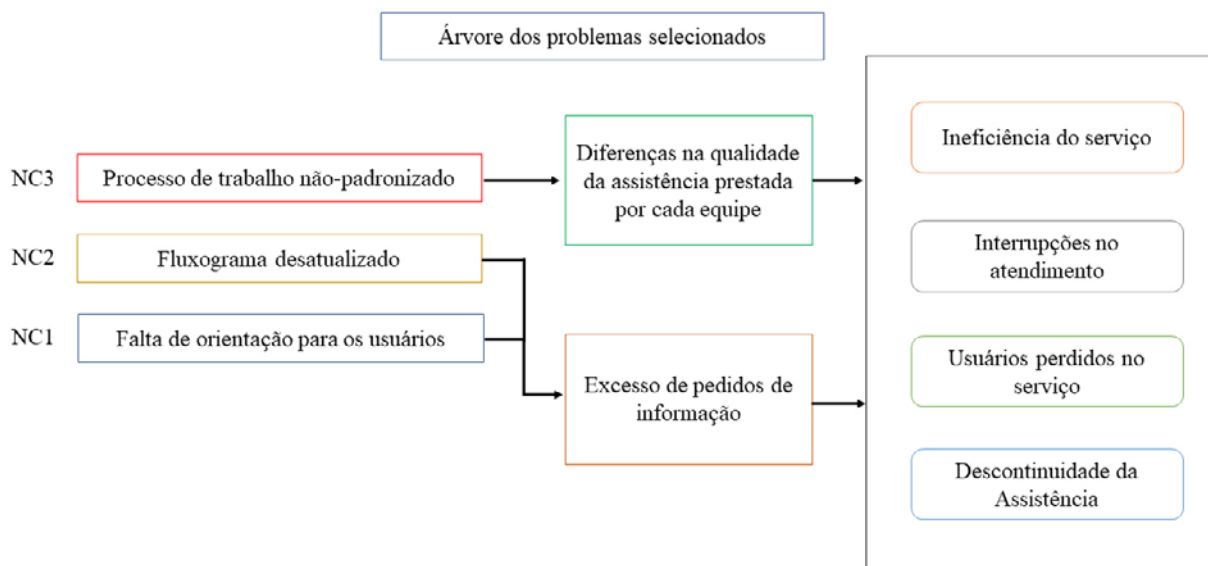
sua prioridade de atendimento seriam apenas as demandas espontâneas. Isto acabava por confundir o usuário e contrariava o princípio de Integralidade no cuidado pertencente à APS. A Portaria SES-DF nº 77 traz em seu Art. 35, a orientação de evitar a concentração da oferta de algum serviço em um dia ou horário específico^{5,9}. Contudo, algumas equipes não conseguiam realizar isto.

Momento normativo

Foi no momento normativo que os problemas ou não conformidades tiveram objetivos de solução traçados, assim como um plano de ação, quem seria responsável por executar tal ação, o prazo e um *checklist* referente à aprovação de intervenção pelo gestor da unidade. O objetivo de solucionar o impasse da falta de orientação aos usuários era de reduzir a insatisfação destes e orientá-los, de modo que eles pudessem ser atendidos pela equipe a qual estavam adscritos. Esperava-se que isso diminuísse as queixas dos pacientes e dos servidores, que não teriam que interromper a prestação de assistência para informar questões de localização de salas. Os pesquisadores, então, elaboraram *banners* na entrada da unidade de saúde, com setas, cores, de acordo com a equipe e as quadras respectivamente atendidas. Tudo feito de maneira clara e acessível, tendo em vista que a facilidade de compreensão deveria ser atingida por conta de o maior grupo de pacientes ser composto de idosos. O prazo estipulado para a concretização da intervenção foi de três

Figura 2

Árvore dos problemas selecionados e identificados na UBS Ceilândia, DF, Brasil.



semanas. Essa solução também foi aplicada à problemática de fluxograma desatualizado. Os *banners* foram feitos de acordo com a atualização da organização do processo de trabalho realizado por cada equipe. Assim, o foco de otimizar o tempo que os usuários passavam no serviço pôde ser alcançado.

Percebeu-se também que a identificação por parte dos pacientes, sobre qual equipe eles estavam adscritos, permitiria a continuidade e adesão aos tratamentos propostos, visto que eles se sentiriam acolhidos pela unidade.

Quanto ao processo de trabalho não padronizado, o objetivo poderia se confundir com o plano de ação. As rotinas deveriam ser organizadas de modo que possibilitassem agendamentos de consultas e procedimentos, com as visitas domiciliares e a demanda espontânea. Nenhuma das atividades deveria ser tratada como mais importante do que outra, de maneira a se negligenciar aquelas consideradas triviais. A intervenção proposta permeava o conhecimento sobre a escala dos funcionários de cada equipe, logo ela deveria ser realizada junto a eles.

Momento estratégico

O momento estratégico foi construído com a análise das intervenções pensadas no momento normativo. Cada NC foi analisado com suas vulnerabilidades e estratégias para superá-los (Quadro 1). As discussões do grupo mostraram que a construção de quadros informativos, com a atualização do fluxograma, em uma linguagem fácil e adequada para os usuários, seria a melhor opção para solucionar a problemática do fluxograma desatualizado e da falta de orienta-

ção para os usuários¹⁴. Os recursos para a realização do plano seriam viáveis para os estudantes e estes sentiam a autonomia para desenvolver tal projeto na unidade de saúde. As informações de cada equipe seriam colhidas e expostas nas portas de suas respectivas salas de acolhimento para a orientação dos pacientes. O prazo estabelecido para a implementação das medidas seria até o término do estágio acadêmico, o equivalente a três semanas.

As vulnerabilidades da proposta incluíam a compreensão da informação pelos usuários, uma vez que havia pessoas analfabetas e idosas. Como estratégia, foram adotados cores e símbolos conhecidos popularmente para a elaboração dos quadros informativos. No caso do processo de trabalho não padronizado, a principal vulnerabilidade foi a falta de relacionamento interpessoal e comunicação entre a mesma equipe, o que impedia que as informações passadas para o paciente estivessem de comum acordo. Além do mais, alguns servidores mostraram-se resistentes para discutir a rotina de trabalho com o grupo do estudo. Sendo assim, os pesquisadores elaboraram um informativo, fixado nas respectivas portas das equipes, com informações padrões sobre a rotina de serviços desempenhados pela sala, com horários e dias estabelecidos para determinadas atividades. Ademais, foram feitas reuniões com as equipes com o objetivo de definir dias e horários para determinados procedimentos e atendimentos. Ressalta-se que, nessa situação, os pesquisadores não interferiram nas decisões tomadas pelos trabalhadores, mas mediarão as discussões e foram convidados a dar sugestões.

Quadro 1

Plano de ação com os nós críticos, ações e vulnerabilidades identificadas na UBS, conforme diagnóstico situacional.

Nó crítico	Ações	Vulnerabilidades
Falta de orientação para os usuários	<ul style="list-style-type: none"> • Painel indicativo das salas e equipes; • Adesivos em forma de seta; • Identificações coloridas de acordo com a cor de cada equipe; • Informativos nas portas sobre a rotina de cada equipe. 	<ul style="list-style-type: none"> • O uso de cartazes era a única estratégica viável; • As informações escritas não seriam compreendidas por pacientes analfabetos; • Pacientes com deficiência visual ou problemas de visão não seriam alcançados.
Fluxograma desatualizado	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa sobre a rotina das equipes; • Informativos nas portas sobre a rotina de cada equipe; • Painel indicativo das salas e equipes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Resistência dos profissionais para discutir a rotina de trabalho com o grupo do estudo.
Processo de trabalho não padronizado	<ul style="list-style-type: none"> • Reuniões para a definição de dias e horários para determinados atendimentos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de relacionamento interpessoal e comunicação entre a mesma equipe.

Momento tático operacional

A partir desse momento, as intervenções começaram a ser aplicadas no serviço. Tendo em vista a dissolução de uma das equipes e a redistribuição das quadras que ela atendia para as outras, notou-se a dificuldade dos usuários para encontrar as salas das novas equipes às quais foram designados. Além disso, percebeu-se a dificuldade para encontrar os outros locais que os usuários, geralmente, necessitavam passar após as consultas. Sendo assim, para facilitar o acesso deles e evitar que procurassem os locais errados para a realização de atendimento, o grupo decidiu colocar, na entrada da UBS, um painel auto-explicativo. Ele indica endereços, as equipes e suas respectivas salas de acolhimento. Também foram inseridas as direções para o laboratório, o guichê de informações, a sala da vacina e banheiros, através de setas grandes. Na porta de cada sala de acolhimento, foram colocadas identificações coloridas, de acordo com a cor da equipe, com endereços atendidos por ela. Quanto à dificuldade identificada do desconhecimento por parte dos pacientes, em saber a rotina de suas equipes, no que se referia à marcação de consulta ou de procedimentos específicos, como e quando é feita a troca das receitas de medicação de uso contínuo, quais dias as equipes estão em reunião ou em visita domiciliar, o grupo optou por colocar, na porta das salas de acolhimento, a rotina de cada equipe, com o objetivo facilitar o acesso dos usuários para sanar suas necessidades no serviço.

Os recursos dos estudantes apenas permitiram a elaboração do fluxograma e as orientações quanto à rotina de cada equipe na forma de cartazes. O ideal seria a união deles, com fitas coladas no chão contendo as cores das equipes, guiando para suas respectivas salas de acolhimento, de modo a facilitar ainda mais o acesso. Além disso, os cartazes não permitem uma compreensão das informações por pessoas com deficiência visual, visto que não possuem o relevo para a linguagem em braile. A acessibilidade também é um impasse que o serviço de saúde enfrenta, tendo em vista que, mesmo com os informativos escritos nos espaços

da unidade, se uma pessoa com deficiência auditiva solicitar alguma outra informação, não há profissionais que saibam libras. Logo, a intervenção, no que tange o acesso à informação, perpassa esta dimensão, o que implica na necessidade de uma solução que insira sugerir para a gestão, cursos de capacitação em libras para os servidores.

CONCLUSÃO

O relato de experiência sobre a apropriação do PES no serviço de saúde de APS é de suma importância, dada a relevância e a atualidade temática. A descrição dos resultados na perspectiva dos estudantes envolvidos na atividade mostra que a aplicação dessa abordagem é capaz de alcançar resultados significativos em unidades de saúde, de maneira individualizada, ao considerar as características particulares dos atores e do ambiente em que estão todos inseridos, no caso em questão, a UBS em Ceilândia, DF.

O prazo determinado pelo grupo para a conclusão do projeto foi cumprido antes do tempo determinado. Pode ser percebido que com a implementação do projeto realizado, houve uma menor procura para pedidos de informações por parte dos usuários do serviço. Isso otimizou o tempo dos profissionais da sala de acolhimento e evitou transtornos para o paciente. Foi relatado pelos servidores a diminuição de usuários aguardando atendimento em salas de equipes equivocadas aos seus respectivos logradouros. Esse aspecto diminuiu também o tempo de espera e proporcionou fluidez nos atendimentos. Portanto, as estratégias traçadas trouxeram resultado satisfatório.

A metodologia de PES permitiu aos pesquisadores reconhecerem os problemas da unidade básica de saúde, de maneira aprofundada, com foco na elaboração de intervenções. A aplicação teórico-prática dos conceitos permitiu que os estudantes vivenciassem o processo de gestão em saúde e adquirissem conhecimentos com base na experiência.

REFERÊNCIAS

1. Marchiori G, Azzolin C, Peduzzi M. Processo de trabalho gerencial e processo de trabalho na perspectiva de docentes de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.* 2007;28(4):549-55. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/rgenf>.
2. Melleiro MM, Tronchin DMR, Ciampone MHT. O planejamento estratégico situacional no ensino do gerenciamento em enfermagem. *Acta paul enferm [Internet].* 2005 Abr;18(2):165-71. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002005000200008>.

3. Benito GAV, Tristão KM, Paula ACSF, Santos MA, Ataíde LJ, Lima RCD. Desenvolvimento de competências gerais durante o estágio supervisionado. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2012 Jan;65 (Rev. Bras. Enferm., 2012 65(1)). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000100025>.
4. Colliselli L, Tombini LHT, Leba ME, Reibnitz KS. Estágio curricular supervisionado: diversificando cenários e fortalecendo a interação ensino-serviço. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2009 Nov;62 (Rev. Bras. Enferm., 2009 62(6)). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000600023>.
5. Rodrigues W, Santos CD, Silva DA, Cançado AC. Planejamento Estratégico Situacional: O Caso Da Reestruturação Do Hospital De Doenças Tropicais Da Universidade Federal Do Tocantins *Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde*. 2017;14(1):53-67. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.21450/rahis.v14i1.3829>.
6. Gentilini JA. Atores, cenários e planos: o planejamento estratégico situacional e a educação. *Cad Pesqui*. 2014;44(153):580-601. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/198053142954>.
7. Salimena AM, Sacramento LC, Greco RM, Paschoalin HC. Saúde do homem e atenção primária: o olhar da enfermagem. *Rev APS*. 2013;16(1):50-59. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14889>.
8. Santana RS, Lobo IMF, Penaforte TR, Leite SN, Silva WB. A institucionalização da seleção de medicamentos em hospitais públicos por meio do planejamento estratégico situacional. *Rev Adm Pública*. Dezembro de 2014;48(6):1587-603. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-76121596>.
9. Ministério da Saúde (Brasil). 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). 2017. [Acesso em 2021 out 01]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
10. Matus C. Estratégias Políticas: Chimpanzé, Maquiavel e Gandhi. 2ª edição. São Paulo: Fundap; 1996
11. Matus C. O Método PES: entrevista com Matus. 2ª edição. São Paulo: Fundap; 1996.
12. Kleba ME, Krauser IM, Vendruscolo C. O planejamento estratégico situacional no ensino da gestão em saúde da família. *Texto contexto – enferm*. 2011;20(1):184-93. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000100022>.
13. Carazzato J. Planejamento público: a contribuição teórico-metodológica de Carlos Matus [Dissertação de mestrado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação; 2000.
14. Azevedo CS. Planejamento e gerência no enfoque estratégico-situacional de Carlos Matus. *Cad Saúde Pública*. Junho de 1992;8(2):129-33. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1992000200003>.
15. Rieg DL, Scramim FCL, Raimundo DO, Zau VC, Calazans WR. Aplicação de procedimentos do planejamento estratégico situacional (Pes) para estruturação de problemas no âmbito empresarial: estudos de casos múltiplos. *Gest Prod*. 2014;21:417-31. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-530X203>.
16. Rutkowski J. Qualidade no serviço público – um estudo de caso. *Gest Prod* [Internet]. 1998 Dez;5(3):284-97. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-530X1998000300009>.
17. Rivera FJU, Artmann E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. *Ciênc saúde coletiva*. 1999;4(2):355-65. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81231999000200010>.

O conto infantil como abordagem terapêutica no contexto da pandemia de covid-19

The children's tale as a therapeutic approach in the context of the covid-19 pandemic

Ananyr Porto Fajardo¹
Anelize Castro Ignácio²
Mauro Castro Ignácio³
Walter Reyes Boehl⁴

¹Doutorado em Educação. Hospital Nossa Senhora da Conceição. Porto Alegre, RS, Brasil.

²Enfermeira Sanitarista. Hospital Nossa Senhora da Conceição. Porto Alegre, RS, Brasil.

³Doutorando em Ciências do Movimento Humano. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Escola de Educação Física, Fisioterapia e Dança (ESEFID). Porto Alegre, RS, Brasil.

⁴Doutorando em Ciências do Movimento Humano. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Escola de Educação Física, Fisioterapia e Dança (ESEFID). Porto Alegre, RS, Brasil.

Autor correspondente:
Mauro Castro Ignácio.

E-mail: mauroesef@gmail.com

Recebido em 08/09/21
Aprovado em 01/11/22

RESUMO

Introdução: a pandemia da covid-19 fez surgir diferentes modos de intervenção terapêutica, em que o Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) tem desempenhado um papel importante na mediação com o uso de contos aliados às plataformas digitais.

Objetivo: compreender o conto como ferramenta de intervenção terapêutica junto a crianças com transtornos mentais, no contexto da pandemia de covid-19.

Método: descritivo e exploratório, abordagem qualitativa. Foram entrevistados dez profissionais da saúde de um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil em Porto Alegre, RS.

Resultados e discussão: foram encontradas experiências em que o conto foi inserido no Projeto Terapêutico, constituindo um dispositivo facilitador da comunicação, identificação e elaboração de experiências.

Conclusão: o conto infantil pode ser um potente meio de intervenção terapêutica e de expressão dos sentimentos relacionados ao contexto da pandemia.

Palavras-chave: Saúde da Criança; Saúde Mental; Literatura; Saúde Coletiva.

ABSTRACT

Introduction: the covid-19 pandemic has given rise to different modes of therapeutic intervention, in which the Child Psychosocial Care Center (CAPSi) has played an important role in mediation with the use of tales allied to digital platforms.

Objective: to understand the short story as a therapeutic intervention tool in children with mental disorders, in the context of the covid-19 pandemic.

Method: descriptive and exploratory, qualitative approach. Ten health professionals from a Child and Youth Psychosocial Care Center in Porto Alegre, RS, were interviewed.

Results and discussion: it was found experiences in which the short story was included in the Therapeutic Project. It is used as a device that facilitates communication, identification and elaboration of experiences.

Conclusion: the use of short stories can be a powerful means of therapeutic intervention and expression of feelings related to the context of the pandemic.

Keywords: Child Health; Mental Health; Literature; Public Health.

INTRODUÇÃO

O primeiro caso de infecção pela covid-19 (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 – Sars-Cov-2*) foi confirmado na China em dezembro de 2019. Desde então, o vírus tem preocupado as autoridades competentes do mundo inteiro¹. Segundo o Boletim COVID-19 n° 01/2020², o primeiro caso positivo para o novo coronavírus no Rio Grande do Sul, foi identificado em março de 2020. Em janeiro de 2021, o Boletim COVID-19 n° 14/2021³ já alertava que o número de casos confirmados de covid-19 em Porto Alegre, beirava os 86 mil, com mais de 2000 óbitos na cidade.

Com o avanço da pandemia, foram publicados portarias e decretos municipais com o objetivo de reduzir a velocidade de progressão de novos casos de covid-19, dentre eles o Decreto n° 20.534⁴, que instituiu o estado de calamidade pública, suspendendo as atividades presenciais de ensino infantil, fundamental, médio e superior de estabelecimentos públicos e privados. Estas medidas impactaram muito a população em geral, mas de forma singular a população infantil portadora de transtornos mentais, pois os serviços de saúde que as atendiam também redefiniram o atendimento presencial prestado, até então, a indivíduos e grupos.

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é uma resposta ao modelo manicomial, caracterizado por repressão e segregação/afastamento do paciente psiquiátrico da comunidade. No Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) estimula-se a convivência e a ambiência, sendo um lugar propício à inserção social. Crianças e adolescentes gravemente comprometidos psiquicamente têm o CAPSi como dispositivo que busca manter, reforçar e/ou criar laços sociais⁵.

O CAPSi é um serviço para atendimentos a crianças e adolescentes com transtornos mentais. É um serviço ambulatorial com atendimento em horário comercial e tem papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial. O CAPSi tem por atividades:

Atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros); atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; visitas e atendimentos domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias enfocando a integração da criança e do adolescente na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social; e desenvolvimento de ações inter-setoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça (Brasil. Ministério da Saúde, 2004, p. 34-35).

O ambiente terapêutico do CAPSi, ao propor a ambiência como um espaço físico, social, profissional e de relações interpessoais em sintonia com um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutive e humana, vai ao encontro daquilo que é preconizado pela Política Nacional de Humanização⁷. O CAPSi se diferencia de outros serviços de saúde tanto no tocante à estrutura física adaptada à população infantil, como na disposição de mobiliário acessível ao tamanho da criança e disponibilidade de recursos lúdicos em biblioteca e brinquedoteca. O consultório convencional de paredes brancas dá lugar ao colorido dos enfeites e, por vezes, a consulta se dá no quintal, em meio às árvores frutíferas, ou na casinha de bonecas, com madeiras coloridas.

Porém, com o advento da pandemia, o CAPSi onde este estudo foi realizado, ficou impossibilitado de prestar atendimentos coletivos presenciais, como grupos e oficinas, para evitar aglomerações. Muitas consultas passaram a ser *online* para evitar deslocamentos de crianças e seus acompanhantes

e a potencial propagação do vírus. Com isso, durante a pandemia, a ambiência, tal como a conhecemos, foi prejudicada por protocolos assistenciais de combate ao novo coronavírus e, conforme a percepção da pesquisadora, o *setting* psicanalítico foi posto à prova. Além disso, as reuniões para discussão de casos com a rede intersetorial, os grupos de pacientes e familiares, as oficinas e as interconsultas foram suspensas. A cada atualização dos protocolos assistenciais era preciso re-discutir as práticas quantas vezes fosse necessário e encontrar outras formas de prestar atendimento qualificado a crianças e adolescentes já vulnerabilizados socialmente pelo fechamento das escolas. Neste contexto, surgiu a ideia e o desafio de trabalhar o conto como intervenção terapêutica, aliado ao uso de plataformas digitais.

O estudo aqui descrito tem como premissa refletir sobre as perspectivas dos profissionais da saúde, frente à saúde mental infantil afetada pela pandemia. Além disso, pretendemos lançar bases para que simpatizantes ao tema se instrumentalizem para o uso do conto como ferramenta de intervenção terapêutica, observando as experiências dos entrevistados na pesquisa e dos autores estudados.

MÉTODO

O artigo faz parte de um projeto de pesquisa maior intitulado “O processo de criação, adaptação e contação da história infantil voltada a crianças com transtornos mentais: O conto como ferramenta de problematização, adjuvante ao tratamento terapêutico”. Trata-se do Trabalho de Conclusão da Residência (TCR) apresentado como requisito para obtenção do título de especialista no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Porto Alegre, RS.

O CAPSi que foi cenário deste relato é formado por uma equipe multidisciplinar composta por trinta profissionais da área da saúde – psiquiatras, enfermeiros, técnicos em enfermagem, assistentes sociais, nutricionistas, atendentes de nutrição, educadores físicos, psicopedagogas, psicólogas, arteterapeutas e técnicos administrativos, além de residentes e estagiários. Seu objetivo é a reinserção familiar e social dos usuários; recebe crianças e adolescentes encaminhados diretamente das unidades de saúde do município de Porto Alegre, RS, por meio do Sistema de Gerenciamento de Consultas (GERCON).

O CAPSi atende cerca de duzentos pacientes com até dezoito anos de idade por mês. Está sediado em uma casa grande que foi adaptada para oferecer oficinas, grupos, consultas, sala de vídeos, sala de lanches e outras. Conta também com um jardim onde são realizadas atividades físicas ao ar livre.

Os participantes da pesquisa foram selecionados da seguinte maneira: de um total de trinta trabalhadores do serviço de saúde mental infantil, dez foram considerados elegíveis conforme os critérios de inclusão: trabalhadores com mais de um ano de experiência no CAPSi, com interesse em participar da pesquisa e que utilizassem a ferramenta do conto no dia a dia de trabalho. Foram excluídos os trabalhadores que referiram não usar o conto como abordagem terapêutica. Participaram da pesquisa uma assistente social, dois educadores físicos, duas enfermeiras, um técnico de enfermagem, uma psicóloga, duas terapeutas ocupacionais, uma psicopedagoga e um psiquiatra. As entrevistas ocorreram no mês de dezembro de 2020. Todas as entrevistas foram presenciais, sendo oito individuais e uma em dupla, a critério dos participantes. Nenhum sujeito optou por entrevista na modalidade *online*. Para preservar o anonimato dos participantes, as falas são identificadas de P1 a P10. As falas transcritas neste artigo são recortes de um projeto de pesquisa maior, em que outras questões foram abordadas. Os entrevistados responderam as questões com as quais se sentiram mais confortáveis para contribuir.

O roteiro da entrevista seguiu perguntas abertas que enfocaram a contação, construção e adaptação das histórias infantis voltadas aos usuários do CAPSi.

Perguntas norteadoras:

1. Como o conto é utilizado como abordagem terapêutica no contexto da pandemia da covid-19?
2. Enquanto profissional, você percebe algum benefício terapêutico decorrente do uso do conto como ferramenta?

Neste artigo, nos concentramos em identificar os efeitos da pandemia no trabalho em saúde mental infantil e em como as historinhas são utilizadas, como ferramenta de intervenção, para ajudar nos processos adaptativos.

As falas dos profissionais entrevistados foram gravadas em áudio mediante autorização deles e transcritas na íntegra. A análise seguiu uma abor-

dagem descritiva com a intenção de distanciar “a interpretação das perspectivas centradas no pesquisador, retratando pessoas, eventos e ações dentro de seus contextos localmente significativos”⁸.

O estudo segue as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde⁹ e foi apreciada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Nossa Senhora da Conceição (CEP-HNSC) com base no sistema CEP/CONEP (Comitê de Ética em Pesquisa/ Comissão Nacional de Ética em Pesquisa), sob Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) número 39326520.9.0000.5530 sob parecer 3.817.626. A interação ocorreu somente após a sua aprovação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quem conta um conto, aumenta um ponto

Na Antiguidade, o conto era culturalmente passado de geração em geração pela linguagem oral, com foco no público adulto. “As histórias eram recheadas de cenas de adultério, canibalismo, incesto, mortes hediondas e outros componentes do imaginário dos adultos”¹⁰.

À época, crianças eram consideradas seres inferiores, reduzidas a adultos em miniatura, desprovidas de entendimento e, portanto, não dignas de ouvir os contos. Ao menor sinal de independência física, eram submetidas ao trabalho, tal qual um adulto. Com o advento do discernimento da criança como um ser dotado de inteligência e, portanto, capaz de entender o que lhe é apresentado com linguagem adequada à idade, o conto passou a ser também voltado às crianças. Ariès (1978)¹¹ foi o pioneiro na análise e concepção da criança naquele período histórico e social. No capítulo intitulado “A descoberta da infância”, o autor evidencia a deformação que o artista do séc. XI impunha às crianças em uma obra que faz menção à passagem bíblica “Vinde a Mim as Criancinhas”, na qual são retratados oito homens em miniatura, sem característica alguma de criança. Na crítica do autor, identifica-se a necessidade de repensar a criança na sociedade.

Já na Era Moderna, percebeu-se a possibilidade de usar o conto para educar e imprimir padrões morais. Este é o caso de *Chapeuzinho Vermelho*¹², um conto com caráter educativo e moralizador, no qual a personagem principal originalmente sofre

consequências por desobedecer a mãe e se aventurar por um caminho desconhecido e perigoso após conversar com um estranho. O conto original não tem um final feliz, mas sim constitui uma lição.

Embora os autores contemporâneos também abordem lições de vida como “o bem sempre vence” e “seja bom”, não se limitam a repassar valores. Hoje, além das obras para educação dos indivíduos, também existe a leitura por deleite, a leitura pelo prazer de ler, de se aventurar em mundos mágicos.

Um aspecto importante da atualidade, é o uso do conto por serviços de saúde mental, como aliados ao tratamento terapêutico, permitindo que o leitor/ouvinte se identifique com as personagens e suas histórias e que interaja com a obra em questão, trazendo elementos do seu dia a dia. As histórias podem ser usadas para viabilizar provocações no sentido de produzir questionamentos e incentivar o compartilhamento de percepções. A linguagem simbólica facilita a identificação, a criação de narrativas, e a criança verbaliza suas experiências com mais fluidez a partir do conteúdo expresso na produção utilizada. Os contos ajudam a desenvolver empatia, a problematizar e a relativizar situações, ressignificando as vivências.

No CAPSi, raramente o conto é abordado da forma convencional, como uma contação de histórias. O que se preconiza é a coautoria por parte dos usuários (crianças e adolescentes). Em *Fadas no divã: psicanálise nas histórias infantis*¹³, os autores discutem as teorias de Bettelheim referentes ao aspecto terapêutico e os benefícios dessa modalidade literária como forma de expressão. Os autores demonstram concordância, como se verifica no trecho a seguir:

A efetividade que o recurso (conto de fadas) a determinada história pode ter na vida de uma criança, (...) ela terá uma oportunidade de elaborar alguns dos seus pequenos ou grandes dramas inconscientes. Se a história tiver sido escolhida por ela ou pelos seus pais, melhor ainda. Se tiver sido inventada, nem se fala, é um recurso ótimo (Corso & Corso, 2006, p. 165-166).

O conto como ferramenta para elaboração de conflitos internos tem base na catarse. Moreno (2001)¹⁴ refere-se à catarse como movimento ab-reativo (reação de botar para fora), de ordem afetivo-emocional. Sendo assim, a coautoria (profissional da saúde-paciente) viabiliza a promoção da catarse, trazendo à consciência memórias recalcadas do inconsciente.

A pandemia e a perspectiva de retomada das atividades terapêuticas

A socialização é o carro chefe do trabalho terapêutico em um CAPSi. Grande parte das crianças referenciadas pela atenção primária à saúde ou por escolas e outros dispositivos da rede chegam ao serviço por dificuldade de interação social. Aprender a interagir, a brincar com o outro é essencial para o desenvolvimento da criança e essa necessidade básica foi sustada pela pandemia.

Observando os protocolos de enfrentamento à covid-19 do Ministério da Saúde (MS) brasileiro e do GHC, nos primeiros meses de pandemia foram adotadas algumas medidas mais severas e as atividades grupais foram suspensas, tanto nas escolas quanto nos serviços de saúde. Alguns profissionais externaram essa preocupação:

Alguns pais entendem que ainda não é tempo de retornar. E por ora a gente tá respeitando. Mas já preocupados, de como vai ser. (P5)

A escola é um espaço em que também se começa a constituir relações. E a gente tem uma preocupação muito grande nesse momento tão prolongado eles ficarem longe da escola. (P6)

Existe também a preocupação quanto à abordagem didática que será utilizada pelos educadores e o que as escolas irão preconizar caso haja retorno às aulas presenciais.

Para 2021 tudo vai depender muito da proposta pedagógica da escola. Vão se angustiar mais as crianças que estiverem numa escola com viés mais conteudista. As crianças precisam voltar pro espaço de convivência, voltar às relações com os pares. (P1).

Nesse sentido, é importante inserir a retomada das atividades curriculares nas pautas das reuniões tanto nas escolas como nos serviços de saúde mental. Os gestores precisam discutir o trabalho intersetorial no pós-pandemia ou, ainda, no período de transição, de modo a amenizar angústias, tanto das crianças quanto dos professores.

O lúdico como formador de sentidos de saúde

Brincar é tão importante que, antes da pandemia, havia três grupos com essa função no CAPSi que foi cenário do estudo.

Para a criança, contar histórias é a própria vida. E aí a gente diz: “Ah, mas ela tá brincando.” Como se fosse algo menor. Mas às vezes aquele brincar, aquela história que ela tá contando é o que vai possibilitar que no futuro ela possa ser um adulto que consegue dar conta das suas coisas. Vamos pensar numa criança que passou por alguns traumas, ela vai trazer alguns elementos na história que tragam isso? Geralmente sim. Ela vai poder brigar com aquela pessoa que está personificado em algum personagem. Vai poder fazer diferente. Pra quando ela for adulta fazer diferente. (P5)

Melanie Klein, psicanalista austríaca e seguidora de Freud, entendia que “o brincar funciona tal qual o divã para os adultos”. Ela afirmou que “pelas brincadeiras, a criança traduz de modo simbólico suas fantasias, seus desejos e suas experiências vividas”¹⁵.

É justamente esse um dos maiores desafios para os profissionais de saúde mental infantil: despertar a adesão ao brincar como parte do tratamento. Para os pais, levar a criança a um serviço de saúde para brincar pode ser uma atividade não resolutive. É difícil entender que certos movimentos das crianças, como bater um carrinho no outro, sem um propósito ou uma narrativa, não é brincar. É difícil entender que o brincar é terapêutico. Na brincadeira, o profissional consegue acessar o inconsciente das crianças e é nisso que consiste a psicanálise infantil: observar para intervir. Os adultos verbalizam com mais facilidade suas questões de saúde mental e as crianças demonstram em ações o que as incomoda. O brincar precisa fazer sentido para os pais. Nessa perspectiva, é fundamental envolver os pais no processo de cuidado, esclarecer, educar para a saúde, seja por atendimento individual ou em grupo de familiares. Caso contrário, não se observa uma adesão satisfatória ao tratamento, o que pode impactar esse ser em construção.

O uso do conto aliado à tecnologia digital para promover a aproximação em tempos de distanciamento social

O público infantil é exigente e sem filtros. As crianças externam suas expectativas, interesse e desinteresse nas atividades de forma bem clara, às vezes com muita espontaneidade e sem o constrangimento percebido em adultos. Por isso, o profissional que trabalha com crianças precisa se desdobrar. Na fala de uma das entrevistadas:

O profissional tem que se desmontar para atender crianças. Pode ver que quem trabalha com criança se desmancha um pouco, nesse sentido que tu tem que ir pro chão, tem que sentar, tem que brincar. (P3).

Às vezes, emprestam seu interesse, seu entusiasmo, conforme disse uma trabalhadora do serviço:

Porque a atividade tem que fazer sentido. É sempre isso na vida da gente. Você tem que fazer isso? Por quê? Tem que partir do nosso desejo. Não quer dizer que às vezes a gente não tenha que emprestar nosso corpo, nosso desejo, sustentar algumas coisas, mas a gente investe nisso assim, no desejo. E na criança não é diferente. (P5).

Neste contexto, o conto surgiu com a intenção de manter o vínculo. Os usuários não estavam acessando o serviço de saúde e existia o receio de que o vínculo com os profissionais que os acompanhavam fosse fragilizado pelo distanciamento social imposto pela pandemia. Também era necessário proporcionar um momento de interação entre os pares. A ideia era trabalhar por videochamadas e vídeos gravados para os mais novos, do grupo *Caçulinhas*.

Então, a nossa ideia era sustentar (o) vínculo e poder trabalhar de acordo com aquilo que eles estavam trazendo. A gente fazia encontros em “lives” semanais para que eles pudessem se ver, ligava pra todos eles juntos. E a gente acabava fazendo alguma coisa junto com eles. Tem um menino que gosta muito de livrinhos, e ele tem uma linguagem verbal bem difícil de compreender e durante o atendimento “online” ele pegou um livrinho e era como se ele estivesse contando aquela historinha pra nós. (P5)

Havia também uma preocupação em contar para as crianças o que estava acontecendo no mundo: a pandemia. Para muitos adultos, é um tema de difícil compreensão em uma era tecnológica em que os indivíduos consomem muita informação, mas que também produz muita desinformação. Para as crianças, o momento é ainda mais complicado, visto que as informações raramente se apresentam em uma linguagem acessível e de acordo com o período do desenvolvimento infantil.

A gente tinha muito receio que as crianças não se conectassem com esse período de pandemia. E isso fizesse com que elas fossem mais propensas a pegar o vírus. A gente pegou bonecos e brinquedos que eles mais gostavam quando estavam no CAPS, cantou músicas, a gente fez histórias com fantoches, máscaras para colocar nos bonecos. Também pra

eles não tomarem um susto a uma nova realidade. E a família nos trazendo elementos do que eles estavam gostando, de música, de historinhas, a gente fez contação de história via videochamadas. (P6)

A interação entre os pares faz parte da terapêutica. Ainda que a base, o pano de fundo da história seja único, a interpretação é livre e cada um vai acolher conforme suas subjetividades. O conto também é produtor de sentidos. Os psicanalistas Mário e Diana Corso¹³ comparam o conto com um vasto cardápio, em que cada um dos atores se apropria do elemento necessário, para naquele instante de tempo, dar a devida roupagem ao seu drama.

Algumas experiências exitosas

Faz de conta que eu sou...

Em videochamadas ou em vídeos com posterior *feedback*, foi possível ouvir as crianças, sentir como estão reagindo a esse momento de pandemia e acolher as suas inquietações. Nesse sentido, o conto surge como uma forma de fazer analogias. Freud usava e defendia o uso de analogias para “tornar visível” determinado fenômeno¹⁶. Em outras palavras, o faz de conta faz sentido, facilita o entendimento e as expressões.

A gente sempre usava histórias que fizessem sentido para eles. Uma delas é a história do elefante e da borboleta, do Tico Santa Cruz, que conta o amor entre uma borboleta e um elefante. Uma coisa muito antagônica é que falava do elefante como um animal que estava preso naquele momento. Muito como eles estão nesse momento. E a gente foi contando a história e buscando trazer elementos que eles tentassem de alguma forma fazer uma relação com o que eles estavam vivendo nesse momento. (P6)

O conto Elefante e a Borboleta¹⁷ foi utilizado como uma analogia para o momento da pandemia. Na história, o elefante amava a borboleta, mas o elefante vivia preso em uma jaula e a borboleta voava livre pelo zoológico. Como é estar “preso” em casa?

Em outro momento, os profissionais criaram uma historinha para abordar a identidade dos pacientes.

A gente contou uma historinha criada pelos profissionais. Sobre cachorrinhos e a gente usou fantoches. Essa história era pra trabalhar o nome deles, sobre nome, história da família, como foi a constituição deles, coisa do desejo, da figura do sujeito que não

surge do nada e que ele tá ali pelo desejo da família e que ele tem um papel naquela família. E a gente perguntava pra eles: e qual será a história do teu sobrenome? Eles respondiam. E a gente ia dando um gancho do que era pra família trabalhar com eles. (P6)

É importante pensar que, em tempos de isolamento social, as crianças ficam muito tempo em casa com pais e/ou cuidadores. Além disso, muitos pais se viram obrigados a trabalhar no modo *home office* e, com o prolongamento da pandemia, muitos ficaram sobrecarregados. É importante que as crianças entendam sua história, como foi concebida, seu papel na família. É importante que se sintam parte da família, queridas, ainda que em alguns momentos as relações familiares estejam turbulentas.

O uso da tecnologia em substituição aos encontros presenciais: desafios e potencialidades

A teleconsulta foi normatizada por vários conselhos profissionais em nível federal. A título de exemplo, o Conselho Federal de Enfermagem publicou a Resolução COFEN nº 634 de 26 de março de 2020, que autoriza e normatiza a teleconsulta de enfermagem como forma de combate à pandemia provocada pelo novo coronavírus¹⁸. Com a autorização e normatização por parte dos conselhos profissionais, houve um melhor entendimento dos profissionais sobre o assunto e segurança para executar o trabalho com respaldo ético.

Porém, como toda implementação de novas tecnologias em saúde, surgiram alguns entraves. Dentre eles, a dificuldade em justificar e adquirir equipamentos que garantissem a teleconsulta (*webcams*, fones com microfone acoplado do tipo *headset*, acesso liberado à internet para uso de plataformas digitais). Além disso, não havia certeza de que os pacientes teriam acesso a esses meios de comunicação nem se aceitariam a proposta. A propósito, que proposta? Como trabalhar?

No início da pandemia a gente recebeu muito material voltado ao público da infância que eram histórias referentes ao coronavírus. Alguns colegas elaboraram histórias pra mandar, elaboraram e filmaram teatrinhos. As vezes, a gente posta textos nas redes sociais também e os pais e as crianças podem acessar. Eu acho que as crianças precisavam disso no início pra entender o que estava se passando, pra elaborar alguma coisa que de repente nós adultos não estávamos conseguindo passar e com os livrinhos foi mais fácil entender. (P1)

Superada a fase de adaptação tecnológica e instaurado o atendimento remoto por parte do serviço, surge a limitação que já se esperava, a da falta de disponibilidade dos equipamentos necessários por parte dos usuários (paciente e família).

Esse ano foi muito atípico, a gente começou a trabalhar muito com vídeo chamada, com internet. Muitos não têm acesso, têm dificuldade. (P6)

A assistência aos usuários que não dispunham de dispositivos para atendimento *online* e internet foi mantida, com adaptações, como maior espaçamento entre uma consulta e outra e receitas válidas por um período maior. O contato via telefone também ajudou a esclarecer dúvidas sobre o novo coronavírus e como se daria a continuidade do tratamento durante o período de maiores restrições. Também buscou-se acessar os usuários via redes sociais com compartilhamento de material de apoio a familiares, materiais voltados às crianças, avisos e orientações sobre o serviço e atualizações sobre a pandemia no Brasil.

Mesmo que essas ações fossem produtivas e necessárias em um primeiro momento, o contato via internet apresenta limitadores também em termos terapêuticos.

O usuário com transtorno se beneficia muito do presencial, do grupo porque é no grupo que muitas vezes as questões aparecem. Que são as contrariedades, que tu tem que lidar com o desejo do outro e respeitar; que tu saiba lidar com o fracasso, com a tolerância e com a frustração. (P6)

Em alguns encontros, foi possível fomentar a interação entre os pares. Porém, por se tratar de crianças pequenas de até seis anos, a tela fria do monitor ou celular dificultou a socialização. Diferentemente de muitas aulas *online*, o objetivo não é entregar uma tarefa pronta no final da *live*. O que realmente importa é a interação, a participação. Em termos psicanalíticos, Fernandes (2005)¹⁹ pondera:

As palavras são valorizadas junto com a metacomunicação. O tom de voz em que as palavras foram proferidas, o olhar, os gestos e demais aspectos da comunicação não verbal conferem um toque afetivo à comunicação, dando à experiência emocional do falar o sentido mais verdadeiro de como o indivíduo se vincula com seus grupos internos, com o mundo exterior, e, principalmente, com aquele determinado interlocutor, naquele momento (Fernandes, 2005, p. 56)

É exatamente essa metacomunicação que é dificultada pelo distanciamento social. É mais difícil perceber o outro que está no outro lado da tela, o que exige mais da sensibilidade profissional para que perceba as possibilidades comunicativas do grupo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa foi limitada a um CAPSi; portanto, não envolve outras unidades e profissionais. Caso sejam incluídos em futuros estudos, a troca de experiências poderá contribuir para ampliar o escopo de ideias e abordagens terapêuticas do conto.

O presente estudo foi realizado com base nas respostas de dez trabalhadores, um número limitado. Não tem o intuito de sanar todas as questões referente ao conto como abordagem terapêutica em um contexto de pandemia. Pretende fomentar discussões e reflexões sobre o tema, bem como contribuir com a qualidade na assistência em saúde mental na infância, a partir de relatos das experiências exitosas e replicáveis dos profissionais.

O estudo alcançou seu objetivo no sentido de compreender o conto como ferramenta de intervenção terapêutica em crianças atendidas em um CAPSi, no contexto de restrições impostas pela pandemia via decreto municipal. O artigo responde às perguntas norteadoras, esclarecendo como o conto é útil na assistência às crianças atendidas no

pré-pandemia e também no início da pandemia da covid-19, e como essa ferramenta foi utilizada pelos profissionais. Além de versar sobre o benefício terapêutico da ferramenta.

Durante as entrevistas, surgiram algumas inquietações provenientes do momento da pandemia; daí a necessidade de elaborar um artigo que acolhesse essa demanda.

Ainda que a saúde física e o tão preconizado distanciamento social, assim como as demais medidas preventivas, foram extremamente necessárias no momento da pandemia, é preciso entender que a saúde física é indissociável da saúde mental e precisa de atenção. Esse é um grande nó da Saúde Mental: cuidar da saúde mental, além da saúde física. Atender os sujeitos na sua integralidade, sem descuidar dos protocolos de prevenção da covid-19.

Esse desafio foi enfrentado com muita dedicação, criatividade e maestria. Os participantes trouxeram a possibilidade de trabalhar o conto como uma ferramenta de intervenção terapêutica com potencial para manutenção de vínculo à distância entre profissional, paciente e serviço e para elaboração de experiências relacionadas ao contexto da pandemia. Utilizar o conto com a criança, ainda que de forma remota, permitiu que os profissionais acessassem, através de sua interação com a historinha, o inconsciente infantil e, a partir dali, trabalhar suas demandas em saúde mental.



REFERÊNCIAS

1. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, & Ho RC. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in china. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1729. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7084952/pdf/ijerph-17-01729.pdf>. Acesso em ago 2021.
2. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre – RS. Boletim COVID-19 nº 01/2020. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/2020_03_23_boletim_covid_sms.pdf. Acesso em ago 2021.
3. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre – RS. Boletim COVID-19 nº 14/2021. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/2021_01_21_boletim_covid_sms_14.pdf. Acesso em ago 2021.
4. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Decreto nº 20.534, DE 31 DE MARÇO DE 2020. Decreta o estado de calamidade pública e consolida as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo Coronavírus (COVID-19), no Município de Porto Alegre. Disponível em: http://dopaonlineupload.procempa.com.br/dopaonlineupload/3310_ce_286414_1.pdf. Acesso em ago 2021.

5. Brasil. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Constituição dos CAPS e dá outras providências. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em ago 2021.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília, DF, 2004.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Ambiência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.
8. Yin RK. Pesquisa qualitativa do início ao fim. Traduzido por Daniel Bueno. Porto Alegre: Penso, 2016. Cap. 9, p. 183-205.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em ago 2021.
10. Schneider REF, Torossian SD. Fairy tales: from their origin to contemporary clinic. *Psicologia em Revista*, 15(2), 2009; 132-148.
11. Ariès P. História social da infância e da família. Tradução: Flaksman D. Rio de Janeiro: LCT, 1978.
12. Perrault C. Contos da minha mãe gansa, de 1697.
13. Corso DL, Corso M. Fadas no divã: psicanálise nas histórias infantis. Porto Alegre: Artmed, 2006.
14. Moreno ZT. A realidade suplementar e a arte de curar. São Paulo: Ágora, 2001.
15. Klein M. A psicanálise de crianças. Rio de Janeiro: Imago, 1997. 350 p.
16. Freud S. Totem et tabou. In S. Freud, Oeuvres complètes psychanalyse. OCFP, Vol. 11. Paris: PUF (2005a). Trabalho original publicado em 1913.
17. Santa Cruz T. O elefante e a borboleta, Editora: Belas-Letras; 1ª edição. 2017.
18. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN nº 634 de 26 de março de 2020: autoriza e normatiza a teleconsulta de enfermagem como forma de combate à pandemia provocada pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2). Brasília: COFEN; 2020. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucaocofen-no-0634-2020_78344.html. Acesso em ago 2021.
19. Fernandes WJ. Psicanálise dos vínculos: como trabalho com grupos hoje. *Revista da SPAGESP*, 2005. 6(2):53-60. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5576733>. Acesso em agosto de 2021.

Teleatendimento no luto por covid-19: manejo técnico e protocolo institucional

Telehealth for covid-19 grief: technical management and institutional protocol

Aimê Parente de Sousa¹ 
Denise Lima Moreira² 

¹Psicóloga, Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso, pela Escola Superior de Ciências da Saúde – ESCS. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

²Psicóloga, Secretaria de Saúde do Governo do Distrito Federal (SES-GDF). Brasília, Distrito Federal, Brasil.

Autor correspondente:

Aimê Parente de Sousa.
E-mail: aimeparente01@gmail.com

Recebido em 28/09/21
Aprovado em 12/08/22

RESUMO

A pandemia do covid-19 levou a humanidade a vivenciar uma crise jamais imaginada. Os impactos na vida das pessoas foram imensuráveis, principalmente diante de perdas inesperadas e da vivência de múltiplos lutos. Essa situação gerou uma sensação de constante insegurança e medo, que provocou a reorganização das práticas de trabalho das diferentes categorias profissionais da saúde. Como é o caso do serviço de psicologia do hospital de referência para o enfrentamento à pandemia no Distrito Federal, que precisou reinventar-se para dar continuidade ao seu compromisso de acolher e auxiliar as pessoas em sofrimento psíquico. O serviço de teleatendimento foi criado para viabilizar suporte psicológico aos familiares que perderam parentes com covid-19. O presente artigo apresenta um relato de experiência sobre a atuação do psicólogo no processo de elaboração do luto, mediante uso de ferramentas digitais, em conformidade com as recomendações sanitárias de distanciamento social. A análise resultante deste trabalho mostra a importância do uso da tecnologia para a reorganização do familiar no processo de elaboração do luto, além de vislumbrar o incentivo ao desenvolvimento de novas práticas interventivas que contribuirão para a edificação da psicologia como ciência que promove saúde e qualidade de vida.

Palavras-chave: Telepsicologia; Luto; Covid-19; Manejo Psicológico; Telessaúde.

ABSTRACT

The covid-19 pandemic led humanity to experience a crisis never seen before. The impacts on people's lives were immeasurable especially in the light of unexpected losses and the experience of multiple grieves. This situation induced a perception of constant insecurity and fear that promoted the reorganization of the practices of several health providers. In the case of Psychology of a reference hospital for fighting the pandemic in Distrito Federal, which needed to reinvent itself to continue its commitment to caring and helping people in psychological

distress by creating a telehealth service in order to enable psychological support to family members who have lost relatives to the virus. This article presents an experience report about the role of psychologist in the grief elaboration process through the use of digital tools in accordance with the health recommendations for social distancing. The analysis resulting from this work shows the importance of technology for the family's reorganization in the grief process. In addition, this article aims to encourage the development of new practices that will contribute to the construction of psychology as a science that promotes health and quality of life.

Keywords: Telepsychology; Grief; Covid-19; Psychological Handling; Telehealth.

INTRODUÇÃO

Durante o ano 2020, o mundo enfrentou uma grave crise mundial com a pandemia devido à infecção pelo novo Coronavírus denominada Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2 – Síndrome Respiratória Aguda Grave 2), a qual ocasionou perdas e consequências graves para a população (perdas afetivas, sociais, financeiras e comprometimento de saúde). No Brasil, os primeiros casos surgiram no mês de fevereiro de 2020, e a pandemia tem sido considerada como uma das maiores crises sanitárias e econômicas que se presenciou nas últimas décadas.

Desde então, diversas ações vêm sendo executadas a fim de conter o avanço da doença, alterando o cotidiano das pessoas e envolvendo a atuação de diferentes especialidades, cujo foco é minimizar os danos físicos e mentais¹⁻². Assim, quando a pessoa é infectada e a evolução da doença requer cuidados em nível terciário, atendimento de alta complexidade e procedimentos que demandam tecnologia de grande porte de urgência/emergência, sua internação tende a acarretar reações emocionais tanto para o paciente quanto para os familiares. Nesse processo, os familiares são impedidos de prestar acompanhamento presencial e de participar dos cuidados, ou porque também estão em isolamento por sintomas leves ou por medida de segurança para controle e diminuição do contágio. É nesse momento da internação, que a fronteira se estabelece e rompe o contato antes mantido, que pacientes e familiares iniciam suas vivências dolorosas e os sentidos de morte tornam-se tão presentes³.

Para Michel e Freitas⁴, a morte rompe com o entrelaçamento intersubjetivo de dois mundos, com a continuidade de uma existência compartilhada, com um modo de ser e funcionar. A suspensão dos sentidos habituais, outrora construídos juntos, faz surgir o esvaziamento de sentidos pela perda sofrida que simbolicamente é vivenciado no luto. O luto é o caminho psíquico percorrido pela pessoa, diante das perdas significativas e vivenciadas de maneira singular, que são ancoradas nas manifestações culturais existentes⁵⁻⁷. As respostas únicas e individualizadas em relação ao luto são compreendidas como a expressão *dor do luto*^{4,8}, a qual é tomada como representação dos sentimentos que variam em frequência e intensidade, como “ondas”, em consonância com as lembranças e pensamentos daquele que se foi. Enquanto processo de adaptação, o luto evidencia tanto o padrão relacional do vínculo estabelecido como sinaliza os recursos de enfrentamento para reorganização da vida^{5,9}.

O curso do luto tende a favorecer a reconstrução de significados e o processamento da dor e está integrado nas experiências culturais de cada pessoa¹⁰. Como prática cultural e de suporte, os rituais, como os funerais, servem para introduzir uma nova narrativa na transição do ciclo de vida, como adaptação à ausência, e seguir adiante. Trata-se de um costume que tem o caráter simbólico de ajudar na materialização da morte e na realização da despedida que a perda traz¹¹.

A ausência desses ritos pode levar o enlutado a uma sensação de desconexão da experiência e não elaboração da perda vivida, prejudicando sua reintegração cotidiana e social, favorecendo um estado de sofrimento psíquico intenso e duradouro^{7,12-13}, e podendo desencadear uma crise psicológica em torno do desequilíbrio acarretado pelas demandas presentes e pela capacidade em lidar com a situação⁹.

O processo de luto é o caminho psíquico vivido diante das perdas ocorridas em relação à vinculação emocional e afetiva⁵⁻⁶. A morte por covid-19, por questão de segurança sanitária, não permite ao ente querido, a realização do ritual fúnebre. Tal situação afeta a saúde mental de familiares, amigos e parentes próximos, e requer uma ajuda na ressignificação da experiência.

A pandemia desencadeou a vivência de lutos inesperados e coletivos num curto espaço de tempo e, ao alterar os rituais fúnebres, em atendimento às medidas de segurança¹⁴⁻¹⁵, retirou a âncora do

apoio afetivo e social, conforme as crenças e valores de cada um. Assim, no óbito de casos suspeitos ou confirmados, a cerimônia deve ser evitada, seja pela opção de cremação ou inumação em caixão lacrado, sendo recomendado, caso houvesse a possibilidade de despedida pelos familiares, que acontecesse em tempo mínimo estabelecido e sem direito ao contato da urna funerária¹⁶.

As emoções vividas pelo luto necessitam de uma reflexão que ajuda a ampliar a compreensão e dar sentido ao sofrimento. Nas ações que visam a minorar este sofrimento, nos serviços públicos, a adoção de protocolos é essencial. O protocolo é compreendido como o conjunto de informações normalizadoras com o fim de nortear as ações assistenciais à saúde, recomendando ou contraindicando técnicas e condutas de forma a qualificar, aperfeiçoar e auxiliar a prestação de serviços pelo profissional de saúde¹⁷⁻¹⁸.

Na perspectiva de ofertar uma assistência humanizada, o Conselho Federal de Psicologia¹⁹ – agregando as orientações das organizações sanitárias, tais como as elencadas pela Organização Mundial de Saúde²⁰ e do Ministério da Saúde²¹ – apresentou orientações aos profissionais quanto à forma de prestar suporte psicológico tanto presencial quanto online, aconselhando a observação do disposto nas resoluções do Conselho Federal de Psicologia (CFP) nº 11/2018²² e no Código de Ética Profissional do Psicólogo²³. Esse novo formato de assistência levou a psicologia a fazer uma mudança de direção em seu caminho tradicional de cuidado, passando a fazer uso precípuo de tecnologias.

A incorporação dos atendimentos remotos, submetidos às mesmas prerrogativas éticas adotadas na condução de atendimentos presenciais e realizados em tempo real, promovem maior fluidez e dinamicidade ao atendimento psicológico²⁴⁻²⁵. Nesse sentido, temos vivido desafios, dentre eles o da inclusão digital como ferramenta de cuidados em saúde. O atendimento *online* não deve ser encarado como um substituto do contato físico, mas percebido como instrumento socializador. A aplicação da tecnologia no manejo terapêutico só foi possível em decorrência da compreensão, por parte da categoria profissional, de que consiste em ferramenta relevante para acolher e escutar qualquer expressão de dor e, por conseguinte, contribuir com a promoção e o cuidado em saúde mental.

Com o intuito de favorecer uma compreensão dessa experiência única construída em meio a uma crise humanitária, julgou-se importante discorrer sobre parte da prática da equipe do teleatendimento que presta suporte psicológico às pessoas enlutadas pela covid-19.

Assim, este artigo busca discutir a atuação do psicólogo na condução do atendimento realizado por via remota ao familiar de pessoa que foi a óbito por covid-19, no contexto da pandemia. Trata-se de um relato de experiência, com base no diário de campo, sobre as intervenções realizadas com uso de tecnologia e o auxílio do protocolo operacional que foi desenhado pela equipe biopsicossocial do hospital de referência para enfrentamento aos casos de covid-19 no Distrito Federal.

O MODO DE FAZER TELEATENDIMENTO

O foco deste trabalho é discorrer sobre o manejo técnico do luto realizado por telefone, por meio de uma relação aberta e reflexiva que mobiliza e oportuniza transformações. Esse cenário se desenvolve como processo de produção de saúde e toma como base o preceito de humanização do SUS (Sistema Único de Saúde)²⁶ que coloca o sujeito como o centro da atenção e do cuidado.

A operacionalização do suporte acontece na medida em que o paciente internado vai a óbito, com seus dados e contatos do familiar referenciado transpostos para uma planilha específica. O suporte psicológico não ocorre no momento seguinte ao óbito, é esperado o sétimo dia para realizar o contato telefônico, pois entende-se que a família precisa de um tempo para si para assimilar a ausência do ente querido. Antes de iniciar o pós-óbito, é recomendada uma leitura breve do prontuário do paciente falecido, a fim de buscar informações importantes de suporte psicológico e de sentimentos já vivenciados pelo enlutado anteriormente. No momento do contato telefônico com o familiar, este é esclarecido sobre a disponibilização de no máximo quatro teleconsultas com periodicidade semanal e de, no máximo, 50 minutos de duração. Após o aceite, inicia-se o apoio.

A cada teleconsulta são avaliados os recursos internos apresentados pelo enlutado, analisando-se a necessidade de outras intervenções pela rede intra e intersectorial de cuidados à saúde. Cada profissional fica livre para definir o manejo e a quantidade de atendimentos realizados por dia. Após os atendimentos, os profissionais tendem a discutir

entre si a sua teleconsulta – uma postura de autocuidado e discussão de caso para auxiliar a intervenção seguinte.

Para melhor compreensão do teleatendimento como suporte psicológico após o óbito, as autoras discorrerão a seguir sobre um caso atendido, lançando mão dos registros reunidos num instrumento denominado Diário de Campo, o qual norteia as ações e assinala o entendimento mais abrangente do sujeito e do cenário em que se dá o suporte²⁷⁻²⁹.

REFAZENDO UM CAMINHO...

No decorrer dos primeiros atendimentos realizados, a equipe de suporte psicológico percebeu que uma questão ganhava forma e se configurou como pergunta disparadora para dar início ao atendimento: como você está vivenciando o luto? A narrativa, sempre sustentada por fortes emoções e lembranças, apresentava sentimento de culpa, frustração, tristeza e angústia. Outros aspectos apreendidos nos relatos e que alteravam a rotina diária do enlutado eram a dificuldade para manter o autocuidado, as alterações no sono, o isolamento social e o medo de ser contaminado ou transmitir o vírus para outras pessoas.

A covid-19 atuou como um potencializador das reações emocionais negativas experienciadas e o sentimento de culpa era, muitas das vezes, percebido como mais contundente que as ações de ajuda que haviam sido realizadas até então.

Enquanto escutavam, as psicólogas percebiam a importância de demonstrar ao usuário que ele estava sendo ouvido, emitindo uma expressão interventiva e validando seus sentimentos. Outra ação importante foi identificar os recursos internos e externos que podem agir como fatores protetivos para a saúde mental e fortalecer as estratégias de enfrentamento funcional diante da perda do ente querido.

Reconhecer e validar seu empenho e o seu (auto) cuidado tomados foi um caminho possível para levar o usuário à reflexão acerca de seus sentimentos e da situação vivenciada, oferecendo a possibilidade de ressignificação da culpa.

Essa intervenção permitiu um olhar transformador, quando a narrativa coloca o ente querido em um novo papel na relação com o enlutado, como, por exemplo, na condição de cuidador e protetor

de onde estiver agora. Surgiram codinomes como anjo, estrela, luz. Possibilitar uma nova forma de lembrar-se da pessoa perdida e construir com ela uma nova forma de relação, inferia uma permissão, ao criar um sentido figurativo como forma de preencher o vazio deixado, para retomar uma conexão com a realidade presente e desenvolver resiliência diante da perda vivida.

Nos atendimentos que se seguiram, apreendia-se que o usuário sinalizava emoções mais estáveis e um apoio da rede socioafetiva mais ativo, que os ajudavam na retomada dos sentidos das coisas. Como efeito, percebeu-se a sinalização de uma reorganização psíquica de si mesmo, de suas relações de amor e de produção, ao demonstrar uma capacidade de continuar encarando o fato realisticamente e, aos poucos, desenvolvendo um discurso de projetos de futuro e reafirmando a necessidade de seguir a vida. As intervenções seguiram um diálogo reflexivo que validava seus planejamentos, entendidos como importantes recursos de fortalecimento e enfrentamento da perda vivida.

PENSANDO O PROCESSO INTERVENTIVO

De um modo geral, as lembranças de vivências anteriores e a consciência do agora depois da morte estão associadas ao sentido que vida passará a ter. É muito comum nos atendimentos ao familiar enlutado a narrativa de sentimentos que envolvem negação, revolta, solidão, estado de choque, descrença, medo, ansiedade e culpa que podem interferir no processo de elaboração do luto. Acolher a vivência do luto é conhecer como a pessoa lida com a situação, identificar recursos pessoais que auxiliam o enfrentamento e fortalecer estratégias e potencialidades usadas em experiências anteriores.

A propósito da elaboração desses sentimentos, que são uma expressão da realidade experienciada pelas pessoas, usaremos o termo reflexividade, que aqui será empregado como recurso interventivo, de acordo com Moreira e Costa²⁹, que se constitui a partir dos diálogos desenvolvidos.

O aprofundamento dos sentidos e do diálogo mantém o foco na reflexividade que potencializa a percepção de paradoxos, que são inerentes à situação adversa, e expandem a possibilidade de compreensão.

Nesse raciocínio, o diálogo constrói a reflexividade, na medida em que provoca e mantém a refle-

xão, ampliando novas possibilidades de ressignificação do existir.

Retomando a experiência descrita, o usuário é acolhido na sua dor ao narrar sobre a vivência do seu luto com uso da telecomunicação, instrumento disponível para o apoio psicológico durante a pandemia. A trajetória do suporte permitiu uma compreensão de que o diálogo desenvolvido seguia um encadeamento reflexivo sobre os sentidos extraídos da vivência do luto, suscitando um espaço criativo de ressignificação da vida e concepção da morte como um processo natural.

De acordo com Luna³⁰, o acolhimento das narrativas e dos significados atribuídos à pessoa que se foi, nos diz muito quando revela o tipo de apego estabelecido e o caminho a ser seguido na intervenção. De um modo geral, as narrativas sobre as perdas (cônjuge, filho, pais) e seus sentidos favorecem a organização psíquica, a ressignificação da perda, o processo de elaboração do sofrimento e a nova realidade de forma mais adaptativa – o que podemos chamar de reflexividade comunicada.

Esse processo vai ganhando forma na medida em que o diálogo amplia a capacidade de reflexão ao explorar os significados apresentados. O diálogo se desenvolve, provoca e mantém a reflexividade num contínuo, incentivando a conversação, a compreensão e a transformação do aspecto simbólico da morte enquanto perda. Nos atendimentos, foi possível perceber essa transformação ao ser atribuído à morte outro significado, mais alentador, protetivo e conectado intersubjetivamente. Esses elementos auxiliam no processo adaptativo e são considerados facilitadores de transformação.

O processo de luto não equivale ao esquecimento da pessoa perdida, ao contrário, possibilita a reelaboração desse vínculo contruído, dentro da possibilidade de continuar a amar essa pessoa, mesmo em sua ausência. A escuta ativa leva o usuário a um processo reflexivo dos significantes que envolvem a perda e de uma consciência reflexiva de que se está num momento diferente e de que é possível ressignificar a situação presente, ao entrar em contato consigo mesmo e com o mundo³¹.

Esse caminhar terapêutico contou com a utilização da tecnologia como ferramenta para continuidade da assistência e apresentou desafios iniciais, tais como: a falta de modelos anteriores que pudessem servir como referência, a inexistência de uma rede especializada no atendimen-

to de pessoas enlutadas por covid-19, a incerteza quanto à viabilidade de estabelecer o vínculo terapêutico e o manejo da expressão do sofrimento no modo remoto.

Estas intervenções, apesar de terem enfrentado resistências em um primeiro momento – pautadas na desconfiança de que esse novo formato não assegurava, a priori, a confidencialidade e qualidade do vínculo terapêutico a ser estabelecido –, mostrou-se muito operante. Respostas positivas endossaram a reformulação da opinião dos profissionais quanto à impossibilidade de construção e manutenção de vínculos terapêuticos remotamente, reafirmando-se como um instrumento a mais de trabalho, capaz de promover a manutenção do bem-estar e a diminuição dos danos sociais, físicos e mentais causados pelo isolamento social^{32,33}. Portanto, mesmo sem qualquer contato face a face, a escuta, o acolhimento e a empatia foram estabelecidos na comunicação e sustentaram a construção do vínculo.

Embora seja uma prática inovadora e desafiante, os profissionais envolvidos aprenderam a fazer intervenção na situação de crise por meio do teleatendimento, o que contribuiu de modo eficiente para o manejo do sofrimento vivido e a prevenção do luto complicado³¹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O isolamento social e seu impacto na saúde mental levaram os psicólogos a repensar seus métodos de atuação frente à necessidade de assistir o sofrimento emocional gerado pelo cenário da pandemia de covid-19. Uma vez que o contato presencial e a observação direta das reações e expressões do paciente não eram possíveis, o uso da tecnologia se mostrou de grande importância para ofertar um espaço terapêutico de acolhimento e de cuidado do sofrimento.

Embora os resultados apresentados tenham sido positivos, cabe ressaltar que ainda existe algum desconforto e preocupação dos profissionais quanto à necessidade de manter sob controle a carga emocional que a situação impõe ao enlutado no decorrer das suas narrativas e, por conseguinte, a sua segurança do outro lado da linha telefônica.

A assistência psicológica remota não deve ser encarada como um substituto às modalidades terapêuticas tradicionais, mas como um recurso a mais a ser agregado à atuação do psicólogo. Nos

cuidados psicológicos, o manejo técnico precisa estar inserido numa relação empática, acolhedora e transparente, para que seja capaz de provocar mudanças. Assim, é imprescindível, tanto na teleconsulta quanto no *setting terapêutico* tradicional, a construção de um vínculo de confiança e de segurança, pautado no respeito e na compreensão do modo singular de vivenciar a experiência de uma ruptura radical e definitiva⁶.

O presente artigo se propôs a evidenciar a viabilidade de um serviço de teleatendimento, enquan-

to nova prática de atuação e suporte psicológico. Desse modo, reafirma-se a Psicologia como ciência que pode oferecer contribuições importantes para o enfrentamento de situações pandêmicas, mitigando seus impactos negativos e promovendo estratégias de saúde mental, em especial aquelas voltadas ao suporte das perdas e do luto.

Espera-se que este trabalho incentive outros profissionais da psicologia a descreverem suas experiências, a fim de enriquecer e auxiliar a construção de novas práticas interventivas.

REFERÊNCIAS

1. Caetano R, Silva AB, Guedes ACCM, Paiva CCN de, Ribeiro GR, Santos DL, *et al.* Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*. 2020;36(5). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00088920>.
2. SARS-CoV-2 genomic sequencing for public health goals: Interim guidance, 8 January 2021 [Internet]. www.who.int. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-genomic_sequencing-2021.1.
3. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, *et al.* The Psychological Impact of Quarantine and How to Reduce it: Rapid Review of the Evidence. *The Lancet*. 2020 Feb 26;395(10227):912-20. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8).
4. Michel LHF, Freitas JL. A clínica do luto e seus critérios diagnósticos: possíveis contribuições de Tatossian. *Psicologia USP*. 2019;30. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-6564e180185>.
5. Aciole GG, Bergamo DC. Cuidado à família enlutada: uma ação pública necessária. *Saúde em Debate* [Internet]. 2019 Sep [citado 2020 Nov 8];43(122):805-18. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v43n122/0103-1104-sdeb-43-122-0805.pdf>.
6. Delalibera M, Delalibera TA, Franco MHP, Barbosa A, Leal I. Adaptação e validação brasileira do instrumento de avaliação do luto prolongado – PG-13. *Psicologia – Teoria e Prática*. 2017;19(1). Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v19n1p94-106>.
7. Franco MHP. Luto como experiência vital. Disponível em: https://www.4estacoes.com/pdf/textos_saiba_mais/luto_como_experiencia_vital.pdf.
8. Associação Americana de Psiquiatria. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, quinta edição (DSM-5). Porto Alegre: Artmed, 2014.
9. Santos GCBF. Intervenção do profissional de saúde mental em situações de perda e luto no Brasil. *Revista M. Estudos Sobre A Morte, Os Mortos e O Morrer*. Fev 2019; 2(4): 116-137. Disponível em: <http://seer.unirio.br/revistam/article/view/8152/7018>.
10. Fareez M. A ‘Certidão de Vida’: Uma ferramenta para trabalhar o luto em Singapura. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 2019 maio;28(63):5-20. Disponível em: <https://doi.org/10.38034/nps.v28i63.472>.
11. Souza CP, Souza AM. “Rituais Fúnebres no Processo do Luto: Significados e Funções”. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2019. 35: e35412. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102.3772e35412>.

12. Schmidt B, Crepaldi MA, Bolze SDA, Neiva-Silva L, Demenech LM. Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). *Estudos de Psicologia (Campinas)*. 2020;37:e200063. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200063>.
13. Miyazaki MCOS, Teodoro M. Luto. Sociedade Brasileira de Psicologia. Tópico 6. Disponível em: <https://www.sbponline.org.br/enfrentamento-covid19>.
14. Fundação Oswaldo Cruz. Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia de COVID-19: Processo de Luto no Contexto da COVID-19. Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/Sa%c3%bade-Mental-e-Aten%c3%a7%c3%a3o-Psicossocial-na-Pandemia-Covid-19-processo-de-luto-no-contexto-da-Covid-19.pdf>.
15. Sohrabi C, Alsafi Z, O'Neill N, Khan M, Kerwan A, Al-Jabir A, Iosifidis C, Agha R. World Health Organization Declares Global Emergency: A Review of the 2019 Novel Coronavirus (COVID-19). *International Journal of Surgery*. 2020 April; 76:71-76. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2020.02.034>.
16. Brasília – Comissão de criação do protocolo mínimo de enfrentamento em casos de óbitos no âmbito do Distrito Federal. Versão 4 de 26 de março de 2020. Dispõe sobre o Protocolo de manuseio de cadáveres e prevenção para doenças infectocontagiosas de notificação compulsória, com ênfase em COVID-19 para óbito do Distrito Federal. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2020/02>.
17. Brasil. Agência Nacional de Saúde. Resolução normativa nº 464, de 29 de dezembro de 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-normativa-n-464-de-29-de-dezembro-de-2020-297229181>.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Nota técnica nº59/2021-cgpni/de IDT/SVS/MS. Brasília: editora MS, 2021. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Disponível em: https://coronavirus.saude.mg.gov.br/images/1_2021/17-03-Guia_de_vigilancia_da_covid_16marc2021.pdf.
19. Conselho Federal de Psicologia (2020). Resolução CFP nº04/2020. Regulamenta serviços psicológicos prestados por meio de Tecnologias da Informação e Comunicação durante a pandemia do COVID-19. Disponível em: <https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-do-exercicio-profissional-n-4-2020-dispoe-sobre-regulamentacao-de-servicos-psicologicos-prestados-por-meio-de-tecnologia-da-informacao-e-da-comunicacao-durante-a-pandemia-do-covid-19?origin=instituicao&q=004/2020>.
20. OMS (2020). Country & Technical Guidance – Coronavirus disease (COVID-19). Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance-publications>.
21. Brasil. Ministério da Saúde (2020). Portaria nº 1.565, de 18 de junho de 2020. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-1.565-de-18-de-junho-de-2020-262408151>.
22. Conselho Federal de Psicologia (2020). Resolução CFP nº11/2018. Disponível em: <https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-do-exercicio-profissional-n-4-2020-dispoe-sobre-regulamentacao-de-servicos-psicologicos-prestados-por-meio-de-tecnologia-da-informacao-e-da-comunicacao-durante-a-pandemia-do-covid-19?origin=instituicao&q=004/2020>.
23. Conselho Federal de Psicologia (2005). Código de Ética. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>.
24. Rodrigues CG, Tavares MA. Psicoterapia online: demanda crescente e sugestões para regulamentação. *Psicologia em Estudo*. 2017 Jan; 21(4):735. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v21i4.29658>.

25. Carvalho RG, *et al.* Linhas de Orientação para a Prestação de Serviços de Psicologia Mediados por Tecnologias da Informação e da Comunicação (TIC). 2019. Disponível em: https://www.ordemdos psicologos.pt/ficheiros/documentos/guidelines_opp_psicologia_ehealth.pdf.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: A política nacional de humanização. 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf.
27. Andrada CF. O método no centro: Relatos de campo de uma pesquisa psicossocial de perspectiva etnográfica. *Psicologia USP*. 2018. 29(2):236-245. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-656420170025>.
28. Jerolmack C, Khan S. *Approaches to ethnography: Analysis and representation in participant observation*. Oxford University Press. 2018.
29. Moreira DL, Costa LF. Psychosocial intervention in sexual violence against children: reflexivity and psychodramatic resource. *Revista Brasileira de Psicodrama*. 2021; 29(1): 16-25. Disponível em: <https://doi.org/10.15329/2318-0498.21449>.
30. Luna IJ. “Construindo histórias e sentidos sobre uma perda familiar na vida adulta”. *Psicologia USP*. 2020; 31:e200058. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-6564e200058>.
31. Escudeiro A (org). *Mortos sem Flores: a ausência dos rituais de despedida*. Blumenau: Gráfica e Editora 3 de maio, 2020.
32. Celuppi IC, Lima GS, Rossi E, Wazlawick RS, Dalmarco EM. Uma análise sobre o desenvolvimento de tecnologias digitais em saúde para o enfrentamento da COVID-19 no Brasil e no mundo. *Cadernos de Saúde Pública*. 2021; 37(3):e00243220. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00243220>.
33. Kovács MJ. *Educação para a morte. Quebrando paradigmas*. Porto Alegre: Sinopsys, 2021.

Cuidados Paliativos na Atenção Básica: ações desenvolvidas pelos profissionais das equipes de saúde da família

Palliative Care in Primary Care: actions developed by professionals from family health teams

Teresa Christine Pereira Morais¹ 

Francine Salapata Fraiberg² 

Raniel Medeiros de Lima³ 

¹Enfermeira. Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – EEUUSP. Docente da Escola Superior de Ciências da Saúde da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (ESCS/FEPECS). Brasília, Distrito Federal, Brasil.

²Enfermeira. Residente do Programa de Enfermagem em Centro Cirúrgico pela Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). Brasília, Distrito Federal, Brasil.

³Enfermeiro. Residente do Programa de Cardiologia e Hemodinâmica no Instituto de Cardiologia e Transplantes do Distrito Federal (ICTDF). Brasília, Distrito Federal, Brasil.

Autor correspondente:

Teresa Christine Pereira Morais
E-mail: teresacpmorais@gmail.com

Recebido em 01/08/22

Aprovado em 15/03/23

RESUMO

Objetivo: identificar as ações desenvolvidas por profissionais da Atenção Básica no atendimento a pacientes em Cuidados Paliativos.

Método: estudo descritivo e exploratório, realizado em duas unidades básicas de saúde de Samambaia, Distrito Federal. A coleta de dados foi realizada por entrevista com os profissionais das equipes da Estratégia de Saúde da Família, o processamento dos textos contou com o apoio do *software* Iramuteq e a análise interpretativa ocorreu sob a vertente hermenêutico-dialética.

Resultados: os profissionais da Atenção Básica tiveram suas ações caracterizadas em dois grupos: ações mediadas por tecnologias leves de cuidados e ações mediadas por tecnologias leve-duras de cuidados.

Conclusão: indica-se a necessidade de estabelecer processos contínuos e sistematizados de capacitação dos profissionais da Atenção Básica para a implementação da devida assistência aos pacientes em Cuidados Paliativos.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Equipe de Assistência ao Paciente; Atenção Básica à Saúde.

ABSTRACT

Objective: to identify the actions developed by Primary Care professionals in the care of patients in Palliative Care.

Method: descriptive and exploratory study, carried out in two basic health units in Samambaia, Federal District. Data collection was carried out through interviews with professionals from the Family Health Strategy teams, text processing was supported by the Iramuteq software, and the interpretive analysis took place under the hermeneutic-dialectic approach.

Results: primary Care professionals had their actions characterized into two groups: actions mediated by light care technologies and actions mediated by soft-hard care technologies.

Conclusion: there is a need to establish continuous and systematic training processes for Primary Care professionals to implement proper assistance to patients in Palliative Care.

Keywords: Palliative Care; Patient Care Team; Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

A integralidade da assistência, um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), é entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. Neste sentido, deve-se considerar a integralidade do sujeito, dos serviços e dos cuidados, incluindo, assim, os Cuidados Paliativos¹. Segundo a definição da Organização Mundial de Saúde/World Health Organization (OMS/WHO), revisada em 2002 e 2017,

Cuidado paliativo é uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes (adultos e crianças) e suas famílias, que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida. Previne e alivia o sofrimento, através da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais ou espirituais².

Na atualidade, a definição de Cuidados Paliativos nos permite pensar em uma abordagem desde o diagnóstico de uma doença crônica ameaçadora de vida, sendo indicados não somente aos pacientes com tais adoecimentos, mas também às suas famílias, inclusive no âmbito da Atenção Básica em Saúde. Tal compreensão nos remete ao conceito de cuidado, que no entender de Chagas e Merhy³, é um valor que define os conceitos da existência, um encontro produtor de diferença, um modo de atuar no mundo, “uma conduta, reflexo da imagem que se constrói de si e dos outros a partir de si mesmo” e que se reflete nas práticas. Para os autores, na interface entre ambos, “Cuidados Paliativos como projeto cumprem uma importante missão de gerar reflexão sobre a forma como se produz cuidado, como se cuida da vida e da morte das pessoas”³.

Do ponto de vista histórico, cuidado paliativo data dos primeiros tempos da era cristã, e se mistura ao

termo *hospice*, espécie de abrigos ou hospedarias, destinados a receber e cuidar de peregrinos e viajantes. Alguns historiadores chegam a relatar que na Idade Média, durante as Cruzadas, era comum achar *hospices* em mosteiros, os quais abrigavam tanto doentes e moribundos, como também famintos, mulheres em trabalho de parto, pobres, órfãos e leprosos^{3,4}. Esta forma de hospitalidade tinha como principal característica o acolhimento, a proteção, o alívio do sofrimento, mais do que a busca pela cura. Nesta direção, várias instituições de caridade surgiram na Europa no século XVII, cujo modelo se propagou e no século XIX passaram a ter características de hospitais^{4,5}.

A concepção de cuidado ao paciente fora de perspectiva de cura surgiu na década de 1960, com Cicely Saunders (enfermeira, médica e assistente social inglesa), que fundou o primeiro hospital voltado para esses pacientes, o *St. Christopher's Hospice*, na Inglaterra⁵. Em se tratando de pacientes que apresentam condições crônicas progressivas de adoecimento, discutir uma abordagem paliativa de cuidado desde o início do tratamento possibilitaria amenizar o sofrimento de forma precoce e orientada.

No Brasil, embora na última década se tenha um crescente aumento das discussões sobre Cuidados Paliativos e seus benefícios, as práticas de saúde adotadas nos serviços permanecem vinculadas aos cuidados prestados no fim de vida, demonstrando a necessidade de serem ampliadas para além das unidades hospitalares de referência⁵. Segundo a OMS⁶, Cuidados Paliativos são um componente essencial de todos os sistemas de saúde, o que implica enfrentar problemas como falta de conhecimento dos profissionais de saúde, voluntários da comunidade e público em geral sobre os seus benefícios, dentre outros.

No que tange às normativas nacionais, a Portaria nº 2.436, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, preconiza em seu artigo 2º que a Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem também cuidados paliativos, além da promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e vigilância em saúde⁷. Em 2018, o Ministério da Saúde aprovou a Resolução nº 41, que dispõe sobre as diretrizes para a organização dos Cuidados Paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)⁸.

A referida Resolução preconiza, em seu artigo 5º, inciso I, que os cuidados paliativos deverão ser ofertados em qualquer ponto da rede de atenção à saúde, sendo a Atenção Básica a ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, responsabilizando-se por acompanhar os usuários com doenças ameaçadoras de vida em seu território, predominando o cuidado longitudinal, com a retaguarda dos demais pontos da rede de atenção sempre que necessário. Além da Atenção Básica, os Cuidados Paliativos podem ser desenvolvidos na atenção ambulatorial e domiciliar, em unidades de atenção hospitalar e de urgência e emergência⁸.

Segundo Queiroz *et al.*⁹, como os estudos em Cuidados Paliativos de modo geral enfocam o cuidado no hospital ou *hospice*, compreender como esse tipo de atenção poderia ser desenvolvido por profissionais da Atenção Básica, poderia ampliar “as perspectivas dos pesquisadores e contribuiria para suscitar mais ideias no que concerne ao tema”. Floriani e Schramm⁹ apontam que, mesmo que a Atenção Básica, originariamente, não tenha a função de desenvolver ações em Cuidados Paliativos, pode ser estruturada para incorporar esse modelo para além das previstas para as equipes de Atenção Domiciliária. Assim, por meio de suas equipes, poderia assumir importantes atribuições, na medida em que detectariam a existência de pacientes em Cuidados Paliativos, identificando suas necessidades e as de seus familiares. Nesta direção, investigar as práticas assistenciais dos profissionais das equipes multidisciplinares que atuam na Atenção Básica no que tange aos Cuidados Paliativos, pode auxiliar na compreensão das dificuldades e empecilhos que enfrentam para lidar com tais pacientes.

Deste modo, considerando a ainda incipiente discussão sobre Cuidados Paliativos na Atenção Básica, bem como o direito e a necessidade de pessoas com algum tipo de doença progressiva e em estágio avançado de receberem esse cuidado, o estudo objetivou identificar as ações de cuidado desenvolvidas por profissionais da Atenção Básica em Cuidados Paliativos, com vistas a caracterizar e compreender de que forma os profissionais lidam com tais pacientes no cotidiano dos processos de trabalho.

MÉTODO

Tratou-se de estudo descritivo e exploratório, realizado em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) que compõem o cenário de atuação de estágio da

Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), em Samambaia Sul/Distrito Federal (DF), as quais apresentavam seis equipes de Saúde da Família. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas junto aos profissionais que atuavam em quatro equipes de cada UBS (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde), no período de novembro de 2019 a fevereiro de 2020. Os critérios para inclusão dos profissionais entrevistados foram: que atuassem há pelo menos um ano nas equipes de saúde da família, que tivessem prestado assistência a pacientes em Cuidados Paliativos e seus familiares no último ano e que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Estabeleceu-se como critério de exclusão, profissionais que estivessem em afastamento legal por ocasião da coleta de dados.

Ao todo foram entrevistados 32 profissionais (oito de cada profissão) e a seleção seguiu o critério de conveniência, ou seja, foram selecionados as unidades assistenciais e os sujeitos que se propuseram a fornecer as informações necessárias para a pesquisa. As entrevistas foram realizadas utilizando roteiro semiestruturado, por meio do qual os profissionais foram perguntados sobre capacitação em Cuidados Paliativos, as ações desenvolvidas nas situações que vivenciaram e de que forma a Atenção Básica poderia atuar junto aos pacientes em palição. O encerramento das entrevistas ocorreu quando se detectou a reincidência de informações. Assim, buscou-se identificar como as equipes atuam no cotidiano de suas práticas no atendimento a pacientes em Cuidados Paliativos, dado que diferentes concepções sobre o que vem a ser “Cuidados Paliativos” desencadeiam diferentes modos de enfrentar tais situações.

O processamento dos textos oriundos das entrevistas contou com o apoio do *software* IRAMUTEQ (Interface para Análise Multidimensional de Textos e Questionários)¹¹, cujo programa está ancorado no *software* R e permite diferentes formas de análise estatística em *corpus* textual e tabelas de indivíduos por palavras. O IRAMUTEQ realiza técnicas de classificação hierárquica descendente, análise de semelhança e nuvem de palavras, agrupando e organizando graficamente o texto inserido (*corpus* ou *rapport*) em classes de palavras das quais se pode extrair as categorias para proceder às análises.

Neste sentido, a análise interpretativa das classes de palavras decorrentes deste processamen-

to pelo IRAMUTEQ ocorreu sob a vertente hermenêutico-dialética, método para interpretação dos discursos proposto por Minayo¹², por meio da qual se explora o contexto dos entrevistados para compreender seus relatos “neles mesmos” e buscar as diferenças e semelhanças entre seu contexto e aquele da abordagem paliativa de cuidado. A autora propõe a análise hermenêutica em dois momentos distintos: o primeiro, do *campo das determinações fundamentais*, refere-se ao contexto sócio-histórico dos grupos sociais e que constitui o marco teórico-fundamental para a análise; e o segundo, denominado *encontro com os fatos empíricos*, referente ao estudo da realidade em toda sua dinâmica, o qual compreende as etapas de ordenação e classificação dos dados e análise final. A interpretação dos discursos foi ancorada na elaboração teórica de Emerson Elias Merhy, referente às tecnologias envolvidas no trabalho em saúde, classificadas em leves, leve-duras e duras^{13,14}.

Por se tratar de pesquisa que envolveu seres humanos e atendendo aos dispositivos legais contidos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde¹⁵, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (CEP/FEPECS) e devidamente aprovado conforme o Parecer nº 3.590.284, de 21 de setembro de 2019. No intuito de atingir o rigor metodológico necessário, foram observados os critérios estabelecidos para o *Reporting Qualitative Research* (COREQ), tanto na elaboração quanto no desenvolvimento e implementação da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos(as) entrevistados(as)

Os 32 sujeitos da pesquisa estão distribuídos igualmente entre oito enfermeiras(os), oito médicas(os), oito Agentes Comunitários de Saúde e oito Técnicas(os) de Enfermagem. No que diz respeito ao sexo, 81,25% são do sexo feminino e 18,75% do sexo masculino. As idades variaram entre 30 e 69 anos, com maior percentual entre 30 e 39 anos (46,87%); o tempo de atuação nas UBS variou de um mês a 15 anos, sendo o maior percentual entre seis e sete anos (34,37%). Em termos de formação, 50% dos entrevistados informaram pós-graduação em nível *lato sensu*, visto que metade são profissionais com formação em nível de graduação. A Tabela 1 apresenta os dados de forma mais ampla.

Tabela 1
Dados dos entrevistados. Brasília-DF, 2020.

Variáveis	Feminino	Masculino	
Sexo	26	6	
Cargo	Agente Comunitário	7	1
	Enfermeiro	6	2
	Técnico de Enf.	8	–
	Médico	5	3
Faixa etária	30-39	12	3
	40-49	8	3
	50-59	5	–
	60-69	1	–
Estado civil	Solteiro	3	–
	União estável	3	3
	Casado	18	3
	Divorciado	1	–
Tempo na atividade	Viúvo	1	–
	1 mês – 1 ano	7	–
	2-3 anos	3	3
	4-5 anos	2	–
	6-7 anos	9	2
	8-9 anos	1	1
	10-11 anos	–	–
	12-13 anos	2	–
Escolaridade	14-15 anos	2	–
	Ensino médio completo	6	–
	Ensino superior incompleto	1	–
	Ensino superior completo	6	1
	Pós-graduação (residência, especialização)	12	4
	Mestrado	–	1
Doutorado	1	–	

Os entrevistados também foram questionados sobre capacitação ou alguma formação em Cuidados Paliativos. Assim, constata-se que 56,25% dos entrevistados informaram algum tipo de capacitação; dentre os que o fizeram, o intervalo de tempo variou de um a cinco anos, percentual de duração igualmente distribuído entre dias e horas e por demanda da Secretaria de Saúde em 50% das vezes. A Tabela 2 ilustra o anteriormente apontado.

Tabela 2

Dados dos entrevistados quanto à capacitação e/ou formação em Cuidados Paliativos. (n=32). Brasília-DF, 2020.

Curso em Cuidados Paliativos	
Sim	14
Não	18
Quando?	
Mais de 10 anos atrás	1
Mais de 5 anos atrás	4
Menos de 5 anos atrás	5
1 ano atrás	4
Duração	
Anos	1
Meses	3
Dias (1 semana)	5
Horas	5
Onde?	
SES	5
Instituição (faculdade, hospital)	8
Alunos	1
Demanda?	
Própria	2
SES	7
Trabalho	1
Instituição	3
Alunos	1

Sobre este aspecto, cabe destacar, na fala dos profissionais, a necessidade de processos específicos e sistemáticos para lidar com pacientes em abordagem paliativa de cuidado, dado que a preparação para a morte não faz parte de seus processos formativos, tanto em nível técnico quanto de graduação. A ausência de preparo, treinamentos e ferramentas que os permitam desenvolver habilidades para realizar ações de cuidado junto a pacientes em situação de finitude e terminalidade, foi mencionado tanto pelos profissionais de nível superior quanto de nível técnico, visto que entendem a importância de saber identificar o que é possível realizar no domicílio e o que pode ser encaminhado

para a referência especializada. Os trechos dos discursos abaixo transcritos corroboram a presente constatação,

“[...] é uma abordagem de acompanhamento, de seguimento, então algum treino de medicina paliativa acho que todos os médicos precisarão ter, porque a gente acompanha todos os ciclos de vida nas suas casas e é pra onde elas vêm quando não tem indicação de internação nesse momento da palição, então, eu acho que é importante que os médicos de família, os médicos da Atenção Básica, e que a equipe multiprofissional conheça o conceito e a ferramenta de cuidados paliativos, isso já é bem frequente e vai ser cada vez mais”. (med02).

“[...] se tivesse algum protocolo alguma coisa assim, uma medida que fosse realmente voltada à atenção básica para cuidado seria muito bom; algumas ações básicas como suporte emocional e psicológico para ajudar a família e o paciente. Mas assim a gente não tem preparo nenhum para isso; e isso reflete na atenção básica que atualmente não tem preparo nenhum; eu mesma nunca tive nenhum treinamento ou capacitação, sendo que isto é algo muito necessário, sem dúvidas”. (enf01).

“[...] porque o fim de vida não é algo fácil e a equipe tem que se qualificar mais para prestar uma boa assistência e contribuir mais e diversificar os tipos de apoio que a gente tem que prestar.” (tec02)

Os Cuidados Paliativos não dizem respeito a espaços físicos ou unidades assistenciais em saúde, mas sim de uma filosofia de cuidados, cujas ações ocorrem onde quer que o paciente se encontre. A Atenção Básica, cujas ações estão vinculadas ao cuidado que é realizado na casa das pessoas atendidas, é essencial para a continuidade da assistência a pacientes que não apresentam possibilidade de tratamento curativo nos hospitais, atuando como suporte à família, de maneira a garantir o controle dos sintomas e a dignidade no processo de morte¹. Assim, entende-se pela necessária discussão sobre o preparo dos profissionais das equipes multiprofissionais na Atenção Básica, diante das finitudes humanas e da forma como cuidam das pessoas que vivenciam este momento.

O processamento do *corpus*, as ações e as tecnologias

O processamento do *corpus* textual realizada pelo *software* IRAMUTEQ reconheceu grupos de palavras estatisticamente significativas e semelhantes dentre as categorias de profissionais en-

trevistados, as quais, ao serem organizadas e separadas, permitiram estabelecer dois grupos de ações desenvolvidas por profissionais da Atenção Básica no atendimento a pacientes em Cuidados Paliativos: ações mediadas por tecnologias leves de cuidados e ações mediadas por tecnologias leve-duras de cuidados.

O conceito de tecnologia compreende vários outros elementos, como o diálogo, a escuta, vínculo, integração, e não somente a aplicação de um conjunto de conhecimentos e uso de equipamentos no cuidado aos indivíduos e coletividades. No encontro entre qualquer trabalhador de saúde e os usuários, são utilizadas ferramentas tecnológicas que podem ser classificadas em três grupos: uma vinculada à propedêutica e aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, denominadas tecnologias duras; outra relacionada aos saberes clínicos e epidemiológicos, as tecnologias leve-duras; e uma última, que diz das relações entre trabalhadores e usuários, as tecnologias leves^{13,16}.

Nesse sentido, ações de cuidado mediadas por **tecnologias leves** incluem o acolhimento, vínculo e busca de autonomia dos sujeitos, por meio de um diálogo aberto e uma escuta qualificada, com o uso de linguagem adequada. As ações mediadas por **tecnologias leve-duras** compreendem conhecimentos técnico-científicos específicos a respeito

das medidas de manejo de pacientes em Cuidados Paliativos, especialmente aquelas relacionadas ao controle da dor e conforto^{16,17}. Na Tabela 3, estão representados exemplos dos léxicos que permitiram o estabelecimento da categorização das referidas ações.

As ações de cuidado mediadas por tecnologias leves

O suporte domiciliar em Cuidados Paliativos presuppõe a existência de uma rede assistencial disponível e flexível, que possa oferecer controle efetivo de sintomas, como a dor, além de um ambiente onde sejam priorizadas as necessidades de pacientes e suas famílias¹⁷. Assim, os membros das equipes da Atenção Básica precisam saber ouvir as demandas de tais pacientes, bem como apresentar as orientações necessárias ao cuidado, em uma linguagem acessível, dado que em tais situações as ações não objetivam a cura.

Os discursos dos profissionais entrevistados apontam para tal condição, posto que as ações explicitadas estejam envoltas em expressões como “*se a equipe abraça o paciente, a tendência é que o paciente tenha uma qualidade de vida melhor*” e “*às vezes basta você ir lá, ser visto, uma conversa já é suficiente*”. Nesse sentido, as ações de tecnologia leve apre-

Tabela 3

Grupos de palavras estatisticamente significativas e semelhantes, utilizadas para construir os dois grupos de ações desenvolvidas pelos profissionais entrevistados. Brasília-DF, 2020.

Ações de cuidado	Médicos	Enfermeiros	Técnicos de Enfermagem	Agentes Comunitários de Saúde
Ações mediadas por tecnologias leves de cuidados	Apoio	Cuidado	Atenção	Atenção Entender Informação Visita
	Orientar	Orientação	Orientar	
	Suporte emocional	Proximidade	Apoio	
	Conversar	Conforto	Vínculo	
	Acompanhar	Atenção	Suporte	
	Estar junto	Perto	Acalmar	
Ações mediadas por tecnologias leve-duras de cuidados	Medicamentos	Medicação	Curativo Medicação Tratamento Consulta Marcar (consulta)	Curativo Alimentação Medicação Material
	Tratamento	Curativo		
	Dor	Assistência		
	Procedimento	Alimentação		
	Visita	Sonda		
	Encaminhar	Dor		
Ajudar (receita)	Visita			

sentadas pelos profissionais, apontam para a necessária construção de vínculos entre as equipes e os pacientes e suas famílias, no intuito de manter uma postura sensível e de não abandono, mas que não aponte para falsas esperanças no que concerne ao futuro.

O *International Association for Hospice & Palliative Care* (IAHPC)¹⁸ refere que o cuidado em Cuidados Paliativos inclui as atitudes como a sensibilidade, empatia, compaixão e demonstração de interesse pela pessoa, bem como a preocupação por todos os aspectos do sofrimento do paciente, e não apenas os problemas físicos. As ações de cuidado pautadas pelas tecnologias leve permitem desenvolver atitudes de não julgamento do outro, qualquer que seja sua formação intelectual, étnica ou religiosa e o respeito aos aspectos socioculturais, visto que tais fatores compõem a identidade e influenciam no enfrentamento da pessoa.

As ações de cuidado mediadas por tecnologias leve-duras

Segundo Melo e Caponero¹⁹, na atuação das equipes de saúde com vistas à qualidade de vida, exige que ocorra o controle dos sintomas, a diminuição do sofrimento, a busca do conforto (físico e espiritual) e o fortalecimento dos vínculos familiares, pois o conceito de qualidade de vida engloba os aspectos físicos, sociais, psicológicos e espirituais de pacientes em Cuidados Paliativos.

Nesta direção, os discursos dos profissionais indicam ações de cuidado mediadas por tecnologias leve-duras, como a prescrição e administração de medicamentos, realização de curativos, orientação para alimentação por meio de sondas e interface com outros profissionais como assistente social, nutricionistas e psicólogos. Além de considerarem que a sua atuação deva estar centrada na orientação e no apoio ao doente e à família, frases como *“quando a gente precisa administrar um medicamento quando o cuidador não sabe, ajudar em um banho se necessário”*, dizem da necessária contribuição para uma melhor qualidade da vida por meio de procedimentos assistenciais.

Os profissionais destacaram que, por vezes, não conseguem ofertar uma assistência de qualidade aos doentes em situação de terminalidade e aos seus cuidadores, devido à grande demanda espontânea que atendem e também pela ausência de uma base mínima de conhecimento na assistência paliativa, o que poderia ampliar

em muito a possibilidade de atuação junto aos pacientes e famílias que atendem. Floriani e Schramm²⁰ também apontam esses aspectos em um estudo que trata dos desafios morais e operacionais da inclusão dos Cuidados Paliativos na rede de Atenção Básica.

Cabe ressaltar que, em se tratando de pacientes em Cuidados Paliativos, no âmbito dos cenários estudados, as equipes da Atenção Básica atuam em procedimentos como articular, junto à rede de serviços, as internações e outros procedimentos necessários ao bem-estar dos pacientes, identificar as necessidades, dispensar e prescrever medicamentos e outros recursos, como sonda e colchão d'água, e, quando do falecimento, fornecer o atestado de óbito.

O trabalho executado pelos profissionais da equipe de Atenção Básica em Cuidados Paliativos, em uso de tecnologias leve e leve-dura, com muita frequência difere do dia a dia daquele executado por tantos outros profissionais das equipes multiprofissionais, que trazem no bojo de suas ações intervenções físicas e químicas, pautadas pelas tecnologias duras, em detrimento do conhecimento da complexidade de viver e sentir daqueles que atendem¹⁷. Neste sentido, destaca-se a importância de ocorrer alterações na formação dos profissionais de saúde de modo que possam desenvolver e ampliar o conhecimento tanto teórico quanto prático em Cuidados Paliativos, independente do local ou nível de atenção em que venham a atuar²¹.

A atuação da Atenção Básica junto aos pacientes em Cuidados Paliativos

Além das ações desenvolvidas nas situações que vivenciaram, os profissionais entrevistados foram perguntados de que forma a Atenção Básica poderia atuar junto aos pacientes em Cuidados Paliativos. As respostas se referem a cuidados e atendimento também do campo das tecnologias leve e leve-dura, conforme trechos de discurso apresentados a seguir,

“Então cabe à gente orientar e se for necessário, encaminhar para um serviço especialização uma vez que a paciente tem um tempo menor de vida e deseja passar com a família a gente tem que ajudar nisso para esse paciente tem uma melhor qualidade de vida para família poder passar mais tempo com esse paciente”. (med02)

“Eu acho que na atenção básica o paciente fica mais próximo é possível estreitar esses laços familiares, sendo possível fazer acompanhamento psicológico com a família, treinamento familiar para saber cuidar do paciente. Seria interessante também a gente fazer mais visitas para ficar mais próximas das famílias e aí teria que ter uma integralidade maior da equipe em si”. (enf03)

“Eu acho que é, principalmente, orientando os familiares dependendo do paciente; por exemplo, a mudança de decúbito, ensinar a fazer para que ele possa ficar mais confortável, se o paciente for acamado. Passando as orientações para família se sentir segura e estar cuidando também daquele paciente em casa”. (tec03)

“Um coisa que eu percebo que falta é a humanização, é você conseguir ter um cuidado não só para a patologia, mas voltado também para o paciente como um todo e às vezes nem todos os profissionais tem essa sensibilidade de ouvir o paciente e depois entender e analisar todo o contexto que o paciente está inserido”. (acs01)

É sabido que a Atenção Básica é definida como o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com os serviços de saúde, sendo baseada em um conjunto de ações individuais e coletivas que envolvem a promoção, prevenção, proteção e cuidado integral à população em determinado território²². Deste modo, se configura como um importante mecanismo para a implantação de Cuidados Paliativos, pois sua atuação desde o início do tratamento de adoecimentos crônicos e degenerativos, está associada com melhora do controle dos sintomas, redução no número de internações hospitalares, maior satisfação do paciente e familiares, e redução de custos quando comparados aos cuidados empregados na atenção especializada²³.

Os discursos dos entrevistados indicam que reconhecem a Atenção Básica enquanto espaço para o desenvolvimento e implementação da abordagem paliativa de cuidado, na perspectiva de induzir positivamente a condição de saúde e a qualidade de vida, desenvolvendo ações educativas, de tratamento e cuidado integral, que considera as necessidades de saúde dos pacientes e familiares que vivenciam esta situação de adoecimento. Porém, é preciso que se reconheça que ainda há muito a ser feito, especialmente quando consideramos a complexidade das práticas em Cuidados Paliativos, a indisponibilidade de recursos (materiais e imateriais), a quebra na integralidade com consequente descontinuação dos cuidados e a fal-

ta de preparo dos profissionais para lidar com tais pacientes e suas famílias, mesmo diante da reconhecida capacidade destes para o estabelecimento de vínculos²⁰.

Cabe observar que alguns profissionais apontaram que a organização e condições do trabalho que exercem, os impede, por muitas vezes, de desenvolver ações voltadas para uma abordagem paliativa de cuidado. O excesso de demanda, a pressão pelo atendimento, ações assistenciais voltadas para emergências e a insuficiência no número de profissionais e equipes foram relatadas como obstáculos à melhor atuação em Cuidados Paliativos, além da ausência de preparo e educação permanente sobre a temática. Os trechos dos discursos abaixo ilustram tais achados.

“Eu acho que não é só culpa da equipe, eu acho que a gente lida com um excesso de demanda, muita pressão assistencial, muita gente querendo consulta por conta bobá, a pessoa vem por qualquer coisa e isso dá muita pressão assistencial e faz com que a gente tenha dificuldade de sair para fazer visitas, por exemplo”. (med05)

“Na atenção básica agora está um pouco mais voltada para emergência, pessoas que não estão bem; é bem diferente de quando a gente começou aqui que poderia atuar melhor em questões de cuidados paliativos”. (enf03)

“Então o que eu quero dizer com isso é que eu acho que precisa de mais equipes de NRAD, por exemplo, pra realmente ir às casas porque uma equipe só de NRAD não dá conta de toda a assistência que esse paciente precisa em casa, assim como a gente de ESF também não dá conta, devido a demanda dos pacientes”. (enf04)

“E pela superlotação; às vezes um paciente desse poderia estar com assistência em casa, mas devido à grande demanda da unidade, o profissional não pode se ausentar tantas vezes para fazer tipo de atendimento; eu acho que o fluxo de organização poderia atender melhor”. (tec06)

Sobre este aspecto, é possível identificar que o excesso de demandas repercute negativamente e compromete a assistência e abordagem adequada às necessidades da população atendida, o que pode ameaçar a efetiva implementação dos Cuidados Paliativos no contexto da Atenção Básica. O arcabouço normativo, importante do ponto de vista dos marcos legislativos, por si só não garante a existência ou execução de uma política pública, em que os esforços que têm sido

feitos para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos neste âmbito^{24,25}.

CONCLUSÃO

O estudo buscou identificar as ações desenvolvidas por profissionais das equipes da Estratégia de Saúde da Família na Atenção Básica, no atendimento a pacientes em Cuidados Paliativos, no sentido de compreender de que forma tais profissionais lidam com pacientes no cotidiano dos processos de trabalho.

Assim, chegou-se à descrição de ações mediadas por tecnologia leve de cuidado que incluem a construção de vínculo com pacientes e familiares, a escuta atenta, o diálogo, a linguagem acessível, a demonstração de interesse pela pessoa e a preocupação com os aspectos que envolvem o sofrimento do paciente e suas famílias. As ações mediadas por tecnologias leve-duras incluem procedimentos assistenciais, como realização de curativos, orientação para alimentação por meio de sondas, prescrição e administração de medicamentos.

Ressalta-se a necessidade de estabelecer processos contínuos e sistematizados de capacitação dos profissionais da Atenção Básica no manejo de pacientes em Cuidados Paliativos, visto que

tal nível de atenção apresenta grandes potencialidades para o cuidado mais próximo da pessoa e suas famílias, podendo contribuir para um acompanhamento mais humanizado daquelas pessoas em processo de finitude. Ocorre que, para tanto, entende-se pela necessidade de rediscutir e reorganizar as demandas de atendimento que chegam às unidades básicas e suas equipes, de modo que pacientes e famílias que vivenciam terminalidades e finitudes também possam ter acesso a cuidados mais sistematizados.

A melhor destinação de recursos e materiais, e o reordenamento da rede de serviços pode contribuir para dirimir as discontinuidades terapêuticas e assistenciais relacionadas aos pacientes em Cuidados Paliativos que necessitam de encaminhamento eficiente e cuidados mais próximos e continuados. O estudo apresentou como limitações a disponibilidade dos participantes em conceder a entrevista, o que demandou tempo para a coleta dos dados, bem como o prazo que tínhamos para execução da pesquisa. Sugere-se o desenvolvimento de estudos que abordem Cuidados Paliativos e Atenção Básica em outros cenários e contextos da rede de saúde no Distrito Federal, de modo a induzir novas discussões e investigações sobre a temática, com vistas a ampliar as compreensões sobre o fenômeno investigado.

REFERÊNCIAS

1. Combinato DS, Martins STF. (Em defesa dos) Cuidados Paliativos na Atenção Básica à Saúde. O Mundo da Saúde, São Paulo. 2012;36(3):433-441.
2. World Health Organization (WHO). Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers. Suíça, 2017. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250584/1/9789241565417-eng.pdf>.
3. Chagas MDS, Merhy EE. Trabalho vivo em ato na defesa da vida até na hora de morrer. Lugar Comum – Estudos de Mídia, Cultura, Democracia. 2009; 29:187-204.
4. Santos FS. O desenvolvimento histórico dos Cuidados Paliativos e a filosofia hospice. In: Santos FS, editor. Cuidados Paliativos: diretrizes, humanização e alívio dos sintomas. São Paulo, SP: Atheneu; 2010. p. 3-15.
5. Matsumoto DY. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. Manual de Cuidados Paliativos. Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). 2a Ed. São Paulo; 2012. p. 23-25. São Paulo, 2012.
6. World Health Organization. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. England: Worldwide Palliative Care Alliance; 2014. Available from: https://www.who.int/ncds/management/palliative-care/Infographic_palliative_care_EN_final.pdf.

7. 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, DF: Ministério da Saúde, 2017.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 41, de 31 de Outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 23 Nov 2018; sec. 1, p. 276.
9. Queiroz AHAB, Pontes RJS, Alves e Souza AMA, Rodrigues TB. Percepção de familiares e profissionais de saúde sobre os cuidados no final da vida no âmbito da atenção Básica à saúde. Ciênc. saúde coletiva. 2013; 18(9):2615-23.
10. Floriani CA, Schramm FR. Cuidados Paliativos: interfaces, conflitos e necessidades. Ciênc. saúde coletiva. 2008; 13(suppl 2):2123-2.
11. Acauan L, *et al.* Utilização do Software Iramuteq® para análise de dados qualitativos na Enfermagem: Um Ensaio Reflexivo. Reme: Rev. Min. Enferm. [Internet]. 2020; 24: e1326.
12. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. 14a Ed. São Paulo: Hucitec-ABRASCO; 2014.
13. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 4a Ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
14. Santos DS, Mishima SM, Merhy EE. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2018 Mar;23(3):861-70.
15. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, 12 dez. 2012. Diário Oficial da União 13 jun 2012; Seção 1.
16. Merhy EE, Feuerwerker LCM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. 1. ed. – Rio de Janeiro: Hexis, 2016.
17. Chagas MS, Abrahão AL. Care production in health team focused on living work: the existence of life on death territory. Interface (Botucatu). 2017; 21(63):857-67.
18. International Association for Hospice & Palliative Care. Manual of Palliative Care. 2nd ed. Houston: IAHPC; 2013.
19. Melo AGC, Caponero R. Cuidados Paliativos: abordagem contínua e integral. In: Franklin SS, organizador. Cuidados Paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Atheneu; 2009. p. 257-67.
20. Floriani CA, Schramm FR. Desafios morais e operacionais da inclusão dos Cuidados Paliativos na rede de atenção básica. Cad. Saúde Pública. 2007;23(9):2072-80.
21. Costa AP, Poles K, Silva AE. Palliative care education: experience of medical and nursing students. Interface (Botucatu). 2016; 20(59):1041-52.
22. Justino ET, *et al.* Os cuidados paliativos na atenção primária à saúde: scoping review. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2020; 28: e3324.
23. Melo CM, *et al.* Concepções, desafios e competências dos enfermeiros em cuidados paliativos na atenção primária à saúde. Revista Nursing. 2021; 24(277): 5833-5839.

24. Costa IP da, Pimenta CJL, Brito MJM de. Adversities experienced by professionals in the Primary Health Care: implications for the meanings of the work. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2019;23(3):e20180373. Available from: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0373>.
25. Rodrigues LF, Silva JFM da, Cabrera M. Cuidados paliativos: percurso na atenção básica no Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2022;38(9):e00130222. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT130222>.

Segurança do paciente idoso hospitalizado: revisão integrativa

The security of hospitalized elderly patient: integrative review

Cinthy Ramires Ferraz¹

Henrique Salmazo da Silva²

Beatriz Aparecida Ozello Gutierrez³

Maria Liz Cunha de Oliveira⁴

¹Enfermeira do controle e prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde – Centro Hospitalar Covid-19 da Fiocruz. FIOCRUZ e Mestre em Gerontologia pela Universidade Católica de Brasília.

²Bacharel em Gerontologia pela Universidade de São Paulo – Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Mestre em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e Doutor em Neurociência e Cognição pela Universidade Federal do ABC. Professor Doutor do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Universidade Católica de Brasília

³Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Docente da Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo.

⁴Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília. Mestra em Educação pela Universidade de Brasília. Graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade de Brasília. Docente da Universidade Católica de Brasília, da Universidade de Brasília e da Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires.

Autor correspondente:

Cinthy Ramires Ferraz.

E-mail: cinthya_ferraz@yahoo.com.br

Recebido em 18/06/2021

Aprovado em 16/03/2023

RESUMO

Objetivo: analisar a produção científica nacional sobre a segurança do paciente idoso hospitalizado e os tipos de eventos adversos que mais acometem esses pacientes.

Método: revisão integrativa realizada nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS – BIREME), *Scientific Eletronic Library Online* (Scielo) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), no período de 2010 a 2021, por meio da estratégia PICO.

Resultados: os 19 artigos selecionados abordaram os eventos adversos mais prevalentes em idosos hospitalizados, além dos desafios na implantação de um ambiente assistencial seguro e de qualidade para estes pacientes.

Conclusão: os principais eventos adversos (EA) que acometem esses pacientes são: lesão por pressão, quedas, reações farmacêuticas adversas e as infecções relacionadas à assistência à saúde. Além disso, foi identificado lacunas do conhecimento dos profissionais de saúde sobre este assunto.

Palavras-chave: Segurança do Paciente; Idoso; Eventos Adversos.

ABSTRACT

Objective: to analyze the national scientific production on the safety of hospitalized elderly patients and the types of adverse events that most affect these patients.

Method: integrative review carried out in the databases of the Virtual Health Library (BVS – BIREME), *Scientific Eletronic Library Online* (Scielo) and LILACS (Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences), from 2010 to 2021, through the PICO strategy.

Results: the 19 selected articles addressed the most prevalent adverse events in hospitalized elderly, in addition to the challenges in implementing a safe and quality care environment for these patients.

Conclusion: the main adverse events (AEs) that affect these patients are: pressure injuries, falls, adverse pharmaceutical reactions and infections related to healthcare. Furthermore, gaps in the knowledge of health professionals on this subject were identified.

Keywords: Patient Safety; Elderly; Adverse Events.

INTRODUÇÃO

O crescimento do envelhecimento da população nos últimos anos gerou discussões envolvendo as necessidades das pessoas idosas como usuárias dos sistemas de saúde, seja este público ou privado. É intensa a preocupação com a manutenção da qualidade da assistência à saúde dos idosos sem perder o controle dos custos para manter os tratamentos necessários¹.

Frente a isso, a internação hospitalar pode causar diminuição da capacidade funcional do idoso, pela influência de fatores externos, ambientais, físicos e culturais. No decorrer do processo saúde e doença, a hospitalização pode potencializar a fragilidade física e a vulnerabilidade emocional, uma vez que o ambiente hospitalar, comumente, é hostil².

Estudos têm demonstrado que, na atenção sanitária, são os idosos os protagonistas na ocorrência de eventos adversos³. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), eventos adversos (EA) são definidos como incidente ou circunstância que ocasiona dano apreciável e desnecessário ao paciente⁴.

O paciente idoso, no contexto hospitalar, representa um grupo altamente exposto à ocorrência de EA durante a prática assistencial, seja pela recuperação mais lenta, que prolonga o tempo de internação, seja pelo tipo de cuidado que necessita, seja, ainda, pela fragilidade própria do ciclo de vida⁵.

Considerando a especificidade do cuidado em saúde da população idosa e os estudos publicados relacionados à segurança do paciente, reitera-se a necessidade da discussão sobre a segurança dos

pacientes idosos hospitalizados, e levanta-se uma questão: quais são os eventos adversos mais prevalentes relacionados à assistência em saúde em idosos hospitalizados?

Na literatura verifica-se que os idosos, em especial os mais longevos e dependentes, são os que possuem maior suscetibilidade a EA em saúde como: quedas, insuficiência de cuidados, incapacidades, iatrogenias, hospitalizações recorrentes e óbito. Prevenir esses desfechos torna-se vital para a promoção de um cuidado de qualidade e centrado nas necessidades do paciente idoso^{6,7}. Nesse sentido, este estudo tem como objetivos: analisar a produção científica nacional sobre a segurança do paciente idoso hospitalizado e os eventos adversos mais prevalentes a estes pacientes.

MÉTODO

O estudo caracteriza-se como uma revisão integrativa, que teve como objetivo investigar a produção científica nacional sobre o tema “Segurança do Paciente Idoso Hospitalizado” que percorreu as seguintes etapas metodológicas: (1) estabelecimento da hipótese ou questão da pesquisa; (2) amostragem ou busca na literatura; (3) categorização dos estudos; (4) avaliação dos estudos incluídos na revisão; (5) interpretação dos resultados; e (6) síntese do conhecimento. A revisão integrativa de literatura é um método que tem como finalidade sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre um tema ou questão, de maneira sistemática, ordenada e abrangente^{8,9}.

Para a construção da questão norteadora deste trabalho, utilizou-se da estratégia PICO: P – população e problema; I – intervenção; C – Controle/ou comparação; e O – *outcome* (termo em inglês que significa desfecho)⁸. Assim, considerou-se P – pacientes idosos hospitalizados; I – avaliação dos eventos adversos em idosos hospitalizados; C – condições associadas aos eventos, como características sociodemográficas e de saúde dos idosos hospitalizados; e O – eventos adversos prevalentes. Nesta direção, a pergunta construída foi: quais os eventos adversos prevalentes na assistência à saúde aos idosos internados em hospitais brasileiros?

Na seleção dos artigos, foram utilizados como critérios de inclusão: artigos em português que abordassem na íntegra a segurança do paciente idoso hospitalizado. Como critério de exclusão foi utili-

zados: artigos repetidos na base de dados e que não abordassem o tema definido.

As fontes de informação selecionadas para a pesquisa foram: *Scielo* (Scientific Eletronic Library Online), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS – BIREME). O recorte temporal adotado foi de onze anos (2010 a 2021), a partir dos descritores em português Segurança do Paciente, Idoso, Eventos Adversos, e Enfermagem (Quadro 1). A pesquisa foi realizada entre Abril a Junho de 2021.

Quadro 1

Estratégia de busca para cada base de dados e quantitativo de artigos recuperados.

Base de dados	Descritores	Artigos recuperados
BIREME	“segurança do paciente”; “idoso”; “eventos adversos”; “enfermagem”	10
LILACS	“segurança do paciente”; “idoso”; “eventos adversos”; “enfermagem”	82
<i>Scielo</i>	“segurança do paciente”; “idoso”; “eventos adversos”; “enfermagem”	11

Os artigos encontrados nas bases de dados foram selecionados por dois revisores independentes, os quais analisaram os títulos e os resumos das publicações identificadas, aplicando os critérios de elegibilidade e, em caso de dúvida ou discordância, um terceiro revisor foi solicitado a emitir parecer sobre a inclusão ou não do estudo. Utilizou-se da medida Kappa para avaliar o grau de concordância entre os revisores, e o índice alcançado foi de 0,852.

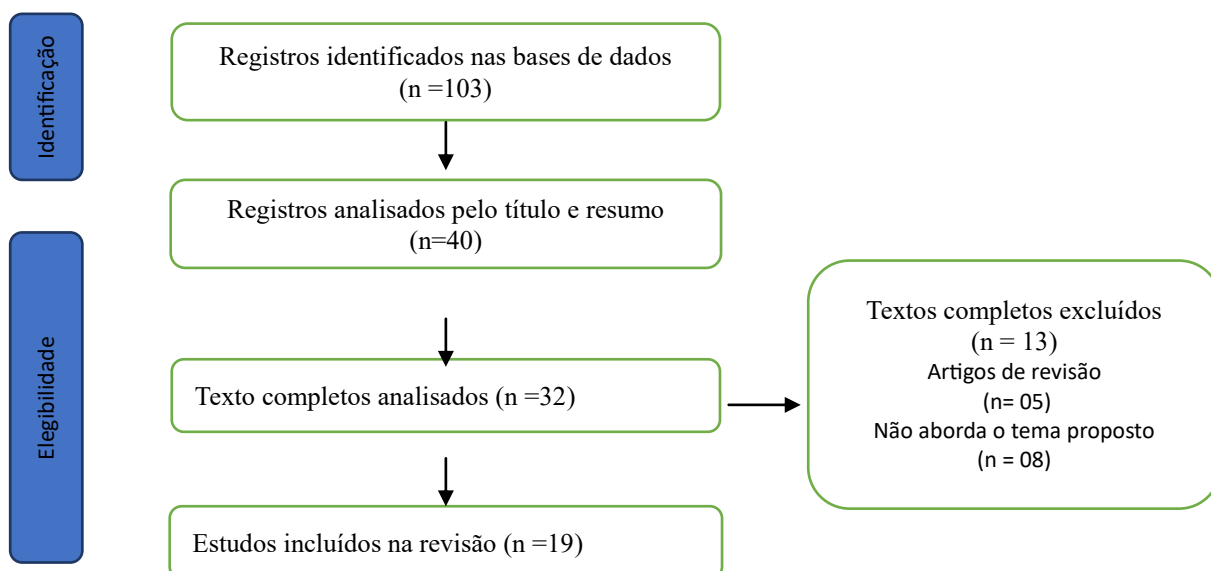
RESULTADOS

A partir dos parâmetros utilizados nesse estudo, foram obtidos 10 artigos no banco de dados da Bireme, 82 artigos no banco de dados da Lilacs e 11 artigos no banco de dados da Scielo, totalizando 103 artigos. Foram selecionados 40 artigos para a leitura dos títulos e resumos. Após a análise, 32 artigos foram selecionados para a leitura na íntegra, e destes, 19 artigos atenderam rigorosamente aos critérios de inclusão (Figura 1).

Dos 19 artigos inseridos nesta pesquisa, 14 (67%) foram publicados em português e 5 (33%), em inglês e português. Todos os estudos selecionados foram publicados em periódicos brasileiros. No Quadro 2 encontram-se descritos os dados de todas as produções analisadas, com o ano de publicação, título dos artigos científicos e delineamento dos estudos. No Quadro 3 estão os principais destaques.

Figura 1

Fluxograma PRISMA de seleção de estudo e processo de inclusão.



Quadro 2**Síntese de artigos incluídos na revisão integrativa. Brasília, Distrito Federal, Brasil, 2021.**

Autor e Ano	Título	Objetivos	Delineamento e cenário
Costa <i>et al.</i> , 2011	Caracterização das quedas do leito sofridas por pacientes internados em um hospital universitário	Caracterizar o perfil, fatores de risco e Diagnósticos de Enfermagem (DE) de pacientes adultos que sofreram quedas do leito na internação	Estudo descritivo e retrospectivo
Fernandes, <i>et al.</i> , 2012	Risco para úlcera por pressão em idosos hospitalizados: aplicação da escala de Waterlow	Mensurar o risco para úlcera por pressão em idosos hospitalizados	Estudo exploratório
Guimarães e Moura, 2012	Fatores associados ao uso de medicamentos impróprios de alto risco em pacientes idosos hospitalizados	Mensurar a frequência de medicamentos impróprios de alto risco na prescrição de admissão de pacientes hospitalizados e avaliar os fatores associados a este evento	Estudo de corte transversal
Oliveira e Reis, 2013	Caracterização das úlceras de pressão em idosos hospitalizados	Caracterizar as úlceras de pressão em idosos hospitalizados	Estudo exploratório descritivo
Vieira <i>et al.</i> , 2014	Caracterização e fatores de risco para úlceras por pressão na pessoa idosa hospitalizada	Identificar características sociodemográficas e clínicas; levantar os fatores de risco para úlceras por pressão identificadas em idoso hospitalizado	Estudo de coorte prospectivo, descritivo, quantitativo
Izaias <i>et al.</i> , 2014	Custo e caracterização de infecção hospitalar em idosos	Caracterizar perfil e custos de IH em idosos em um hospital terciário público	Estudo analítico, transversal
Santos <i>et al.</i> , 2015	Interação medicamentosa em idosos internados no serviço de emergência de um hospital universitário	Identificar a ocorrência de potenciais interações medicamentosas em prescrições médicas de idosos internados no Serviço de Emergência	Estudo transversal
Vaccari <i>et al.</i> , 2016	Segurança do paciente idoso e o evento queda no ambiente hospitalar	Investigar a segurança do paciente, autorrelatada pelos idosos, referente ao evento queda intra-hospitalar	Estudo quantitativo de corte transversal
Barcelos e Tavares, 2016	Fatores relacionados à ocorrência de eventos adversos em pacientes idosos críticos	Identificar os fatores relacionados à ocorrência de eventos adversos em pacientes idosos críticos internados em unidade de Terapia Intensiva segundo características demográficas e clínicas	Estudo de coorte retrospectivo
Rós <i>et al.</i> , 2017	Terapia intravenosa em idosos hospitalizados: avaliação de cuidados	Avaliar os cuidados de enfermagem na terapia intravenosa periférica em idosos internados ou em observação em um hospital-escola do sul do Brasil, nos meses de agosto e setembro de 2016	Estudo quantitativo, prospectivo
Barcelos e Tavares, 2017	Eventos adversos e óbitos entre idosos internados em unidade de terapia intensiva	Avaliar os cuidados de enfermagem na terapia intravenosa periférica em idosos internados ou em observação em um hospital-escola do Sul do Brasil	Estudo quantitativo e retrospectivo
Teixeira <i>et al.</i> , 2017	Prevalência de eventos adversos entre idosos internados em unidade de clínica cirúrgica	Estimar a prevalência, os tipos e os danos decorrentes de eventos adversos ocorridos entre idosos internados na clínica cirúrgica de um hospital de ensino da região Centro-Oeste	Estudo transversal, retrospectivo
Sarges <i>et al.</i> , 2017	Avaliação da segurança do idoso hospitalizado quanto ao risco de quedas	Avaliar a segurança do idoso hospitalizado quanto ao risco para quedas segundo os parâmetros da Morse Fall Scale	Estudo epidemiológico, transversal, prospectivo, descritivo

Autor e Ano	Título	Objetivos	Delineamento e cenário
Oliveira <i>et al.</i> , 2017	Avaliação de quedas em idosos hospitalizados	Avaliar a ocorrência de queda nos pacientes idosos internados que apresentavam alto risco para o evento	Estudo coorte
Sousa <i>et al.</i> , 2017	Óbitos em idosos com infecção adquirida em Unidades de Terapia Intensiva	Avaliar o desfecho clínico de idosos que adquiriram infecção hospitalar hospitalizados em Unidades de Terapia Intensiva, correlacionando os achados com variáveis sociodemográficas e clínicas	Estudo descritivo
Teixeira <i>et al.</i> , 2018	Fatores relacionados à ocorrência de eventos adversos em pacientes idosos internados	Analisar os fatores relacionados à ocorrência de eventos adversos registrados nos prontuários de idosos internados	Estudo transversal, conduzido com 260 internações ocorridas em clínica cirúrgica de hospital
Santana <i>et al.</i> , 2019	Cuidados da equipe de enfermagem na punção intravenosa periférica segura em idosos hospitalizados	Descrever os cuidados da Equipe de Enfermagem na punção intravenosa periférica segura em idosos hospitalizados	Pesquisa qualitativa
Lima <i>et al.</i> , 2019	Utilização de medicamentos potencialmente inapropriados por idosos hospitalizados	Verificar a prevalência de Medicamentos Potencialmente Inapropriados (MPI) prescritos para idosos em um Hospital Terciário	Estudo transversal
Silva <i>et al.</i> , 2020	Medidas de prevenção de queda em idosos hospitalizados	Avaliar medidas de prevenção de quedas prescritas e realizadas em idosos hospitalizados	Estudo quantitativo, transversal

Em relação ao ano de publicação, quatro (21%) estudos foram publicados antes de 2013, um (5%) em 2013, dois (11%) em 2014, um (5%) em 2015, dois (11%) em 2016, seis (32%) em 2017, um (5%) em 2018, dois (11%) em 2019 e um (5%) em 2020.

Quanto aos EA prevalentes em idosos hospitalizados relatados na literatura brasileira, estão: lesão por pressão (LPP), quedas, infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) e reações adversas medicamentosas (RAM). Para cada evento existem características clínicas, sociais e ambientais que predisõem ou favorecem os mesmos¹⁰.

A prevalência de EA foi de 58,8%, muito superior à estimativa de 10% da *World Health Organization*¹¹.

Sobre o perfil do idoso hospitalizado com EA e ao número de eventos, os estudos encontraram maior prevalência de EA, em idosos do sexo masculino e com maior complexidade de saúde^{11,12}. Do total de 336 de EA os maiores percentuais foram do tipo processo/procedimento clínico (77,39%)

seguido pelas infecções relacionadas à assistência (19,34%)¹². No estudo realizado em nove UTIs de um hospital público de alta complexidade, a prevalência do EA do tipo processo clínico e procedimento foi de 37,1%¹¹.

Quanto à prevalência de LPP, apesar de números amostrais e metodologias diferentes, cerca de 50% dos idosos avaliados apresentaram risco para EA^{13,14}. No estudo onde foram avaliados o risco para LPP de 53 pacientes idosos internados em um hospital universitário, através da aplicação da Escala de Waterlow, 33,96% apresentavam alto risco, 22,64% em risco e 9,43% altíssimo risco. Portanto 66,3% dos pacientes inseridos no estudo possuíam risco para desenvolver LPP¹³.

A queda foi o segundo evento adverso mais prevalente. No estudo de Costa *et al.*¹⁶, 41,51% tiveram pouco ou nenhum dano associado à queda, ao passo que no estudo de Vaccari *et al.*¹⁷, 33% dos pacientes idosos tiveram consequências moderadas ou graves, sendo que um paciente evoluiu para óbito decorrente de complicações de fratura.

Com relação à incidência, Oliveira *et al.*¹⁸ ao usar a escala *Fall Risk Score*, encontraram incidência acumulada do risco de quedas de 66,2% e a incidência acumulada de queda entre os idosos acompanhados no hospital foi de 13,54%.

No que se refere à RAM, a polifarmácia esteve associada ao aumento no risco de eventos adversos. Quanto ao tipo de medicamento ingerido, os estudos apontaram que os mais prevalentes foram os anti-hipertensivos, associando-se com o aumento do risco de queda^{19,20}.

Os medicamentos potencialmente inapropriados (MPI) foram apontados nos estudos como alto risco para efeitos adversos e foram os mais prescritos durante a hospitalização²². O uso de medicamentos inapropriados esteve associado com polifarmácia e sexo, mais prevalente em mulheres²⁰.

As intervenções farmacêuticas foram constantemente realizadas em pacientes com prejuízo da função renal e com menor taxa de filtração glomerular^{20,21}. Outros estudos encontraram maior chance de ocorrência de intervenções farmacêuticas em pacientes com RAM^{20,21}.

De acordo com os estudos, os idosos apresentam maior vulnerabilidade à IRAS. A incidência mensal de IRAS foi de 10,1% entre todos os pacientes internados e de 13,4% entre os pacientes idosos,

reforçando que os pacientes idosos são mais suscetíveis a IRAS^{22,23}.

Quando analisado os sítios de infecções, observou-se que 21,7% dos idosos tiveram dois sítios de infecção, em 5,6% dos idosos foram identificados até três sítios e 1,2% tiveram até quatro sítios de infecção. A multiplicidade de sítios de infecção aumenta o risco de complicações nesses pacientes, como a morbidade e mortalidade²².

Quanto aos tipos dos sítios, foram identificados mais de 16 tipos, sendo que o mais comum foi o trato respiratório (58,1%), urinário (28,6%) e sítio cirúrgico (4,6%)²⁴. Já o estudo realizado com pacientes idosos identificou que 39% apresentaram infecção do trato respiratório, 46,1% infecção do trato urinário, 32,3% infecção de corrente sanguínea e 40% infecção cirúrgica^{22,23}. A diferença entre os estudos pode estar relacionada ao perfil dos pacientes e a unidade, sendo a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) o maior sítio de infecções respiratórias do que em unidades como pronto-socorro, terapia intensiva e clínica médica²².

Os estudos analisados consideram os pacientes idosos como grupo de alto risco para a ocorrência de EA durante sua hospitalização. Afirmaram ainda, que esses eventos podem causar incapacitações temporárias ou permanentes, podendo prolongar o tempo de internação, aumentar o custo hospitalar e causar o óbito¹¹.

Quadro 3

Síntese dos principais destaque dos artigos incluídos na revisão integrativa. Brasília, Distrito Federal, Brasil, 2021.

Autor e Ano	Principais destaques
Costa <i>et al.</i> , 2011	A maior ocorrência de quedas foi em indivíduos do sexo masculino, com idade superior a 65 anos, com múltiplas morbidades e em uso de anti-hipertensivos. Os fatores de risco mais prevalentes foram mobilidade física prejudicada, presença de doença aguda, equilíbrio prejudicado e estado mental diminuído. Verificou-se que a maior parte das medicações em uso pelos idosos está na lista das classes de medicamentos descritos como potenciais riscos de quedas. O maior percentual de quedas ocorridas foi na clínica médica e o menor percentual foi na UTI. Monitorar eventos adversos como as quedas, favorece a análise da distribuição destes eventos, auxiliando no planejamento de medidas de intervenção, voltadas para a segurança do paciente. Os fatores de risco mencionados na literatura contribuem para a ocorrência deste evento, fazendo com que seja um evento prevalente em pacientes idosos.
Fernandes, <i>et al.</i> , 2012	Os idosos com maiores riscos foram aqueles do sexo feminino, que apresentavam aumento ou diminuição do índice de massa corporal, com idade acima de 65 anos, com comorbidades, maior período de internação e mobilidade física prejudicada. Os idosos evidenciam risco elevado de desenvolver úlcera por pressão, sendo um evento adverso prevalente durante a hospitalização nesta população, fazendo-se necessária a adoção de medidas de prevenção deste tipo de evento.

Autor e Ano	Principais destaques
Guimarães e Moura, 2012	A maior parte das prescrições médicas avaliadas foi de paciente do sexo masculino, com idade superior a 74 anos e internados em UTI. Entre as internações analisadas, constatou-se que 136 (18,2%) continham na prescrição de admissão ao menos um medicamento impróprio de alto risco. Os medicamentos impróprios mais encontrados foram: Diazepam (presente em 10,5% das prescrições), Amiodarona (2,8%), Amitríptilina (1,6%), Diazepam (0,8%), Fluoxetina (0,4%), Meperidina (0,4%), Metildopa (0,6%), Nifedipina (3,0%) e Prometazina (0,7%). Sobre Os Critérios de Beers são úteis e de fácil aplicação, e são importantes para a melhoria da farmacoterapia em idosos, mas não são completos para a lista de medicamentos adotados em protocolos terapêuticos do Brasil. Devido à vulnerabilidade dos idosos aos medicamentos e a polifarmácia as reações adversas medicamentosas (RAM) são eventos adversos prevalentes em pacientes idosos.
Oliveira e Reis, 2013	A ocorrência de úlceras por pressão foi maior em idosos do sexo feminino (43,6%), casado (38,5%), não alfabetizado (61,5%) e aposentado (46,2%), com média de idade de 73,10 (\pm 9,31) anos. Dos 39 idosos avaliados, 100,0% apresentaram Úlcera de Pressão; 61,5% apresentaram problemas de saúde associados à presença de UP e 94,9% relataram lesão cutânea prévia. Neste sentido, os pacientes idosos estão especialmente em risco maior de adquirir úlceras por pressão no cóccix, pela questão da idade, envelhecimento dos sistemas orgânicos, ocorrência de doenças crônico-degenerativas e outras patologias crônicas, problemas de imunidade e fragilidade do sistema tegumentar, sendo portanto um evento adverso prevalente durante a internação desta população.
Vieira <i>et al.</i> , 2014	Participaram do estudo 215 pessoas idosas, houve predomínio do sexo feminino e a faixa etária predominante foi de 60 a 70 anos. Na classificação do grau de risco pela Escala de Braden, verificou-se que a maioria, 114 dos entrevistados, não apresentava risco para desenvolver úlcera por pressão. Porém ainda, é significativa a percentagem (47%) de entrevistados que alcançaram escore de Braden menor ou igual a 18, indicando assim, risco para desenvolvimento da lesão. Quanto ao tempo de internação, encontrou-se média elevada. A maioria dos pacientes faziam o uso contínuo de anti-hipertensivo, que reduz o fluxo sanguíneo e a perfusão tissular, tornando estes pacientes mais suscetíveis. Tais achados contribuem para que as úlceras por pressão sejam eventos adversos prevalentes em pacientes idosos
Izaias <i>et al.</i> , 2014	Houve 341 idosos com infecção hospitalar (IH) o que representa uma incidência de 17% de infecção entre aqueles internados. Em relação ao tempo de internação, obteve-se uma média de 24 dias de permanência para os pacientes idosos que apresentaram infecção hospitalar. Entre os idosos com infecção houve um custo médio por paciente de R\$ 28.714,08 com a internação. Foi encontrado um total de 437 registros de infecções hospitalares, sendo que 21,7% dos idosos apresentaram 2 sítios; em 5,6% dos idosos foi detectado até 3 e 1,2% tiveram até 4 tipos. A pesquisa descreveu como a ocorrência de infecção hospitalar em pacientes idosos gera repercussões diretas e indiretas, incluindo custos elevados para o serviço, maior tempo de permanência nas unidades de internação. O estudo apontou que a incidência média mensal de infecções hospitalares entre os idosos foi cerca de 3% maior que aquela de IH detectadas nos pacientes não idosos. A vulnerabilidade do idoso faz-se com que as IH sejam eventos prevalentes nesta população.
Santos <i>et al.</i> , 2015	O número de medicamentos das prescrições variou de duas a 14; a média por prescrição foi de 5,8 medicamentos do total de 101 prescrições médicas. Os mais frequentes Omeprazol (7%), Sinvastatina (5,5%) e Enoxaparina (5,4%). Após análises feitas na base de dados Drugs.com, identificaram-se nas prescrições os potenciais interações medicamentosas, sendo cinco (7%) interações graves, 19 (26,8%) moderadas e cinco (7%) leves. Algumas prescrições apresentaram mais de uma interação: grave e moderada oito (11,3%), moderada e leve 15 (21,1%), grave, moderada e leve 19 (26,8%). Tais achados corroboram para a alta prevalência de eventos adversos em pacientes idosos.
Vaccari <i>et al.</i> , 2016	Referente ao perfil clínico dos idosos internados, destaca-se que 104 (81,9%) utilizavam medicamento de uso contínuo. Os déficits sensoriais foram relatados por 94 (74%), entre eles, destacou-se o visual 90 (70,8%), seguido do auditivo 29 (22,8%), tátil 5(3,9%) e outros três (2,3%) (déficit gustativo e de deglutição). Referente ao uso de tecnologia assistiva, 111 (87,4%) relataram utilizar alguma tecnologia de apoio para as atividades de vida diárias. O uso de óculos e prótese dentária (superior, inferior ou ambas) foi descrito por 84 (66,1%) entrevistados. Como auxílio para locomoção, 22 (17,2%) idosos referiram utilizar alguma tecnologia assistiva, como bengala, cadeira de rodas ou andador. 58 (45,8%) idosos consideram que existe o risco de cair dentro do hospital, enquanto 69 (55,2%) negam esse risco. A tontura e a perda do equilíbrio ao levantar do leito foram apontadas como risco de queda por 48 (37,8%). Quanto às orientações para prevenção de quedas, 79 (62,2%) referiram não ter recebido orientações, e somente 40 (31,3%) souberam repetir pelo menos uma das orientações realizadas pela equipe de enfermagem. Observa-se que dos 58 (45,8%) que referiram existir risco de queda no ambiente hospitalar, 18 (31%) apontam como situações ou locais de maior risco o banheiro, 12 (20,6%) relataram que a queda pode ocorrer por diversos fatores e nove (15,5%) destacaram o chão molhado. Verificou-se que as orientações para prevenção de quedas no ambiente hospitalar não abrangeram a totalidade dos pacientes idosos, considerando que neste estudo, 79 (62,2%) deles referiram não ter recebido informações. Diante dos achados, a queda deve ser considerada um evento adverso prevalente e medidas de prevenção devem ser adotadas.

Autor e Ano	Principais destaques
Barcelos e Tavares, 2016	Do total de 315 idosos, 221 (70,2%) não sofreram qualquer tipo de EA moderado e grave, enquanto 94 (29,8%) foram vítimas dessas ocorrências. Do grupo de pacientes que sofreu eventos, 44 (46,8%) procederam de áreas críticas e 36 (38,3%) foram a óbito, proporções diferentes do grupo que não sofreu EA, com 73 (33,1%) oriundos das áreas críticas e 53 (24,0%) não sobreviventes. A média de idade do total da amostra é de 71,30 anos, sendo de 70,76 anos no grupo que não sofreu EA moderado e grave e de 71,53 anos no grupo que sofreu esse tipo de ocorrência. Os tipos de EA mais prevalentes foram relacionados a processos clínicos e procedimentos, acidentes com os pacientes e infecções. Um estudo mexicano que analisou EA hospitalares em adultos por idade e sexo corrobora os resultados desta investigação, visto que se observou uma proporção maior de eventos moderados e graves relacionados a processos ou procedimentos clínicos vinculados aos idosos e caracterizados por intervenções terapêuticas. Os resultados do estudo apontam a vulnerabilidade dos idosos aos eventos adversos e que estes são prevalentes nesta população.
Rós <i>et al.</i> , 2017	Participaram do estudo 80 pacientes com idade média de 70,7 ± 7,8 anos, sendo 51 (63,7%) do sexo masculino. Quanto à unidade, 26 (32,5%) estavam na Urgência/Emergência, 26 (32,5%) em Unidade de Internação Clínico Cirúrgico e 28 (35%) no Estudo Hemodinâmico. A ocorrência de evento adverso relacionado à terapia intravenosa periférica (flebite/extravasamento de fluidos) ocorreu em seis pacientes (7,5%), sendo a incidência semelhante nos setores analisados (dois em cada setor). Estudos nacionais publicados sobre a adesão às medidas de prevenção de infecção de corrente sanguínea, relacionadas à terapia intravenosa periférica, envolvendo somente a população idosa, não foram encontrados, sendo estes mais voltados à população adulta ou pediátrica. Não existe um diagnóstico amplo sobre os problemas relacionados à terapia intravenosa periférica em pacientes idosos. Isto demonstra a necessidade de avaliação de indicadores de qualidade, bem como de educação permanente dos profissionais de saúde para reforçarem a cultura de segurança nos hospitais.
Barcelos e Tavares, 2017	A coorte foi formada por 355 pacientes com idade média de 60,2 anos. Destes, 32,4% apresentaram EA, a taxa de incidência foi de 9,4 EA por 100 pacientes-dia (324 de 3.448 pacientes-dia), com média de 2,8 EA por paciente (324 de 115). A maioria dos pacientes foi internada por motivo cirúrgico (74,9%) durante a internação na UTI. O tempo médio de internação, na enfermaria, foi de 9,9 dias. O número de medicamentos esteve diretamente associado à ocorrência de EA, especialmente o uso de aminas vasoativas e sedativas. O uso de cinco ou mais medicamentos concentrou cerca de 98,3% de EA. Do total de pacientes, 23,4% evoluíram para óbito e a taxa bruta de mortalidade na UTI foi de 2,4 por 100 pacientes. Constatou-se que 32 pacientes apresentaram 51 eventos adversos de infecção associada aos cuidados de saúde, correspondendo a uma proporção de 9%. Infecção primária de corrente sanguínea (6,1%), pneumonia (4,7%) e infecção de acesso vascular central (3,4%) foram os tipos mais frequentes. O estudo identificou como evento adverso mais prevalente nos pacientes idosos foram relacionados a medicamentos e infecção relacionada à assistência à saúde.
Teixeira <i>et al.</i> , 2017	Foram analisadas 260 internações de idosos, houve prevalência de 58,8% de evento adverso (EA). Nesse total, havia registro de 531 EA com média de 2,04 eventos adversos por internação. Em uma única internação houve registro de até 28 EA. O tipo de EA mais frequente foi relacionado ao processo clínico (90%). Entre esses, houve 80,2% registros de dor aguda não resolvida durante o pré e/ou pós-operatório, exigindo substituição ou adição de terapia medicamentosa. A prevalência de EA foi muito superior à estimativa de 10% da <i>World Health Organization</i> . Podem ter contribuído para EA a polifarmácia, o alto índice de comorbidades, e tempo de internação. Os eventos mais prevalentes foram dor aguda não resolvida, retirada não programada de dispositivos, reação adversa a medicamentos e infecções relacionadas à assistência à saúde.
Sarges <i>et al.</i> , 2017	A maioria dos idosos estavam na faixa etária entre 60 e 70 anos e eram do sexo masculino. As pulseiras de identificação do paciente estavam ausentes em 100% dos idosos, assim como a similaridade de nomes estava presente na mesma enfermaria em cerca de 22,7% dos casos. Faziam uso de polifarmácia cerca de 52%. Dos idosos, 93,3% foram submetidos a algum tipo de procedimento invasivo, entre eles a punção de algum vaso (65,3%). Observa-se que, segundo os parâmetros da escala de Morse, houve risco elevado para quedas na maioria dos idosos da amostra e se medidas de prevenção não forem aplicadas, a queda pode ser um evento adverso prevalente.

Autor e Ano	Principais destaques
Oliveira <i>et al.</i> , 2017	A idade dos pacientes variou de 60 a 95 anos, com média de 74,81 anos, mediana de 75 anos e desvio padrão (DP) de 87,9 anos. O tempo de internação no hospital variou de um a 177 dias, apresentando uma média de 24 dias, mediana de 18 dias e DP de 24,73. Um tempo prolongado na hospitalização do idoso pode desencadear uma série de eventos, como infecções, úlceras, quedas, entre outros que, frequentemente, culminam na diminuição da capacidade funcional e da qualidade de vida, podendo aumentar a taxa de morbimortalidade, a piora do seu prognóstico e a predisposição ao processo de fragilização. Houve uma incidência de 13,54% de quedas, com um intervalo de confiança variando de 7,41% a 22,04%, podendo ser considerado um evento prevalente nesta população.
Sousa <i>et al.</i> , 2017	As características sociodemográficas e clínicas influenciaram o desfecho clínico de idosos com infecção na UTI, contribuindo para uma taxa elevada de óbito. No que concerne à infecção hospitalar em idosos no Brasil, há uma lacuna de pesquisas, em especial quando envolve a faixa de idade superior aos 80 anos. Dentre as diferentes topografias, as infecções do trato respiratório (ITR) foram as mais frequentes nesta pesquisa. O desfecho clínico de idosos que adquirem infecção na Unidade de Terapia Intensiva é influenciado por variáveis sociodemográficas (faixa etária, tempo de internação, presença de comorbidades pré-existentes) e clínicas (diagnóstico principal de internação, topografia da infecção hospitalar e uso de procedimentos invasivos), o que faz com que seja um evento adverso prevalente em pacientes idosos.
Teixeira <i>et al.</i> , 2018	Na análise univariada, os fatores relacionados à ocorrência dos eventos adversos foram: presença de acompanhante (OR 1,83, IC95% 1,11-3,02); tempo de internação igual ou superior a nove dias (OR 38,78, IC95% 9,23-162,90); prescrição de seis ou mais medicamentos por dia (OR 2,39, IC95% 1,40-4,07); infusão de hemoderivado (OR 3,23, IC95% 1,48-7,04); uso de cateter (OR 2,47, IC95% 1,17-5,23) e uso de sonda (OR 2,03, IC95% 1,18-3,47). A análise de regressão logística múltipla indicou a variável tempo de internação com associação independente, com probabilidade 34 vezes maior de ocorrer eventos adversos entre os idosos com tempo de internação igual ou superior a nove dias. Pacientes idosos apresentam elevado risco de sofrer eventos adversos durante o período de internação.
Santana <i>et al.</i> , 2019	Os aspectos considerados pela equipe de Enfermagem para a obtenção do AVP seguro na pessoa idosa hospitalizada estão voltados para as características peculiares do envelhecimento, a condição clínica, o local ideal para a inserção do AVP e a escolha do cateter, de acordo com o tipo de solução a ser infundido. Esses cuidados, porém, eram realizados sem sistematização ou padronização, indo, muitas vezes, de encontro às recomendações e evidências científicas, o que pode implicar a ocorrência de eventos adversos entre os idosos hospitalizados. Os resultados revelam a necessidade de educação permanente e boas práticas pautadas nas melhores evidências do conhecimento sobre o processo de envelhecimento e princípios do Programa Nacional para a Segurança do Paciente.
Lima <i>et al.</i> , 2019	Participaram do estudo 34 idosos com idade média de 68,1 ($\pm 6,6$) anos e todos submetidos à polifarmácia. Considerando o perfil dos MPI, os mais comumente prescritos foram: óleo mineral (n = 12; 16,0%), Dexclorferinamina (n = 10; 13,3%), Omeprazol (n = 10; 13,3%), Levomepromazina (n = 5; 6,6%) e Risperidona (n = 5; 6,6%). Todos os MPI identificados (n = 23, 100%) possuem força de recomendação forte, o que significa que os eventos adversos, prejuízos e risco superam os benefícios da utilização do medicamento. Um total de 9 (26,5%), 13 (38,2%) e 27 (79,5%) idosos tiveram pelo menos 1 MPI prescrito que se enquadra na seguinte classificação: sempre deve ter seu uso evitado no idoso, deve ser utilizado com cautela no idoso ou deve ter sua dose ajustada a partir da função renal do idoso, respectivamente. Diante do exposto, reações adversas a medicamentos torna-se um tipo de evento prevalente em idosos.
Silva <i>et al.</i> , 2020	A amostra do estudo foi composta por 153 idosos, 101 (66%) mulheres e 52 (34%) homens, 66% raça branca, idade mediana de 70 anos. Os idosos com maior chance de sofrer queda foram as mulheres: 70 (76,6%) (p = 0,00162), evidenciando no total 92(60,9%) idosos com risco de queda. Os cuidados como registro de necessidade de promover um ambiente seguro, seguidos da prescrição de auxílio a movimentação no leito e fora do leito e sinalização do risco de queda no leito, possuem um percentual de prescrição abaixo de 25% dos idosos com risco de queda. É possível observar que as medidas de prevenção de queda relacionado ao uso de vestuário e calçado adequados para movimentação segura, a orientação para o idoso e/ou familiares como prevenir a ocorrência de queda e também sobre os efeitos colaterais das medicações foi realizada acima de 50% dos idosos com risco de queda, porém a prescrição ocorreu abaixo de 6,5% para os idosos com risco. Isto expõe a equipe e a instituição a um gasto de horas de trabalho, esforço e material, desnecessário, sem que o resultado esperado de um cuidado seguro seja garantido a todos que precisam.

DISCUSSÃO

A segurança do paciente representa um dos maiores desafios para a excelência da qualidade no serviço de saúde²⁴. A maioria das pesquisas sobre a temática foi publicada a partir de 2013, após o estabelecimento dos Requisitos de Boas Práticas para o funcionamento de Serviços de Saúde e a implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente, evidenciando aumento dos estudos sobre a segurança do paciente idoso hospitalizado.

Entre os EA mais prevalentes nos estudos analisados está a LPP, que estão entre os fatores que geram custos dispendiosos de tratamento e cuidados na população idosa, tendo como fatores predisponentes a perda da elasticidade da pele, hidratação cutânea diminuída e a perda da sensibilidade¹¹. A incidência deste evento possui grande relevância para a prática clínica e para o cuidado de enfermagem, e reflete a qualidade da assistência prestada pelos profissionais de saúde¹⁴. Ações de prevenção na admissão do paciente idoso, educação em saúde e acompanhamento no pós-alta estão entre os fatores que podem se mostrar efetivos na redução das LPP¹⁵.

Os eventos relacionados a queda estiveram associados ao aumento do tempo de hospitalização, maior exposição às infecções relacionadas à assistência à saúde, e possuem como consequências a dor, escoriações, edemas, ferimentos, hematomas e fraturas, traumas e traumatismo cranianos – encefálicos^{18,25}.

A qualificação da equipe foi citada como primordial nos cuidados, o que pode se associar ao uso de ferramentas de rastreio e o estabelecimento de medidas preventivas pautadas na modificação dos fatores intrínsecos e extrínsecos associados às quedas. Isso porque identificou pouca sensibilidade entre os enfermeiros de diagnosticar risco de quedas em idosos²⁵. Os resultados indicam que os enfermeiros estão pouco atentos à análise de risco na admissão do paciente, sendo este um fator fundamental para que o enfermeiro realize uma assistência segura ao seu paciente²⁵.

Além disso, nem sempre a avaliação mais acurada da equipe de enfermagem resultará na redução dessas prevalências, o que demonstra que não basta só avaliar, mas sim modificar os fatores extrínsecos e intervir em fatores intrínsecos que possuem relação com as quedas²⁵.

Os eventos adversos relacionados à terapia medicamentosa foram evidenciados nos estudos analisados, como sendo elevados e que podem contribuir para o desenvolvimento do declínio funcional dos idosos internados²¹. Neste sentido sugere-se a avaliação das prescrições, bem como a realização de intervenções farmacêuticas, com o intuito de reduzir o número de prescrições inapropriadas^{20,21}. A adaptação dos critérios de Beers ao contexto do Brasil, com vista a completar a lista de medicamentos adotados nacionalmente, também podem auxiliar na redução dos casos de RAM nos pacientes idosos¹⁹.

Embora sejam evitáveis, as IRAS também foram apontadas nos estudos como eventos adversos mais prevalentes em pacientes idosos^{22,23}. As IRAS geram repercussões diretas e indiretas, incluindo custos elevados para o serviço, maior tempo de permanência nas unidades de internação, elevando os riscos quanto às infecções secundárias^{22,26,27}.

Como medidas preventivas de infecção hospitalar que podem ser facilmente implantadas e sem grandes custos, estão: a educação da equipe; a adoção dos princípios de técnica cirúrgica e os cuidados perioperatórios; a desinfecção e o manuseio correto dos equipamentos; higienização das mãos, o uso de luvas e aventais; a prevenção de broncoaspiração; o posicionamento adequado de cateteres e sacos coletores de diurese; bem como a observação da necessidade de troca dos mesmos²².

Em síntese, cada EA possui sua especificidade, fatores de risco e medidas que devem ser implantadas para a sua prevenção²⁸.

A população idosa hospitalizada, diferente dos idosos vivendo em comunidade, é mais frágil e necessita de cuidados mais intensivos. Somado a isso, no Brasil, diante da escassez de acesso e da pouca efetivação da gestão da clínica, torna-se necessário colocar em pauta a adoção de diretrizes clínicas no âmbito do cuidado do paciente idoso, fato que a enfermagem dentro do processo de cuidar, aliada a outros profissionais de saúde, tem um papel fundamental^{24,27,28}.

Este estudo trata-se de um recorte da produção acadêmica da literatura nacional entre 2010 a 2021, e possui como limitações: restringir-se à produção brasileira; e não discutir acessibilidade em saúde, haja vista que a hospitalização tende a ser um desfecho associado à fragilização e, muitas vezes, a porta de entrada do idoso no sistema de saúde e não considerar variáveis de gestão e de

outros processos subjacentes à assistência ao idoso hospitalizado. Contudo, o conhecimento sobre esse assunto ainda é limitado no Brasil e outros estudos justificam-se.

CONCLUSÃO

A prevalência de EA em idosos hospitalizados esteve muito acima do recomendado pela OMS, e os EA prevalentes foram: lesão por pressão, quedas, reações farmacêuticas adversas e as infecções relacionadas à assistência à saúde.

Além disso foi possível identificar a falta de conhecimento dos profissionais da saúde acerca das medidas de prevenção de eventos adversos, assim como da segurança do paciente idoso hospitalizado.

Destaca a necessidade de adoção de medidas de prevenção subsidiadas por ações de planejamento da assistência e avaliação das necessidades biopsicossociais dos idosos, de modo a promover a segurança e a melhoria da qualidade do cuidado ao idoso hospitalizado.

REFERÊNCIAS

1. Wagner JT, Bachmann LM, Boulton C, Harari D, von Renteln-Kruse W, Egger M, *et al.* Predicting the risk of hospital admission in older persons: validation of a brief self-administered questionnaire in three European countries. *J Am Geriatr Soc.* 2006;54(8):1271-6. DOI:10.1111/j.1532-5415.2006.00829.x.
2. Both JE, Leite MT, Hildebrandt LM, Beuter M, Muller LA, Linck CL. Qualificação da equipe de enfermagem mediante pesquisa convergente assistencial: contribuições ao cuidado do idoso hospitalizado. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* 18(3) Jul-Set 2014. [citado 14 Jul 2018];16(4):746-51. DOI: 10.5935/1414-8145.20140069.
3. Nascimento CCP, Toffoletto MC, Gonçalves LA, Freitas WG, Padilha KG. Indicators of healthcare results: analysis of adverse events during hospital stays. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2008[cited 14 Jul 2018];16(4):746-51. Available from: DOI: 10.1590/S010411692008000400015.
4. World Health Organization. World alliance for patient safety: forward programme 2006-2007 [Internet]. 2006 [cited 04 Nov 2017]; Geneva. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/en>.
5. Ackroyd-stolarz S, bowles SK, Giffin L. Validating administrative data for the detection of adverse events in older hospitalized patients. *Drug Healthc Patient Saf.* 2014 Aug;13(6):101-8. [cited 14 Jul 2018];16(4):746-51. DOI: 10.2147/DHPS.S64359.
6. Gutierrez BAO, Silva HSS, Shimizu HE. Biopsychosocial aspects and the complexity of care of hospitalized elderly. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2014 Oct [cited 2019 June 28];27(5):427-433. DOI: 10.1590/19820194201400071.
7. Storti, LB, Fabricio-Weber, SCC, Kusumota, L, Rodrigues, RP, Marques, S. Frailty of elderly patients admitted to the medical clinic and emergency unit at a general tertiary hospital. *Texto & Contexto Enferm.* [Internet]. 2013 [cited 02 Feb 2018]; 22(2), 452-9. DOI:10.1590/S0104-07072013000200022.
8. Higgins JPT, Green S. *Cochrane Handbook for Systematic Review of Interventions.* Version 5.1.0. [Internet]. London: The Cochrane Collaboration; 2011 [cited 16 Jan 2018]. Available from: <https://training.cochrane.org/handbook/current>.
9. Ercole FF, Melo LS, Alcoforado LGC. Revisão integrativa versus revisão sistemática. *Ver Min Enferm.* 2014;[citado 24 Jul 2021]; 18(1): 1-260. DOI: 10.5935/1415-2762.20140001.
10. Toffoletto MC, Barbosa RL, Andolhe R, Oliveira, EM Ducci. Factors associated with the occurrence of adverse events in critical elderly patients. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 [cited in 08 Feb 2018]; 69(6), 977-83. DOI: 10.1590/0034-7167-2016-0199.

11. Barcelos RA, Tavares DMS. Eventos adversos e óbitos entre idosos internados em unidade de terapia intensiva. *Acta Paul Enferm.* [Internet]. 2017 [citado 02 Feb 2018]; 30(2), 159-67. DOI: 10.1590/1982-0194201700025.
12. Teixeira CC, Bezerra ALQ, Paranaguá TTB, Pagotto V. Fatores relacionados à ocorrência de eventos adversos em pacientes idosos internados. *Rev baiana enferm* [Internet]. 2018 [citado 22 Feb 2019]; 32:e25772. DOI: 10.18471/rbe.v32.25772.
13. Fernandes MGM, Costa KNFM, Santos SR, Pereira MA, Oliveira DST, *et al.* Risco para úlcera por pressão em idosos hospitalizados: aplicação da escala de Waterlow. *Rev. enferm. UERJ* [Internet]. 2012 [citado 04 Feb 2018]; 20(1): 56-60. Available from: <https://doaj.org/article/aacb197ff2464e98a80f98c6408ee790>.
14. Vieira CPB, Sá MS, Madeira MZA, Luiz MHBA. Caracterização e factores de risco para úlcera por pressão na pessoa idosa hospitalizada. *Rev Rene.* [Internet]. 2014 [citado 03 Feb 2018]; 15(4): 650-58. DOI: 10.15253/2175-6783.2014000400012.
15. Oliveira N, Reis LA. Caracterização das úlceras de pressão em idosos hospitalizados. *Revista Enfermagem Contemporânea* [Internet]. 2013 [citado 06 Feb 2018]; 2(1):146-56. DOI: 10.17267/2317-3378rec.v2i2.289.
16. Costa SGRF, Monteiro DR, Hemesath MP, Almeida MA. Caracterização das quedas do leito sofridas por pacientes internados em um hospital universitário. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2011 Dez;32(Rev. Gaúcha Enferm., 2011 32(4)):676-81. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000400006>.
17. Vaccari E, Lenardt MH, Willig MH, Betiolli SE, Andrade LAS. Segurança do paciente idoso e o evento queda no ambiente hospitalar. *Cogitare Enferm.* [Internet]. 2016 [citado 06 Feb 2018]; 21(nº esp): 1-9. DOI: 10.5380/ce.v21i5.45562.
18. Oliveira DU, Erccole FF, Melo LSM, Matos SSM, Campos CC, Fonseca EAM. Avaliação de quedas em idosos hospitalizados. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 11(Supl. 11):4589-97, nov., 2017. [citado 13 jun 2019]. DOI: 10.5205/reuol.11138-99362-1-SM.1111sup201707.
19. Guimarães PL, Moura CS. Fatores associados ao uso de medicamentos impróprios de alto risco em pacientes idosos hospitalizados. *Rev Bras Farm Hosp Serv Saúde* [Internet]. 2012 [citado 04 Feb 2018]; 3(4): 15-9. Available from: <http://www.sbrafh.org.br/rbfhss/public/artigos/2012030418BR.pdf>.
20. Antunes JFS, Okuno MFP, Lopes MCBT, Campanharo CRV, Batista REA. Interação medicamentosa em idosos internados no serviço de emergência de um hospital universitário. *Reme: Rev. Min. Enferm.* [Internet]. 2015 Dez [citado 2021 Jun 14]; 19(4):907-912. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20150070>.
21. Lima LYR, Rezende DMRP, Galetti J. Utilização de medicamentos potencialmente inapropriados por idosos hospitalizados. *Braz. J. of Develop.*, Curitiba, v. 5, n. 10, p. 17952-17966 oct. 2019. [citado 14 jun 2021]. DOI: 10.34117/bjdv5n10-061.
22. Izaias EM, Dellaroza MSG, Rossaneis MA, Belei RA. Custo e caracterização de infecção hospitalar em idosos. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2014 [citado 01 Feb 2018]; 9(8), 3395-402. Available from: <https://doi.org/10.1590/141381232014198.12732013>.
23. Rós ACR, Oliveira DR, Debon R, Scaratti, M. Terapia intravenosa em idosos hospitalizados: avaliação de cuidados. *Cogitare Enferm.* [Internet]. 2017 [citado 01 Feb 2018]; (22)2: 49989. Available from: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i2.49989>.

24. Cavalcante A, Cardoso-Rocha R, Tolstenko-Nogueira L, Dantas-Avelino F, Santiago-da-Rocha S. Cuidado seguro ao paciente: contribuições da enfermagem. *Revista Cubana de Enfermería* [Internet]. 2015 [citado 23 Mar 2023];31(4). Disponible en: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/907>.
25. Silva EN, Saka AM, Trelha CS, Cabrera MAS, Dellaroza MSG. Medidas de prevenção de queda em idosos hospitalizados. *Enferm. Foco* 2020;11(6):172-8. [citado 13 jun 2021]. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3419/1071>.
26. Santana RCB, Pedreira LC, Guimarães FEO, Almeida LPB, Reis LA, Menezes TMO, Carvalho ESS. Cuidados da equipe de Enfermagem na punção intravenosa periférica segura em idosos hospitalizados. *REME – Rev Min Enferm.* 2019 [citado 13 jun 2021];23:e-1182. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20190030>.
27. Sousa AFL, Queiroz AAFLN, Oliveira LB, Moura LKB, Andrade D. Óbitos em idosos com infecção adquirida em unidades de terapia intensiva. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2017 [citado 02 Fev 2018]; 70(4):733-39. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0611>.
28. Sarges NA, Santos MIPO, Chaves EC. Evaluation of the safety of hospitalized older adults as for the risk off alls. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2017 [cited in 02 Feb 2018]; 70(4):860-867. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0098>.

Tecnologia assistencial no processo de elaboração de protocolo para aplicação do brinquedo terapêutico na pediatria

Assistive technology in the protocol elaboration process for the application of therapeutic toy in pediatrics

Adriana de Moraes Silva¹

Crislaine Siqueira de Sousa² 

Manuela Costa Melo³ 

¹Estudante bolsista PIBIC/CNPq.
Escola Superior de Ciências da Saúde.
Brasília, DF, Brasil.

²Estudante voluntária PIBIC/CNPq.
Escola Superior de Ciências da Saúde.
Brasília, DF, Brasil.

³Docente orientador. Escola Superior de Ciências da Saúde. Brasília, DF, Brasil

Autor correspondente:

Manuela Costa Melo.

E-mail: melomanuela91@gmail.com

Recebido em 17/10/2021

Aprovado em 30/03/2023

RESUMO

Objetivo: descrever o processo de criação de tecnologia assistencial para a utilização do Brinquedo Terapêutico Instrucional e Dinâmico no preparo da criança para coleta de amostra de sangue.

Método: trata-se de uma pesquisa aplicada, construída em duas etapas: revisão de literatura em bases de dados *online* e elaboração de um protocolo acerca da utilização do Brinquedo Terapêutico.

Resultado: a revisão de literatura resultou em cinco artigos de língua portuguesa publicados entre 2019 e 2021, que fundamentou a elaboração do protocolo junto com a Resolução nº 546/2017, do Conselho Federal de Enfermagem, e o Manual de Coleta em Laboratório Clínico de 2019. O protocolo foi apresentado com a descrição dos passos para aplicação antes, durante e após o procedimento.

Conclusão: reforça-se que a utilização do protocolo direciona, organiza e facilita o planejamento da assistência, tendo como principal intuito a promoção da humanização da assistência de enfermagem em pediatria.

Palavras-chave: Criança; Hospitalização; Jogos e Brinquedos; Coleta de Amostras Sanguíneas; Enfermagem Pediátrica.

ABSTRACT

Objective: to describe the process of creating assistive technology for the use of the Instructional and Dynamic Therapeutic Toy in the preparation of the child for blood sample collection.

Method: it is an applied research built in two steps, namely: literature review in databases and elaboration of a protocol regarding the Therapeutic Toy usage.

Result: the literature review resulted in five Portuguese-language articles published between 2019 and 2021, which supported the construct of the protocol with the n. 546/2017 resolution of the Federal Council of Nursing and the 2019 Clinical Laboratory Collection Manual. The protocol was presented with the description of the steps for application: before, during and after the procedure.

Conclusion: the protocol usage turns possible a oriented, organized and facilitated care planning, with its main purpose being the promotion of humanization in pediatric nursing care.

Keywords: Child; Hospitalization; Play and Playthings; Blood Sample Collection; Pediatric Nursing.

INTRODUÇÃO

A hospitalização é um momento complexo e desafiador à criança, uma vez que é um ambiente desconhecido, com limitação de atividades prazerosas, realização de procedimentos possivelmente invasivos e dolorosos, e com redução de autonomia do paciente em relação ao que é realizado em si mesmo¹. Além disso, é visto como um espaço que provoca o distanciamento da rotina e das relações sociais, ao elevar os sentimentos de medo, tristeza, saudade, desconfiança e ansiedade¹.

Durante a hospitalização da criança, vários procedimentos são realizados, muitos deles envolvem perfurocortantes, como é o caso da coleta de amostras sanguíneas². Esse tipo de procedimento é essencial na assistência, pois contribui para identificação de problemas, monitoração de doenças e a avaliação do tratamento que será proposto. Por mais relevante que seja, esse procedimento é comumente referido pelas crianças como eventos ameaçadores e dolorosos, que causam medo, dor e ansiedade³.

Para que haja vínculo na relação entre profissional, criança e família, faz-se necessário que as estratégias de cuidados sejam desempenhadas durante todo o processo de hospitalização². Assim, mostra-se essencial que a equipe de enfermagem consiga aplicar instrumentos que ajudem a identificar as necessidades da criança, a explicar os tratamentos aos quais será submetida, a fornecer orientações para educação em saúde e permitir que a criança consiga se expressar diante da situação².

Dito isso, as brincadeiras constituem importante ferramenta contribuidora para alcançar os fins supracitados, pois possibilitam o desenvolvimento de relação mais próxima com o paciente pediátrico⁴. De tal forma, além de ajudá-lo a enfrentar as dificuldades referentes à enfermidade, potencializa sua recuperação. Nesse sentido, o uso do Brinquedo Terapêutico (BT), facilita, por intermédio da encenação, que a criança participe e entenda como o procedimento será feito e qual a finalidade dele. Além disso, esse tipo de atividade cria momento propício para a criança se expressar, sanar dúvidas e reduzir o medo ou possíveis traumas⁴.

A utilização do Brinquedo Terapêutico, pela equipe de enfermagem, em unidades pediátricas, é norteado pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEn) por meio da Resolução nº546/2017⁵, que enfatiza o BT dentro do processo de enfermagem, com necessidade de registro em prontuário. Exige, ainda, supervisão do enfermeiro quando o BT for ministrado por auxiliares ou técnicos de enfermagem⁵.

Justifica-se, portanto, a realização deste estudo como forma de compreender como a utilização do BT pode facilitar as coletas de amostras sanguíneas em crianças. Visto que esse tipo de estratégia fornece maior conforto e ensinamentos durante os procedimentos, é enfatizada sua importância, sobretudo, diante da escassez de estudos relativos ao uso do BT hodiernamente.

Diante disso, o estudo apresenta como objetivo geral, descrever o processo de criação da tecnologia assistencial para a utilização do Brinquedo Terapêutico no preparo da criança que será submetida à exame com coleta de amostra de sangue. O objetivo específico é realizar revisão nas bases de dados brasileiras acerca da utilização de tecnologia assistencial do Brinquedo Terapêutico na prática clínica.

MÉTODO

Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa aplicada⁶, cuja finalidade é apresentar instrumento de intervenção de apoio assistencial e de educação em saúde. Ocorreu em duas etapas: revisão de literatura e elaboração do protocolo. Esse tipo de estudo tem o propósito de solucionar problemas específicos e concretos ao produzir produtos ou novas tecnologias como re-

sultados do processo de pesquisa, de acordo com a realidade e interesse local. A execução do projeto ocorreu entre agosto de 2020 e junho de 2021.

Revisão de literatura

Realizada revisão de literatura, não sistematizada, no intuito da elaboração do protocolo de Procedimento Operacional Padrão (POP). O desenho desta revisão seguiu o percurso metodológico dividido em seis fases distintas⁷.

A primeira fase, elaboração da questão norteadora do estudo, foi elaborada por meio do acrônimo PICO – P = Patient, I = Intervention, C = Comparison, O = Outcomes, que significa P = criança, I = Brinquedo Terapêutico para realização coleta de amostra de sangue venoso, O = elaboração do protocolo. Assim, identificou-se a questão de revisão: quais elementos devem conter um protocolo de Brinquedo Terapêutico Instrucional para a realização de coleta de sangue em crianças?

Na segunda fase, buscou-se delimitar os descritores e os critérios de inclusão e de exclusão dos estudos. Utilizou-se os seguintes descritores: brinquedo terapêutico, enfermagem, coleta sanguínea; foi aplicado o operador booleano AND para realizar o cruzamento entre os descritores. Foram considerados critérios de inclusão de pesquisa, estudos publicados entre 2018 e 2021, em língua portuguesa. Como critério de exclusão, adotou-se: ausência de dados a serem extraídos, idioma diferente do estabelecido, duplicatas e não disponibilidade do artigo na íntegra. Realizada a busca nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE).

Na terceira fase, houve a coleta de informações. Elaborou-se instrumento de organização da extração dos estudos com as seguintes variáveis: título do artigo, ano de publicação, objetivo, bases de dados, resultados encontrados, itens relevantes para a composição do POP de aplicação do BT na coleta de amostra de sangue em crianças internadas. Os dados obtidos foram agrupados em quadro e em abordagens temáticas, interpretados com base na literatura consultada.

Na quarta fase, ocorreu a análise de elegibilidade dos estudos. Diante de leituras exploratórias de títulos e resumos, houve uma pré-seleção daquelas que res-

ponderam à questão central da revisão. Identificou-se os estudos e foi realizada leitura na íntegra dos selecionados. No intuito de seguir o rigor metodológico, a seleção e a extração dos estudos foram realizadas por dois revisores de forma independente, para, assim, reduzir a probabilidade de erros ou de vies de avaliação e interpretação dos resultados. Nos casos em que ocorreram desacordos, houve discussão com um terceiro revisor. Portanto, foram encontrados 167 artigos, sendo 77 da base Lilacs, 74 da BDENF e 16 na MEDLINE. Após a aplicação dos filtros e a leitura na íntegra, restaram cinco artigos.

Na quinta fase, os estudos foram organizados em três quadros em programa Microsoft Word 2016. No Quadro 1 constam informações gerais dos artigos, tais como título, ano de publicação, objetivo, base de dados e população do estudo; no Quadro 2 foram apresentados os principais resultados do estudo; e o Quadro 3 refere-se aos itens que compõem o protocolo de aplicação do BT.

Na última fase, ocorreu a apresentação da síntese do conhecimento somada às informações acerca da aplicação do BT durante exame de coleta de sangue infantil, a fim de enfatizar a relevância da elaboração do protocolo proposto. Para a discussão dessa síntese foram considerados os artigos selecionados, a Resolução nº 546/2017, do Conselho Federal de Enfermagem⁵ e o Manual de Coleta em Laboratório Clínico de 2019⁸.

Com apoio dos artigos extraídos da revisão de literatura^{3,9-12}, Resolução n. 546/2017⁵, do COFEn e Manual de Coleta em Laboratório Clínico de 2019⁸, o protocolo foi elaborado.

RESULTADOS

Foram encontrados cinco artigos. Observa-se que todos os artigos estão na língua portuguesa, publicados entre os anos 2018 e 2021. Predominaram publicações do ano de 2020 (3/60%), nos anos de 2018 e 2021 obtiveram apenas 1 publicação (2/40%). Com relação ao local de realização dos estudos, evidenciou-se que dois foram no Ceará (40%), um em Minas Gerais (20%), um no Rio de Janeiro (20%) e um em São Paulo (20%).

O Quadro 2 representa os principais resultados encontrados nos artigos selecionados. Em todos os estudos, o uso do Brinquedo Terapêutico Instrucional e Dramático mostrou-se positivo para a abordagem com as crianças.

Quadro 1**Distribuição dos estudos incluídos, de acordo com título, ano de publicação, objetivo e base de dados, 2020.**

Nº	Título	Ano	Objetivo do Estudo	Base de Dados
A ³	Percepção da criança hospitalizada acerca do brinquedo terapêutico instrucional na terapia intravenosa	2021	Analisar a percepção da criança hospitalizada quanto ao uso do brinquedo terapêutico instrucional no preparo para a terapia intravenosa	BDENF/Lilacs
A ⁹	O uso do Brinquedo Terapêutico na administração por inalação em pré-escolares	2020	Comparar o comportamento de pré-escolares durante o uso de administração por inalação, antes e após sessão de Brinquedo Terapêutico	BDENF/Lilacs
A ¹⁰	Percepção das crianças acerca da punção venosa por meio do brinquedo terapêutico	2020	Compreender a percepção das crianças acerca da punção venosa por meio do brinquedo terapêutico e compreender de que forma o brinquedo terapêutico pode contribuir para o procedimento de punção venosa e na interação entre a criança e o enfermeiro	BDENF/Lilacs
A ¹¹	Compreendendo a sessão de brinquedo terapêutico dramático: contribuição para a enfermagem pediátrica	2020	Compreender como transcorre uma sessão de Brinquedo Terapêutico Dramático na assistência à criança hospitalizada	BDENF/Lilacs
A ¹²	Brinquedo terapêutico instrucional no cuidado cultural da criança com diabetes tipo 1	2018	Analisar a experiência da criança com diabetes tipo 1 nos cuidados relacionados às técnicas de monitoração glicêmica e aplicação de insulina mediada pelo brinquedo terapêutico instrucional, à luz do cuidado cultural	BDENF/Lilacs

Quadro 2**Distribuição dos estudos com relação aos principais resultados.**

Nº	Resultados Encontrados
A ³	<ul style="list-style-type: none"> • Observou-se a compreensão da criança quanto à técnica da punção venosa através do BTI; • Após a sessão com o BTI, a criança apresentou atenuação dos níveis de medo, ansiedade e tensão, apresentou-se mais tranquila e segura.
A ⁹	<ul style="list-style-type: none"> • Após o uso do BT foi possível observar uma redução dos comportamentos negativos advindos de um procedimento terapêutico; • Observou-se adesão das crianças ao regime de tratamento; • O BT propicia segurança e conforto e, após o uso, a criança passa a enxergar o hospital ou a unidade de emergência como um lugar menos cruel.
A ¹⁰	<ul style="list-style-type: none"> • Mostrou-se que o BT exerceu papel facilitador para que as crianças lidassem melhor com a necessidade de punção venosa; • E como tecnologia do cuidado, foi possível observar relação entre os motivos, necessidades e benefícios do procedimento com a melhora da saúde física dessas crianças; • O BT promove a cooperação e adesão das crianças ao tratamento.
A ¹¹	<ul style="list-style-type: none"> • O BTD é utilizado para criação de vínculo entre o enfermeiro e a criança, além de diminuir o estresse causado pela hospitalização; • A dramatização de papéis resulta em alívio e diminuição da ansiedade da criança.
A ¹²	<ul style="list-style-type: none"> • O uso do BTI proporcionou momentos de recreação e maior interação entre as pesquisadoras e a criança no compartilhamento de saberes, com participação ativa da criança; • O BTI mostra-se essencial pois possibilita que a criança enfrente a realidade da doença.

Legenda: BT = Brinquedo Terapêutico; BTD = Brinquedo Terapêutico Dinâmico; BTI = Brinquedo Terapêutico Instrucional.

O Quadro 3 apresenta os itens que compõem o protocolo de aplicação do brinquedo terapêutico Instrucional e Dramático com as descrições das

ações e as referências utilizadas. Segue abaixo as informações encontradas.

Quadro 3

Itens que compõem a aplicação do BTI e BTB, com descrição e referência.

Itens	Descrição	Referência
Duração	30 minutos.	
Executantes	Equipe de enfermagem, mais precisamente o enfermeiro pediátrico.	Resolução nº 546/2017 ⁸ BARROSO <i>et al.</i> , 2020 ¹⁰
Local	Unidade ambulatorial ou de internação pediátrica.	COELHO <i>et al.</i> , 2021 ³ SILVA <i>et al.</i> , 2020 ⁹ BARROSO <i>et al.</i> , 2020 ¹⁰ SANTOS <i>et al.</i> , 2020 ¹¹
Materiais	<ul style="list-style-type: none"> • Coleta de sangue para exames laboratoriais; • Boneco de EVA; luvas; seringa de segurança; ampola de água destilada; fita adesiva transparente; bandeja; álcool 70%; agulha estéril; frascos para coleta; coxim; gazes; garrote; identificação; e algodão. 	COELHO <i>et al.</i> , 2021 ³
Apresentação	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar-se aos acompanhantes e à criança, orientar a necessidade de realizar o procedimento de coleta de sangue e explicar o uso do BT. 	SILVA <i>et al.</i> , 2020 ⁹
Confirmar o paciente e o pedido de exame	<ul style="list-style-type: none"> • Nome completo do paciente e data de nascimento; • Nome do médico solicitante; • Data e hora da coleta; • Testes solicitados. 	Manual de Coleta em Laboratório Clínico de 2019 ⁸
Abordagem dramática	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer vínculo de respeito e compressão; • Explorar: permitir que a criança examine, analise e experimente o brinquedo; • Dramatizar; • Parar de brincar: avisar à criança, com antecedência, o final da sessão de BT. 	SANTOS <i>et al.</i> , 2020 ¹¹
Abordagem Instrucional	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar o procedimento à criança; • Permitir brincar; • Realizar simulação do procedimento no boneco; • Permitir dramatização da criança no boneco. 	COELHO <i>et al.</i> , 2021 ³
Orientações	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar os tubos com o material biológico (nome completo, data de nascimento, tipo de amostra e data da coleta); • Sempre utilizar equipamentos de proteção individual (luva, jaleco, máscara e óculos); • Não recapar agulhas usadas; • Higienizar as mãos antes e após a coleta da amostra sanguínea; • A punção deve ser realizada com agulhas ou escalpes que proporcionem conforto ao paciente pediátrico (calibre 22-23); • Em crianças internadas deve haver um sistema que monitore o volume de sangue colhido para evitar anemias. 	Manual de Coleta em Laboratório Clínico de 2019 ⁸
Recolher os materiais	<ul style="list-style-type: none"> • Normas de biossegurança: agulha, seringa, luva, algodão deverão ser descartados em recipiente próprio; • Realizar a assepsia no boneco, na bandeja e no garrote com álcool 70%. 	Manual de Coleta em Laboratório Clínico de 2019 ⁸
Registrar no prontuário		Resolução nº 546/2017 ⁸

Legenda: BT – Brinquedo Terapêutico.

Elaboração do Protocolo de Procedimento Operacional Padrão

Com auxílio dos artigos selecionados e a Resolução nº 546/2017, do Conselho Federal de Enfermagem⁵ e o Manual de Coleta em Laboratório Clínico⁸, o protocolo foi elaborado entre dezembro de 2020 e março de 2021. A elaboração do protocolo prosseguiu com a descrição da listagem dos materiais necessários para a coleta de sangue, as orientações gerais para a coleta e a descrição do passo a passo dos procedimentos a serem realizados pelos profissionais de saúde. O BT é composto por fibra siliconada virgem 100% poliéster (espuma de enchimento), espuma vinílica acetinada (EVA), tecido não tecido (TNT) e possui variedades de tom de pele e cabelo que vão de acordo com a característica de cada criança (Figura 1).

O Quadro 4 traz a descrição do passo a passo do procedimento em três momentos: antes, durante e após a aplicação do BT.

Figura 1
Modelo do Brinquedo Terapêutico.



Fonte: Criação dos autores.

Quadro 4

Descrição do passo a passo do procedimento a ser realizado pelos profissionais, 2021.

Momento	Procedimento
Antes da aplicação do BT	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar o pedido médico; • Separar e higienizar os materiais necessários; • Apresentar-se para a criança e o acompanhante; • Verificar se o rótulo está com a identificação correta (nome, data de nascimento, dia e o responsável pela coleta e nº do protocolo/SES); • Ensinar a criança sobre o procedimento que será realizado (breve psicoeducação) e explicar sobre a finalidade da coleta; • Ver como a criança se sente após a explicação do procedimento. Esclarecer quaisquer dúvidas que surgirem; • Obter autorização dos responsáveis e informar os benefícios e objetivos da sessão; • Convidar a criança para brincar. É importante esclarecer que brinquedo permanecerá no hospital; • Convidar os acompanhantes para acompanhar a criança; • Apresentar o brinquedo terapêutico à criança e oferecer um tempo para que possa escolher e se familiarizar com o brinquedo.
	<p>Procedimento para a abordagem dramática</p> <ul style="list-style-type: none"> • Criar uma história em que a criança seja a protagonista, e dar o nome ao brinquedo igual o da criança; • Explicar o quadro clínico da criança (representada pelo boneco); • Explicar a importância e a finalidade do procedimento e peça ajuda para realizá-lo no boneco.
Durante a aplicação do BT	<p>Procedimento para a abordagem instrucional</p> <p>Demonstrar procedimentos no brinquedo terapêutico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coleta de sangue no boneco: <ul style="list-style-type: none"> - Mostrar os locais possíveis de punccionar e peça para a criança escolher qual região o boneco quer ser punccionado para coleta de exame; - Despejar um pouco de álcool em um pedaço de algodão; - Realizar a desinfecção do local escolhido; - Realizar a punção; - Simular a retirada de sangue e mostrar a quantidade e os “potinhos” para coleta.

Durante a aplicação do BT (<i>continuação</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Coleta de sangue na criança: <ul style="list-style-type: none"> - Ajudar a criança a se posicionar em uma cadeira com o braço estendido, colocar coxim/toalha sob a parte superior do braço; - Peça para criança escolher o local da punção; - Posicionar o garrote de 5-10 cm acima do local da punção. Obs: manter o garrote até 1 minuto diminui os efeitos de hemoconcentração e hemólise; - Peça para criança abrir e fechar os punhos delicadamente; - Palpar a veia escolhida com o dedo; - Segurar a seringa de maneira segura e puxar o êmbolo delicadamente; - Puncionar e verificar o retorno e a extração sanguínea até obter a quantidade necessária; - Liberar o garrote antes de retirar a agulha; - Aplicar uma gaze ou algodão com álcool no local da punção e retirar a agulha de forma rápida e delicada; - Explicar à criança que o procedimento finalizou e pergunte sobre seus sentimentos.
Após a aplicação do BT	<ul style="list-style-type: none"> • Descartar os materiais em locais adequados; • Higienizar as mãos; • Realizar desinfecção dos materiais; • Registrar procedimento no prontuário.

Legenda: BT = Brinquedo Terapêutico

DISCUSSÃO

O termo “tecnologia assistencial” é utilizado para a criação de um saber técnico-científico resultante de uma investigação, aplicações de teorias e de experiência cotidiana dos profissionais e da clientela, e constitui-se em um conjunto de ações sistematizadas para a prestação de uma assistência qualificada e holística¹³.

No que tangem aos resultados positivos do uso do BT e o uso das tecnologias assistenciais pela enfermagem, é importante a criação de protocolos para nortear essa prática nas unidades de pediatria. O protocolo caracteriza-se como a descrição de uma situação específica de assistência/cuidado sobre o que se faz, quem faz e como se faz, e conduz os profissionais nas decisões de assistência para a prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde¹⁴.

Nisso, o enfermeiro é amparado pelo dispositivo legal que respalda a criação de protocolo pela enfermagem, o COFEn, através da resolução nº 0509/2016 que dispõe como atribuição do enfermeiro organizar o Serviço de Enfermagem ao utilizar instrumentos administrativos como regimento interno, normas e rotinas, protocolos, procedimentos operacionais padrão e outros¹⁵.

Estudos demonstram que o BT é um instrumento essencial na unidade pediátrica^{3,9-12}. Os efeitos positivos podem ser consistentes e retrataram diminuição da ansiedade e maior aceitação das

crianças aos procedimentos, invasivos ou não, necessários à manutenção da vida⁹.

Um dos estudos observou o uso do BT durante a administração de medicação por inalação evidenciou que antes da aplicação do BT, apenas 38,9% das crianças concluíam a administração, mas após a técnica lúdica, a adesão aumentou para 92,9%⁹. Esse resultado demonstra a importância do brincar na vida da criança, vide que auxilia a compreensão dentro de seu universo ao fazer com que o procedimento não seja encarado como algo que lhe fará mal ou causar dor⁹. O brincar faz parte do mundo infantil, pois é por meio dele que se torna apto a viver a viver em sociedade, inserida em um mundo de símbolos culturais. Portanto, oportunizar a criança momentos de brincadeira é estimular seu desenvolvimento intelectual, emocional e seu corpo físico¹⁶.

Outro estudo analisou a percepção da criança sobre a punção venosa por meio do BT em um hospital universitário do Rio de Janeiro¹⁰. E notou-se que durante as dramatizações, as crianças já estavam familiarizadas com os materiais e a técnica de punção venosa, visto que elas passam a entender melhor o procedimento e se tornam mais colaborativas por meio do uso do BT¹⁰. Um fator essencial do brinquedo é o empoderamento da criança ao dramatizar com o auxílio da equipe de enfermagem, ao minimizar o sofrimento dela frente à internação e contribuir para sua recuperação. Além disso, representar o procedimento oferece à

criança a oportunidade de passar de sujeito passivo para sujeito ativo, e os episódios traumáticos podem ser dominados¹⁰.

Na intervenção realizada com escolares enfatizando o BT como tecnologia educacional para crianças com diabetes tipo 1, a atividade lúdica foi utilizada como intervenção humanizada e criativa. Enfatiza ainda a importância do brincar como instrumento que ajuda a criança a enfrentar a realidade da doença, e possibilita que ela compreenda e recupere o autocontrole diante das adversidades, necessário ao cotidiano desse público¹².

Além do BTI, a sessão de BTD traz resultados positivos para a criança¹¹. Diferente do BTI, que foca nos procedimentos que a criança irá passar, o BTD possibilita que a criança desempenhe papéis sociais e de conflitos ao representar seus desejos ou imitar circunstâncias que a afligem¹¹.

As sessões de BTD enfatizam a importância da formação de um vínculo entre o enfermeiro e a criança, pois a partir disso, ela enxerga o profissional como um adulto em que pode confiar para expor seus sentimentos, temores e emoções¹¹. Em um primeiro momento, a criança pode sentir medo do profissional de enfermagem por associá-lo aos procedimentos invasivos mas, com o uso do BT, as crianças passam a descobri-lo como alguém capaz de realizar brincadeiras³. Além disso, o vínculo estimula a percepção do enfermeiro quanto ao impacto da hospitalização na vida da criança e sensibiliza-o para realizar a escuta ativa e entender as particularidades, angústias e anseios da criança, bem como a relevância de integrar práticas humanizadas ao cuidado³. Outro fator importante é a presença dos pais/acompanhantes para a dramatização, pois traz conforto e segurança para as crianças⁹.

Com relação aos ganhos do brincar, para a psicologia histórico-cultural de Vygotsky¹⁷, a brincadeira de faz de conta é a atividade que ampara a criança em inúmeras descobertas e também a que mais favorece o desenvolvimento da criança. Além disso, está vinculada ao modo particular da criança de participar e entender o mundo. Pela sua necessidade de se imaginar em certos papéis, a criança mobiliza um conjunto de situações do mundo adulto que se tornam possíveis por meio do brincar¹⁷.

O uso funcional dos objetos é essencial para que a brincadeira aconteça e dê vida à situação imaginária¹⁷. No momento da dramatiza-

ção com o BT, ao se colocar no papel de um enfermeiro, por exemplo, a criança mobiliza os comportamentos, o linguajar e os procedimentos realizados por esse profissional¹⁷. Assim, quando a criança brinca e dramatiza por meio do BT, a dor, a solidão, o medo e o choro, causados pela internação, são atenuados, e ela se apresenta mais tranquila e segura para responder aos estímulos e perceber a hospitalização menos aterrorizante³.

Estudo realizado sobre a percepção da criança hospitalizada acerca do BT na terapia intravenosa², evidenciou que, por meio do BTI, as crianças são capazes de entender e explicar as etapas necessárias para se realizar o procedimento, além de conseguirem relacionar a anatomia humana à terapia intravenosa e compreender a necessidade de realizar os procedimentos para a melhoria da saúde^{2,4}.

Piaget¹⁶ divide o desenvolvimento infantil em quatro estágios, um deles é o pré-operatório (2-7 anos), fase em que a criança utiliza a inteligência simbólica por meio da imitação e pode criar imagens mentais, como fantasias e brincadeiras de faz de conta. Portanto, a dramatização com o BTD nesse estágio permite que a criança imite os profissionais da saúde e entenda³ os procedimentos invasivos realizados nela. E, como os estudos apontam, a brincadeira é própria do universo infantil, e a criança tem como possibilidade não só o desenvolvimento da capacidade de se colocar autonomamente no papel de enfermeira, mas desenvolver a imaginação e a criação¹⁶⁻¹⁷. Ademais, por intermédio dessa brincadeira pedagógica de dramatização, a criança poderá se familiarizar ao representar um paciente com o brincar e, com isso, suavizar o impacto quando ela se entender como paciente, trocando, em sua visão, de papel com o boneco. O procedimento real poderá, dessa forma, continuar no espectro da brincadeira, reduzindo, assim, o medo e a ansiedade.

Já no estágio operatório concreto¹⁶ (7-11 anos) a criança está na fase lógica e concreta, e se baseia no que lhe é perceptivo, como o horário das medicações. Dessa maneira, por meio do BTI, o motivo de realizar os procedimentos e o motivo da internação pode ser esclarecido pelos profissionais, por esse brincar ter caráter elucidativo¹² e, por meio disso, maior chance de criação de vínculo entre a criança e o profissional¹⁰.

Limitações de estudo

Como limitação, salienta-se que o protocolo foi realizado durante a pandemia da covid-19 em 2020, portanto, não houve a possibilidade de validá-lo com enfermeiros e aplicá-lo com crianças internadas em unidades pediátricas. Reforçamos que há propostas de estudos futuros para validação e implementação deste protocolo.

Contribuições para área de Enfermagem, Saúde ou Política Pública

O presente estudo corroborou com a literatura existente sobre o tema e trouxe sistematização do uso do Brinquedo Terapêutico na prática clínica, especificamente na coleta sanguínea. Acredita-se que o protocolo elaborado pode contribuir para a adesão dos profissionais sobre o BT, por ser de fácil aplicação.

CONCLUSÃO

O objetivo proposto do presente estudo foi alcançado, visto que o protocolo foi elaborado. Espera-se que esse instrumento seja um facilitador para a enfermagem nas unidades pediátricas e que mais profissionais possam utilizar o Brinquedo Terapêutico na assistência. Além disso, enfatiza-se a necessidade do incentivo dessa temática na formação de futuros enfermeiros, pois a falta de preparo e de conhecimento, colabora para a não adesão dessa prática pelos enfermeiros.

Destarte, a utilização de um protocolo direcionada, organiza e facilita o planejamento da assistência, uma vez que, como comprovado, o uso de brinquedos terapêuticos diminui o medo, tensão e ansiedade das crianças durante os procedimentos e é uma ferramenta estratégica para facilitar a comunicação entre a criança, o profissional e o acompanhante.

REFERÊNCIAS

1. Farias DD, Gabatz RIB, Terra AP, Couto GR, Milbrath VM, Schwartz E. Hospitalization in the child's perspective: an integrative review. *J Nurs UFPE on line*, Recife [Internet]; 2017 [cited 2021 Jun 16]; 11(2):703-11. DOI: 10.5205/reuol.10263-91568-1-RV.1102201725 2.
2. Williamson MA, Snyder ML. Wallach: interpretação de exames laboratoriais. Mary A. Williamson e L. Michael Snyder, 2016.
3. Coelho HP, Souza GSD, Freitas VHS, Santos IRA, Ribeiro CA, Sales JKD, Oliveira JD, Gonçalves GAA, Castro APR. Perception of the hospitalized child about the instructional therapeutic play in intravenous therapy. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2021 [cited 2021 Jun 15];25(3): e20200353. Available from: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0353>.
4. Fontes CMB, Oliveira ASS, Toso LA. Therapeutic toy in pediatric intensive therapy unit. *Rev enferm UFPE Online: Recife* [Internet]. 2017 [cited 2021 Jun 22];11(Supl.7):2907-15. Available from: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i7a23471p2907-2915-2017>.
5. Conselho Federal de Enfermagem (COFEn). Resolução nº 0546 de 09 de maio de 2017. Norma para utilização da técnica do Brinquedo Terapêutico pela Equipe de Enfermagem na assistência à criança hospitalizada. São Paulo: COFEN, 2017.
6. Prodanov CC, Freitas EC. Metodologia do Trabalho Científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico [Internet]. 2nd rev. ed. Rio Grande do Sul: Universidade Feevale; 2013 [citado 2021 Jun 23]. 277 p.
7. Teixeira E, Medeiros HP, Nascimento MHM, Nascimento MHM, Silva BAC, Rodrigues C. Revisão Integrativa da Literatura passo-a-passo & convergências com outros métodos de revisão. *Rev Enfermagem UFPI, Teresina* [Internet]. 2013 [citado 2021 Jun 26]; 2(spe):3-7. Disponível em: <https://doi.org/10.26694/reufpi.v2i5.1457>.
8. Fleury MK. Manual de Coleta em Laboratório Clínico [Internet]. 3rd rev. ed. Rio de Janeiro: PNCQ; 2019 [citado 2021 Jun 22]. 64 p. Disponível em: https://pncq.org.br/uploads/2019/PNCQ-Manual_de_Coleta_2019-Web-24_04_19.pdf.

9. Silva MPC, Belisário MS, Rocha NHG, Ruiz MT, Rocha JBA, Contim D. Using therapeutic toy for administering by inhalation in pre-schools. *Rev enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro [Internet]. 2020 [cited 2021 Jun 22];28: e48443. Available from: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.48443>.
10. Barroso MC, Santos RS, Santos AE, Nunes MD, Lucas EA. Children's perception of venipuncture through therapeutic toy. *Acta Paul Enferm*. 2020[cited 2021 Jun 21];33:1-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO0296>.
11. Santos VLA, Almeida FA, Ceribelli C, Ribeiro CA. Understanding the dramatic therapeutic play session: a contribution to pediatric nursing. *Rev .Bras. Enferm* [Internet]. 2020 [cited 2021 Jun 21];73(4): e20180812. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0812>.
12. Pennafort VPS, Queiroz MVO, Gomes ILV, Rocha MFF. Instructional therapeutic toy in the culture care of the child with diabetes type 1. *Rev. Bras. Enferm* [Internet]. 2018[cited 2021 Jun 21];71(Suppl 3): 1334-42. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0260>.
13. Moreira TMM, Pinheiro JAM, Florêncio RS, Cestari VRF. Tecnologias para a promoção e o cuidado em saúde [Internet]. Fortaleza: EdUeCE; 2018 [citado 2021 Jun 22]. 390 p., 1 vol. Disponível em: http://www.uece.br/eduece/dmdocuments/TECNOLOGIAS_PARA_A_PROMOCAO_E_O_CUIDADO_EM_SAUDE.pdf.
14. Cunha CLF. Diretrizes para elaboração de protocolos de enfermagem na atenção primária à saúde pelos conselhos regionais [Internet]. 2nd rev. ed. Brasília: Cofen; 2018 [citado 2021 Jun 23]. 16 p. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/03/Diretrizes-para-elabora%C3%A7%C3%A3o-de-protocolos-de-Enfermagem-.pdf>.
15. Conselho Federal de Enfermagem (COFEn). Resolução nº 0509/2016. Norma técnica para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem e define as atribuições do enfermeiro Responsável Técnico. São Paulo: COFEN, 2016.
16. Piaget J. A formação do símbolo na criança. Rio De Janeiro: Zahar, 1975.
17. Vygotsky LS. A formação social da mente. São Paulo: Martins fontes, 1994.

ANEXO**PROTOCOLO OPERACIONAL PADRÃO COM BRINQUEDO TERAPÊUTICO INSTRUCIONAL COM CRIANÇA**

		Título		CÓDIGO	
		PROTOCOLO PARA SESSÃO COM BRINQUEDO TERAPÊUTICO			
AÇÃO				SETOR	
PREPARO DA CRIANÇA PARA A COLETA DE SANGUE COM USO DE BRINQUEDO TERAPÊUTICO				UNIDADE	
EXECUTANTES				RESPONSÁVEL	
ENFERMEIRA – TÉCNICA DE ENFERMAGEM				ENFERMEIRA	
MATERIAL NECESSÁRIO					
Boneco de EVA	Luvas	Seringa de segurança I estéril (10 a 20 mL)	Ampola de água destilada	Fita adesiva transparente	
Bandeja	Álcool 70%	Agulhas de segurança (calibres 23 a 25 para criança)	Frascos apropriados para exame	toalha ou dobrada	
	Bolas de algodão	Garrote	Rótulos de identificação	Gazes	
ORIENTAÇÕES					
<ol style="list-style-type: none"> 1. Tempo de duração: até 45 minutos; 2. Local: em uma sala especializada da unidade hospitalar; 3. Cumprimentar a família/ acompanhantes e criança (nome e profissão), para criação de vínculo; 4. Confirmar corretamente o paciente por meio da pulseira de identificação, prontuário e pedido exame; 5. Rever o pedido de exame quanto aos tipos de exames exigidos; 6. Explicar a finalidade do procedimento para os acompanhantes e para própria criança, de forma simples e clara; 7. Supervisionar a criança enquanto ela realiza os procedimentos no brinquedo terapêutico; 8. Orientar o paciente a relatar em caso de desconforto; 9. Esclarecer possíveis dúvidas da criança e do acompanhante. 					
DESCRIÇÃO DOS PASSOS					
b) Procedimento antes da aplicação do Brinquedo Terapêutico <ul style="list-style-type: none"> — Verificar o pedido médico — Separar e higienizar os materiais necessários — Apresentar-se para a criança e o acompanhante; — Verificar se o rótulo está com a identificação correta (nome, data de nascimento, dia e o responsável coleta e nº do protocolo/ SES) — Ensinar a criança sobre o procedimento que será realizado (breve psicoeducação) e explicar sobre a finalidade da coleta; 			<ul style="list-style-type: none"> • Obter autorização dos responsáveis e informar os benefícios e objetivos da sessão • Convidar a criança para brincar, importante esclarecer que brinquedo permanecerá no hospital; • Convidar os acompanhantes para acompanhar a criança • Apresentar o brinquedo terapêutico à criança, dê um tempo para que ela escolha e se familiarize com o brinquedo 		

<ul style="list-style-type: none"> • Ver como a criança se sente após a explicação do procedimento • Esclarecer quaisquer dúvidas que surgir 	
<p>c) Procedimento durante a aplicação do brinquedo terapêutico:</p> <p>Procedimento para a abordagem dramática Criar uma história em que a criança seja a protagonista, e dê nome ao brinquedo igual o da criança; Explicar o quadro clínico da criança (representada pelo boneco); Explicar a importância e a finalidade de realizar o procedimento e peça ajuda para realizá-lo no boneco</p> <p>Procedimento para a abordagem instrucional Demonstrar procedimentos no brinquedo terapêutico: <i>coleta de sangue</i></p> <ul style="list-style-type: none"> — Mostre os locais possíveis de puncionar e peça para a criança escolher qual região o boneco quer ser puncionado para coleta de exame; — Despejar um pouco de álcool em um pedaço de algodão; — Realizar a desinfecção do local escolhido; — Realizar a punção; <p>d) Simular a retirada de sangue, mostrando a quantidade e os “potinhos” para coleta</p>	<p><i>Coleta de Sangue (na criança)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajude a criança a se posicionar em uma cadeira com o braço estendido, colocar coxim/toalha sob a parte superior do braço; • Peça pra criança escolher o local da punção; • Posicione o garrote de 5-10 cm acima do local da punção. Obs: manter o garrote até 1 minuto diminui os efeitos de hemoconcentração e hemólise; • Peça pra criança abrir e fechar os punhos delicadamente; • Palpe a veia escolhida com o dedo; • Segure a seringa de maneira segura e puxe o êmbolo delicadamente; • Puncione e verifique o retorno e a extração sanguínea até obter a quantidade necessária; • Libere o garrote antes de retirar a agulha; • Aplique uma gaze ou algodão com álcool no local da punção e retire a agulha de forma rápida e delicada; • Descarte os materiais em local adequado; <p>Explique à criança que o procedimento finalizou e pergunte como ela está se sentindo</p>
<p>PROCEDIMENTO APÓS A APLICAÇÃO DO BRINQUEDO TERAPÊUTICO</p>	
<p>1. Higienizar as mãos; Realizar desinfecção dos materiais; Registrar procedimento no prontuário.</p>	
<p>RESULTADOS ESPERADOS</p>	
<p>Diminuir a ansiedade e o medo da criança quanto à coleta de sangue para exames, e aumentar a confiabilidade dos responsáveis e das crianças nos profissionais de enfermagem.</p>	
<p>AÇÕES EM CASOS DE NÃO CONFORMIDADES</p>	
<p>Este protocolo não deverá ser aplicado a lactentes, crianças com distúrbios de coagulação ou presença de hematoma, edema ou fistula nos locais de punção.</p>	
<p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</p>	
<p>Silva MPC, et al. O uso do brinquedo terapêutico na administração por inalação em pré-escolares. Revista Enfermagem Uerj [Internet]. 2020 [cited 2021 Jun 22];28:1. DOI http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.48443. Available from: https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/48443#:~:text=Conclus%C3%A3o%3A%20o%20uso%20do%20brinquedo,servi%C3%A7os%20de%20pronto%20atendimento%20pedi%C3%A1trico.</p> <p>Barroso MC, Santos RS, Santos AE, Nunes MD, Lucas EA. Percepção das crianças acerca da punção venosa por meio do brinquedo terapêutico. Acta Paul Enferm. 2020[cited 2021 Jun 21];33. DOI http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO0296</p> <p>Santos VLA. Compreendendo a sessão de brinquedo terapêutico dramático: contribuição para a enfermagem pediátrica. Rev Bras Enferm [Internet]. 2020 [cited 2021 Jun 21];3(4) DOI http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0812. Available from: https://www.scielo.br/j/reben/a/x544WcxqCqpqkYVqcV7NV8P/?lang=en</p> <p>Pennafort VPS, Queiroz MVO, Gomes ILV, Rocha MFF. Instructional therapeutic toy in the culture care of the child with diabetes type 1. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018[cited 2021 Jun 21];71(Suppl 3):1334-42. [Thematic Issue: Health of woman and child] DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0260</p>	

Clima educacional durante o Ensino Remoto Emergencial na pandemia de covid-19: percepções dos estudantes

Educational climate during the Emergency Remote Teaching in the covid-19 pandemic: students' perception

Angelo de Medeiros Stevanato¹ 

Vitória de Lima Fernandes¹ 

Derek Chaves Lopes¹ 

Paulo Roberto Silva² 

¹Estudante de Medicina. Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). Brasília, DF, Brasil.

²Mestre em Educação de Profissionais da Saúde (MHPE). Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). Brasília, DF, Brasil.

Autor correspondente:

Angelo de Medeiros Stevanato.
E-mail: angelo.stevanatoal@escs.edu.br

Recebido em 16/11/2021
Aprovado em 12/03/2023

RESUMO

Objetivo: analisar as percepções de estudantes do 1º ao 4º ano do curso de medicina de uma Instituição de Ensino Superior (IES) pública brasileira sobre o clima educacional durante o período de Ensino Remoto Emergencial (ERE) imposto pela pandemia de covid-19.

Método: foram realizados 6 grupos focais com 35 estudantes, entre os meses de dezembro de 2020 e janeiro de 2021, os quais foram gravados e transcritos, com posterior análise de discurso.

Resultados: os estudantes trouxeram visões majoritariamente negativas, destacando problemas nos três domínios que compõem um clima educacional: relacionamentos, orientação a objetivos e organização / regulação. Abordaram com frequência as repercussões da pandemia sobre a saúde mental dos estudantes e os efeitos no aprendizado.

Conclusão: os estudantes perceberam diversos aspectos negativos no clima educacional da sua instituição no período de ERE.

Palavras-chave: Educação Médica; Educação a Distância; Covid-19; Grupos Focais.

ABSTRACT

Objective: to analyze the perceptions of students from the 1st to the 4th year of the medical course at a public Brazilian Higher Education Institution (IES) regarding the educational climate of their college during the period of Emergency Remote Teaching imposed by the covid-19 pandemic.

Method: six focus groups were conducted with 35 students between December 2020 and January 2021. These sessions were recorded, transcribed, and subsequently subjected to discourse analysis.

Results: the students expressed predominantly negative views, highlighting issues in the three domains that constitute an educational climate: relationships, goal orientation, and organization/regulation. They frequently addressed the repercussions of the pandemic on students' mental health and how it affected their learning experience.

Conclusion: the students identified various negative aspects in the educational climate of their institution during the period of Emergency Remote Teaching (ERT).

Keywords: Education, Medical; Education, Distance; Covid-19; Focus Groups.

INTRODUÇÃO

O conceito de clima educacional é de grande relevância para o campo da educação. Ele pode ser definido como uma percepção coletiva – compartilhada por alunos, professores, gestores e demais funcionários – sobre determinada instituição de ensino¹⁻². O termo abrange tudo que acontece na instituição – desde a organização administrativa até os relacionamentos interpessoais, incluindo a estrutura física, os métodos de ensino e de avaliação adotados, a abertura para inovações e até mesmo os valores adotados pelo grupo e que criam a sensação de identidade entre seus membros¹⁻².

Está bem estabelecido que o clima da instituição influencia diretamente no comportamento dos envolvidos no processo educacional. Diversos estudos mostram sua contribuição para a satisfação e qualidade de vida dos estudantes e, em última análise, para o sucesso do processo de ensino-aprendizagem³⁻⁴. Uma vez que esse é um objetivo de destaque para instituições de ensino, o entendimento do seu clima educacional é de fundamental relevância⁵⁻⁶.

Considerando esse panorama, é evidente que a pandemia de covid-19 afetou profundamente o clima educacional das instituições de ensino⁷⁻⁸. Houve migração em massa e às pressas das atividades educacionais para o ambiente virtual *online*, gerando um cenário inusitado para docentes, discentes e gestores.

Essa transição abrupta não permitiu o tempo necessário para o planejamento adequado e para o treinamento de professores e alunos. Hodges *et al.*⁹ denominaram esse movimento educacional ocor-

rado durante a pandemia como Emergency Remote Teaching, ou Ensino Remoto Emergencial (ERE), em português.

No caso das faculdades de medicina e de outros cursos da saúde, o ERE contou com um desafio adicional: a suspensão das atividades em cenários clínicos, tão relevantes para a formação nesses cursos¹⁰⁻¹⁴. Diversas Instituições de Ensino Superior (IES) no mundo interromperam as atividades práticas em cenários de saúde e adotaram o ensino remoto através da realização de videoconferências síncronas⁸.

A IES na qual foi realizado o presente estudo é uma IES pública situada no Distrito Federal, Brasil, cujas atividades práticas são realizadas nos hospitais regionais do Sistema Único de Saúde (SUS). O seu Projeto Pedagógico, até o ano de 2020, não previa o uso de ferramentas de ensino remoto, sendo o ensino completamente presencial. Porém, durante o período de ERE, a IES adotou videoconferências síncronas para a realização de suas atividades educacionais (que priorizam as metodologias ativas de ensino aprendizagem – especialmente a aprendizagem baseada em problemas – e geralmente são realizadas em pequenos grupos com cerca de 8 a 12 estudantes). As práticas nos cenários de clínicos foram, em parte, substituídas por dinâmicas *online* e, em parte, suspensas e condensadas para o final do ano letivo, quando as condições sanitárias frente à pandemia permitiram sua realização. Da mesma forma, as avaliações foram todas adiadas e aplicadas ao final do ano letivo.

Considerando todas as mudanças trazidas pelo período de ERE e a importância do estudo do clima educacional, percebe-se uma lacuna na literatura acerca do efeito da pandemia, do isolamento social e do ERE sobre o ensino da medicina e, em especial, sobre o clima educacional das escolas médicas. Há poucos estudos que utilizam uma abordagem qualitativa para analisar as mudanças de percepção do clima educacional pelos estudantes durante esse período. Além disso, faltam estudos que avaliem de maneira qualitativa os impactos do ERE sobre o ensino médico em países menos desenvolvidos¹⁵.

Portanto, este estudo tem por objetivo avaliar a percepção dos estudantes do 1º ao 4º ano do curso de medicina de uma IES pública brasileira acerca das mudanças trazidas pelo ERE ao clima educacional da instituição.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório de abordagem qualitativa, por meio da realização de grupos focais¹⁶ com acadêmicos de medicina de uma IES pública do Distrito Federal. A produção da pesquisa e a elaboração do relatório utilizaram aspectos dos *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)*¹⁷, em sua versão em língua portuguesa¹⁸.

Equipe de Pesquisa e Reflexividade

Para a operacionalização dos grupos, um dos pesquisadores, com experiência prévia conduzindo estudos qualitativos, incluindo a metodologia de grupos focais, (PRS – masculino) – médico, mestre em Educação de Profissionais de Saúde e que atuava como gerente de avaliação da escola – instruíram, em uma demonstração, os demais pesquisadores (AMS – masculino, DCL – masculino VLF – feminino) – estudantes de medicina à época do estudo – sobre como conduzir e moderar a entrevista, como abordar os participantes com perguntas abertas e como deveriam ser tomadas as notas de campo.

A cada grupo, um dos três pesquisadores treinados (AMS, DCL, VLF) era sorteado para assumir o papel de moderador, enquanto os outros dois participavam como observadores, tomando notas de campo. Os pesquisadores que conduziram os grupos focais eram alunos da escola, assim como os participantes, sendo, portanto, conhecidos pelos participantes enquanto colegas de curso. O principal motivador no tópico da pesquisa foi a suposição dos pesquisadores, também estudantes, que o ERE levou a mudanças importantes no clima educacional.

Estruturação Teórica e Seleção de Participantes

Como base metodológica para o estudo seguiu-se o modelo de análise temática, proposto por Braun e Clarke¹⁹. Optou-se por essa abordagem devido à sua flexibilidade e ampla aplicabilidade, permitindo abordagem indutiva a partir dos dados coletados, mas sem deixar de considerar aspectos dedutivos relacionados aos três domínios do clima educacional propostos por Schönrock-Adema *et al.*²⁰, que serão discutidos a frente.

Os participantes foram selecionados por amostragem mista, intencional – de modo a incluir

estudantes representativos em termos étnico-demográficos – e de conveniência. O recrutamento se deu através de mensagens de texto pelo aplicativo Whatsapp® em conversas individuais e em grupos de alunos. Os critérios de inclusão foram: ser aluno do curso de medicina e estar até o quarto ano de curso.

Não se delimitou um número ideal de estudantes participantes ou grupos a serem realizados, sendo conduzidos novos grupos focais até que se atingisse a saturação de ideias, sem repetição dos grupos. Ao final, foram realizados seis grupos focais, com duração média de 60 a 70 minutos cada. Inicialmente, 36 alunos declararam interesse e, desses, 35 participaram do estudo, com um único membro que não participou por perder a data do encontro. Participaram 6 estudantes da 1ª série, 6 da 2ª série, 12 da 3ª série e 11 da 4ª série, em grupos de 5 ou 6 participantes. Não houve desistências durante ou após o grupo focal. Todos os participantes preencheram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Coleta de Dados e Cenário da Realização dos Grupos

Os dados foram coletados durante os meses de dezembro de 2020 e janeiro de 2021. Um roteiro semiestruturado de perguntas foi elaborado pelos autores sendo testado durante a realização do primeiro grupo. Após a atividade, através da análise de respostas de um formulário anônimo dos participantes e da análise parcial dos resultados, considerou-se o roteiro adequado, seguindo-se um padrão de aplicação. Os resultados deste primeiro grupo foram posteriormente incluídos na análise.

Na condução do grupo, como introdução aos participantes, os pesquisadores informaram que eram estudantes de medicina, orientados por um membro do corpo gestor da escola, e que realizavam os grupos focais com finalidade exclusiva de compreender as vivências do corpo discente durante o período de ERE, como parte de um projeto de pesquisa, sem o objetivo de que essas opiniões fossem repassadas à direção da escola e que isso trouxesse mudanças ao planejamento do ERE sendo executado. Neste momento, não se comentou com os participantes sobre hipóteses ou possíveis vieses dos autores.

Todos os envolvidos participaram de sua residência, por meio de videochamada feita na plataforma Google Meet®. Foi recomendado aos participantes que permanecessem em um quarto privado durante sua participação no grupo focal, sem a presença de outras pessoas, se possível. Para o conhecimento dos pesquisadores, não havia mais ninguém presente além dos participantes e dos próprios pesquisadores.

Análise de Dados

As videochamadas dos grupos focais foram gravadas em vídeo e áudio para posterior análise. Cada um dos grupos foi transcrito manualmente *ipsis litteris* para um documento *online*, compartilhado entre os pesquisadores, no Google Documentos®, onde as notas de campo realizadas durante o grupo também foram anexadas. Nesse processo, percepções dos pesquisadores acerca da linguagem não verbal dos participantes também eram registradas.

Após a transcrição, um dos autores foi responsável por atribuir um código numérico a cada aluno e indexar cada uma das falas ao código do seu respectivo autor, ocultando sua identidade. O código era composto por três números (Aluno XYZ), de 1-9, que indicavam: X: a série do participante; Y: o grupo focal do qual ele participou; Z: a ordem de fala. Nesses mesmos documentos foi feita, manualmente, pelos quatro pesquisadores, de modo assíncrono, toda a análise e codificação dos discursos. Discussões entre os pesquisadores sobre possíveis discordâncias na análise eram realizadas em videochamadas na plataforma Google Meet®. Os participantes não foram consultados pelos autores para comentar ou corrigir as transcrições, nem para fornecer *feedback* sobre os resultados.

Ao final do grupo focal, os participantes eram convidados a preencher um formulário anônimo relatando sua experiência como participante da pesquisa.

A análise dos achados seguiu as seis fases de análise temática propostas por Braun e Clarke¹⁹. As etapas de familiarização com os dados, geração de códigos iniciais, busca e revisão de temas foram realizadas de maneira indutiva. Durante a definição e nomeação dos temas, bem como na elaboração do relatório, uma análise dedutiva com base nos domínios do clima educacional

foi realizada, buscando enquadrar os achados para análise.

Aspectos Éticos

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa por meio do CAAE 37035220.7.0000.5056.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com base no trabalho de Moos²¹, Schönrock-Adema *et al.*²⁰ sugeriram que o clima educacional fosse avaliado, de maneira teórica, por três domínios ou dimensões:

1. Domínio “Relacionamentos”, que se refere ao suporte interpessoal e ao envolvimento do estudante com o ambiente;
2. Domínio “Orientação a objetivos”, que diz respeito à aquisição das habilidades esperadas para determinado curso;
3. Domínio “Organização / regulação”, que diz respeito à forma como a instituição organiza as atividades educacionais e mantém o controle do ambiente.

A fim de padronizar a nomenclatura utilizada, os temas principais identificados durante a análise temática foram agrupados nesses domínios e apresentados a seguir. Ao final, outras temáticas relevantes que extrapolam esses domínios também são demonstradas.

Domínio Relacionamentos

As falas dos estudantes demonstram que as relações sociais na comunidade acadêmica eram muito boas antes da pandemia, tanto entre si, quanto dos estudantes com os professores. Porém, é unânime que ambas foram profundamente afetadas durante o período de ERE.

A perda de convivência no ambiente da faculdade e de eventos sociais ligados à instituição foi destacada como um fator importante no enfraquecimento das relações e na perda da sensação de pertencimento à escola. Esses fatores, inclusive, foram apontados pelos alunos como causas de desmotivação para estudar, como demonstrado:

[...] liga, bateria, esporte... isso eram válvulas de escape para o aluno. Até mesmo ficar na cantina antes das aulas era uma válvula de escape. A gente não tá tendo nada disso. [...] Eu senti que as pessoas estavam mais estressadas, mais tristes, mais desmotivadas [...] (Aluno 411)

Eu mesmo sinto muita falta daquele contato lá, de estar lá na faculdade. [...] Quando você tá lá na faculdade, vivendo ali e todo mundo ali no dia-a-dia, [...] você acaba tendo mais contato e se envolvendo mais. [...] Isso te motiva mais a estudar, porque você tá na biblioteca, você tá vendo seus colegas estudarem, então você quer estudar também. (Aluno 413)

O estudo de Rania *et al.*³ identificou que a rede de apoio e os relacionamentos cultivados pelo estudante em um ambiente de faculdade são determinantes para a percepção positiva do clima educacional. As falas apresentadas, além de ilustrarem esse achado, ressaltam sentimentos de tristeza e desmotivação. Além das dificuldades da adoção do ERE, deve-se considerar ainda que diferentes autores destacam como o isolamento social e a dificuldade de relacionamentos durante a pandemia de covid-19 podem ter grande impacto negativo sobre a vida da pessoa^{7,22,23}.

Segundo os participantes, as interações no ambiente *online* ficaram voltadas exclusivamente para a discussão de conteúdos curriculares. Os alunos não encontraram espaço para pequenas conversas e não havia momentos de descontração com amigos e colegas durante e entre as atividades.

[...] é quase que estritamente profissional [...], você entra na reunião na hora que você tem que entrar e sai na hora que você tem que sair. Não tem essa conversa, não tem nenhum momento de intervalo ali de aula, ali nesse meio termo. E eu acho que isso atrapalha também em trazer uma experiência boa, né? Porque eu acho que as experiências que a gente tem, tipo, como a gente lida, como a gente vive o curso contribuem pro nosso aprendizado. (Aluno 326)

Para a maioria, houve grande dificuldade na criação ou manutenção de novas relações com colegas. Sem conseguir expandir suas redes de relacionamentos, os estudantes passaram a interagir em pequenos grupos de amizades previamente formadas. A fala do “Aluno 112” ilustra como o relacionamento social foi particularmente difícil para os alunos do primeiro ano do curso, que estavam ainda se conhecendo quando as atividades migraram para o formato remoto. Houve ainda relatos

que alguns laços foram criados exclusivamente por contato *online*.

Em relação à formação de amizades, com certeza foi muito mais difícil porque a gente não tem o ambiente da faculdade, né, pra se encontrar - nem que seja assim pro lanche, ou pra ter os eventos fora da faculdade, né, como a atlética e eventos sociais, que seja. Então eu acho que essa criação de relacionamentos, de amizade, né, na faculdade, dificultou muito. (Aluno 112)

Além das perdas de interação social entre alunos, participantes de todos os grupos relataram que a dificuldade de relacionamento se estendeu, também, às interações com os professores.

Também acho que (mudou) o contato com os doutores, né? (No presencial) Você está ali, frente a frente com a pessoa, então às vezes você sente a abertura de ir ao final da aula conversar e tirar uma dúvida, ou pedir ajuda em alguma coisa assim que precisar. (Aluno 313)

Apesar disso, segundo alguns participantes, muitos docentes foram compreensivos com as dificuldades pessoais dos alunos e buscaram formas de se aproximar um pouco dos alunos e auxiliá-los a aprender, algo que melhorava a percepção do clima educacional quando ocorria.

É interessante notar que se dá pouca atenção ao domínio “Relacionamentos” nos principais artigos publicados sobre efeitos do ERE no ensino, como os de Hodges *et al.*⁹, Khalil *et al.*¹¹, Nimavat *et al.*²⁴ e Rajab *et al.*²⁵. Esses autores focam mais nos pontos de “Organização / regulação” e “Orientação a objetivos”. Esses domínios estão mais sob controle das direções das escolas e, possivelmente, por isso despertam mais interesse na literatura. Ainda assim, os resultados deste estudo sugerem que se trata de um componente importantíssimo na percepção dos alunos.

Domínio Orientação a Objetivos

Nesse domínio, um prejuízo foi unânime e destacou-se em todos os grupos focais: a falta de atividades práticas durante o período de ERE, devido ao isolamento social. Para os participantes, a abundância dessas atividades e a inserção dos alunos nos cenários assistenciais desde o início do curso eram alguns dos pontos mais fortes da instituição. Assim, eles acreditam que isso foi uma barreira à aquisição de habilidades e mesmo à fixação da teoria:

[...] na hora lá (da discussão teórica no período de ERE) talvez soubesse uma ou duas coisas, mas quando chegou na hora da prática é muito diferente. Quando a gente tem contato com o paciente, realmente aprende. (Aluno 412)

[...] (a queda na participação) começou quando eu vi que eu não estava vendo paciente e todo aquele conteúdo que eu tava consumindo não tava fazendo sentido. E não tinha perspectiva, né, de a gente voltar e tudo mais. (Aluno 416)

Diversos estudos¹⁰⁻¹³ discutem a importância das práticas para o sucesso da formação em cursos da área da saúde, devido à importância do contato com o paciente e do ensino à beira leito. Somou-se a isso o cansaço causado pelo tempo prolongado de exposição a telas e a ausência de comunicação não verbal durante as dinâmicas online, as quais podem desencorajar a participação, levando a uma forma mais passiva de aprendizado^{11,26}. Esses aspectos, recorrentes durante os grupos, foram destacados pelo Aluno 115:

[...] chegou em um momento que eu passava literalmente o dia todo sentado na frente do computador, tendo que estudar pra vários... várias coisas diferentes [...] E aí chega uma hora que seu cérebro já não tá mais associando as coisas direito, você entra num estado, assim, super cansativo. (Aluno 115)

Ainda sobre as práticas, os estudantes reconheceram que sua realização era inviável diante da situação sanitária e das medidas adotadas pelo governo, mas, mesmo assim, nenhum grupo aprovou as alternativas que a instituição buscou para substituí-las. Uma crítica recorrente foi que a instituição não planejou adequadamente um modelo de atividades que correspondesse às necessidades do curso.

[...] nossa metodologia busca, né, formar gente proativa, autônoma, autossuficiente, capaz de... de se desenvolver. [...] E aí eu não sei se isso foi levado muito em consideração na hora de fazer [as dinâmicas online], porque focou muito no teórico. Eu acho que ficou... eu fiquei mais com a sensação de que a gente tava tapando um buraco ali, preenchendo porque não podia deixar a gente só com tutoria. (Aluno 415)

Os tutoriais foram menos criticados, pois conseguiram transportar seu modelo para o ambiente remoto. Vários estudantes mencionaram que houve uma adaptação coletiva ao modelo, com o tempo. Ainda assim, foram destacados certos problemas, como falta de fluidez na discussão, falta de

comunicação não verbal, menor participação de pessoas mais tímidas e dificuldades tecnológicas. Nesse sentido, a maior parte dos alunos prefere o modelo presencial

[...] se a gente tivesse numa sala, tipo, ao vivo, alguns iriam estar falando 'Sim!', ou alguém já estaria falando 'Ah, mas...', sabe? Alguém querendo complementar ou querendo refutar alguma coisa. Eu sinto falta disso, sabe? Que é uma coisa que não tem. (Aluno 324)

Quem gostava de falar, falava mais; quem não gostava, não falava nada. [...] Tem gente que ficou a tutoria inteira sem falar nada [...], então eu acho que isso foi muito ruim para o aprendizado de umas pessoas. [...] Três pessoas no grupo falavam, o resto ficava quieto, só observando, né? (Aluno 421)

Quanto ao estudo individual e à percepção do aprendizado teórico, as opiniões foram divididas: alguns alunos relataram maior aprendizado teórico e aumento das horas de estudo, principalmente nos primeiros meses de ERE; por outro lado, boa parte dos participantes percebeu piora no rendimento, dizendo que seu estudo foi mais superficial e que houve perda da motivação conforme o período de ERE se estendia. Muitos foram os relatos de que foi necessário mais esforço mental e que houve um cansaço generalizado dos estudantes.

Com relação ao que é curricular, a gente... eu, pelo menos, percebi que a gente teve um pouco mais de tempo pra estudar, pra desenvolver os conteúdos e tudo mais. Eu consegui estudar mais do que eu estudaria normalmente, dar um foco melhor em algumas coisas e isso principalmente nos primeiros módulos que a gente teve EAD, né? (Aluno 326)

Ao longo do tempo, eu acho que foi se tornando cada vez mais cansativo. E eu senti que [...], progressivamente, ia todo mundo tendo um pouco menos de paciência, assim, sabe? [...] Todo mundo quer que acabe, assim, com qualidade, mas fica aquele sentimento de cansaço. Então, acho que, progressivamente, tanto a minha participação, quanto dos grupos que eu estava, eu senti que teve esse declínio, assim, por causa do cansaço mesmo, por essa falta de motivação... (Aluno 314)

Como mostram Orsini *et al.*²⁷ e Pelaccia *et al.*²⁸, a motivação é elemento central para que os alunos se engajem no processo de aprendizado, correlacionando-se positivamente com o desempenho e a qualidade no ensino. Porém ela não envolve apenas o indivíduo, mas também o ambiente edu-

cional e a percepção de utilidade do conteúdo aprendido e o *feedback* construtivo²⁸.

Nesse sentido, os grupos também discutiram as mudanças na participação docente nas atividades remotas. Segundo os participantes, os professores, no geral, foram menos presentes nas atividades. A grande maioria parecia desmotivada e participava muito pouco das discussões remotas, tornando a experiência desestimulante para os alunos. Contudo, alguns alunos pensam que aqueles que mais se empenharam para participar ativamente e acrescentar às discussões ainda conseguiram fazê-lo de maneira satisfatória.

[...] (no ensino presencial) os docentes veem a gente, sabem quem a gente é... tipo assim, eles conseguem ter a nossa atenção, que era uma coisa que eles não tinham no EAD. Então eu sinto que é uma motivação completamente diferente. Parece que são pessoas (docentes) diferentes, a do EAD e a do presencial. (Aluno 411)

[...] a teoria foi dada, realmente. A gente tem acesso ao conteúdo [...], mas quando o docente tem uma pergunta pra você ou você tá ali estudando sabendo que ele vai te perguntar aquilo é muito mais motivador, sabe? E no EAD não tinha isso, sabe? Eu podia abrir o meu resumo aqui e ler ele completamente. (Aluno 416)

Uma explicação possível para a baixa participação é que os docentes não estavam adaptados ao modelo *online* e que não seria possível reproduzir seu método de ensino no formato remoto⁹. As dificuldades técnicas com a utilização das TICs foram relatadas em alguns estudos^{11,24-26} como um dos principais desafios do ERE e provavelmente contribuíram para essa dificuldade de adaptação. A revisão sistemática de Nimavat *et al.*²⁴ mostrou que a experiência com as ferramentas *online* gerou frustração para muitos professores, sendo responsável por um sentimento de insatisfação com o novo método e preferência pelo modelo tradicional, o que foi denominado pelos autores como “atitude negativa”. Portanto, parte do problema do ERE esteve na forma como o corpo docente lidou com a situação.

Cabe destacar que, como os professores da instituição são médicos atuantes no sistema de saúde, é muito provável que eles tenham sido sobrecarregados em termos profissionais e pessoais pelos impactos da pandemia, como sugerido por Brooks *et al.*²²

Assim, diante da falta de práticas (levando à sensação de perda da aplicabilidade da teoria vista nas aulas *online*), dos problemas técnicos e do pouco *feedback*, justifica-se o fato de que quase todos os estudantes relataram não se sentir motivados para estudar.

Por fim, outro problema observado foi o sistema de avaliação durante o ERE. A instituição optou por não realizar provas até que houvesse retorno de atividades presenciais. Dessa forma, as provas foram aplicadas temporalmente distantes do aprendizado de certas matérias. Os estudantes, principalmente da primeira série, sentiram falta de uma avaliação que fornecesse parâmetros sobre seu desempenho. Além disso, houve acúmulo de provas em sequência no final do ano e que concorreram com outras disciplinas que estavam sendo cursadas no momento.

[...] a gente só teve uma avaliação do estudo – pra ver se o nosso estudo tava sendo produtivo ou não – em outubro. Então a gente passou, assim, vários meses estudando sem saber se a gente estava estudando certo ou não. [...] E a gente não tinha esse espaço de troca com outras pessoas, pra saber se a gente tava indo... se as pessoas estavam vivendo algo parecido. (Aluno 115)

Domínio Organização / Regulação

No domínio “Organização / regulação”, foi destacado que a experiência de ERE poderia ter sido mais produtiva caso tivesse sido melhor planejada. A necessidade de implementação com urgência, sem tempo suficiente para o planejamento adequado das atividades remotas levou a improvisações que não aproveitaram todo o potencial das tecnologias utilizadas.

O modo como a gente fez foi muito ‘aprendendo enquanto fazemos’, entendeu? Eu acho que uma série de coisas foi tentativa e erro. [...] Algumas coisas poderiam ter sido feitas com menos pressa, entendeu? E com um pouquinho mais de, tipo: ‘Quais são as expectativas que a gente tem com esse programa?’ [...] Acho que se tivesse sido melhor cuidado, a gente conseguiria aproveitar outras facilidades do EAD. (Aluno 415)

Diante das circunstâncias de pandemia, também fugiu do controle da instituição a capacidade de fornecer um ambiente de estudo adequado para os seus estudantes. Como consequência, vários participantes relataram um problema de falta de um espaço adequado para os estudos em casa e a forma

como isso impactou negativamente no aprendizado. Também houve participantes que se queixaram de dificuldades de conectividade, atrapalhando seu aprendizado e sua motivação.

[...] eu moro numa quitinete, não tem como eu criar um ambiente de estudo aqui. Não tem como eu ir pra uma biblioteca, estão todas fechadas. As coisas estão acontecendo e eu não consigo focar, eu não consigo prestar atenção. E tipo, não é porque eu não quero, é porque eu não consigo! (Aluno 414)

[...] quando eu estou aqui (em casa), aí tem um celular, tem computador, alguém passa e tudo mais... aí acaba que você perde o foco, muito, muito fácil, né? Às vezes, até, sei lá, um assunto que não é tão interessante e você já olha pro outro lado... (Aluno 325)

Apesar das falhas de planejamento, os estudantes reconheceram algumas vantagens logísticas do período de ERE, principalmente a otimização de tempo pela redução de deslocamentos. O fato de poder ficar em casa também foi muito apreciado por aqueles que desejavam passar mais tempo com suas famílias, como estudantes com filhos pequenos ou procedentes de outras cidades. Outra vantagem mencionada foi que o ensino remoto permite que professores de outras cidades ministrem aulas e que os estudantes as assistam de forma síncrona ou assíncrona, conforme sua preferência.

[...] eu moro muito longe, então eu ganhava muito tempo assistindo aula online e isso foi realmente muito benéfico para mim. Eu perdi muito tempo no trânsito mesmo. (Aluno 422)

Eu passei todo esse tempo em casa com os meus pais – coisa que eu não fazia já tinha 4 anos. Então foi muito mais fácil lá para mim, com todo suporte e menos custos, também. (Aluno 424)

Eu tive oportunidade de ficar em casa com os meus filhos, coisa que eu nunca pude fazer desde quando eles nasceram – eu sempre tive que trabalhar, sair pra fazer outras atividades. Então, para mim, foi uma coisa positiva. (Aluno 425)

Esses aspectos problemáticos no domínio de organização já foram descritos previamente na literatura^{11,13,26}. Da mesma forma, as vantagens – otimizar o tempo, poder ficar mais tempo em casa e poder assistir às aulas de modo assíncrono – já eram esperadas, segundo o estudo de Althwanay et al.¹³ Portanto, as percepções dos estudantes nesse domínio vão muito ao encontro do que Hodges

et al.⁹ discutem: o ensino à distância tem pontos vantajosos em termos de organização, mas no ERE esses pontos são pouco aproveitados – e até mesmo suplantados – pela falta de tempo hábil para o planejamento.

Dentre os problemas de organização levantados pelos grupos, a dificuldade de comunicação entre a direção da faculdade e os estudantes foi o mais mencionado. Os estudantes sentiram-se pouco informados sobre as decisões tomadas pela instituição, o que gerou insegurança e ansiedade.

A minha crítica ao longo do ano inteiro foi que a escola não comunicava muita coisa com a gente de forma... em tempo hábil. [...] As informações, elas vinham muito picadas e vinham pela representante de turma de quando em quando. [...] O próprio Centro Acadêmico ficava sabendo das informações esporádicas, aí de vez em quando passava, de vez em quando não passava. E eu acho que isso prejudicou muito porque, assim, já era um ano meio difícil e aí você não sabe o que que tava acontecendo... [...] A faculdade parecia tão perdida quanto a gente e não passava as informações e acho que isso prejudicou bastante. (Aluno 422)

Apesar de recorrente nos grupos focais, esse tema não é discutido nos principais estudos sobre ERE. Assim, o presente trabalho revela esse possível problema, enquanto reitera as ideias de Mousena et al.²⁹ sobre a importância da comunicação entre instituição e corpo discente.

Os grupos também levantaram o debate sobre acessibilidade, inclusão social e vulnerabilidade social dentro do curso. Na visão de alguns alunos, a direção do curso não levou em consideração o lado dos alunos mais vulneráveis na hora de implementar o ERE. Falou-se que o ensino remoto cria desigualdade de oportunidades e favorece o fenômeno da elitização do curso de medicina.

[...] diversos alunos, por diversos motivos – sejam eles pessoais, de ordem psicológica ou não, de ordem socioeconômica – têm dificuldade e a pandemia também deixou isso mais evidente. (Aluno 423)

A gente não pode estar dentro de uma instituição pública e assumir que todo mundo tem um computador, tem uma internet e tem todo esse material pra seguir o ano. (Aluno 414)

Nota-se nas falas dos alunos a percepção de que o ERE prejudicou alunos com maior vulnerabilidade socioeconômica e criou disparidade de aprendiza-

do entre os estudantes. Tal ideia corresponde ao que Santos *et al.*³⁰ e Cecílio-Fernandes *et al.*¹⁵ trazem em seus estudos, destacando que países menos desenvolvidos teriam mais problemas para implementar o ERE, justamente porque nem todos os alunos, especialmente de instituições públicas, teriam um local adequado para estudar em casa ou sequer teriam acesso à internet de qualidade e a recursos tecnológicos que permitissem sua participação nas aulas.

Saúde Mental, Ansiedade e Aspectos Psicológicos

Ainda que os domínios de Moos²¹ e Schonrock-Adema *et al.*²⁰ não contemplem diretamente questões psicológicas como relação do ambiente educacional com saúde mental e ansiedade, a atualidade desses temas e sua recorrência nos grupos focais levou os autores deste trabalho a incluírem esse tópico.

Naturalmente, por se tratar de um período de pandemia e isolamento social, o momento de ERE foi carregado de repercussões psicológicas. Os estudantes, ao mesmo tempo em que temiam a doença, sofriam por não terem mais sua antiga rotina e por passarem todo o tempo em suas casas – enquanto continuavam seus estudos da faculdade.

[...] o estresse que já tava existente porque a gente tá em uma situação de pandemia, acho que foi uma coisa muito ruim. [...] Pra mim o pior foi realmente isso, a questão mental, psicológica... (Aluno 112)

Outro fator bastante mencionado e que impactou psicologicamente os alunos, especialmente da primeira série do curso, foi a quebra de expectativas, que certamente piorou a percepção do clima educacional da faculdade.

[...] teoricamente, eu tava vivendo a mesma rotina que eu tava vivendo quando eu tava estudando pro ENEM. Então, assim, eu tinha passado em medicina, mas eu não tinha passado em medicina, porque eu tava vivendo a mesma coisa. E aí a gente fica nessa dualidade de: eu estou finalmente fazendo o que eu queria tanto, mas não é nada do que eu imaginei. E não é nada motivante, né? (Aluno 115)

A gente teria que estar feliz por estar ali, onde a gente queria chegar, estar realizando nosso sonho. Só que a gente tava fazendo de uma maneira completamente diferente do que a gente imaginava. (Aluno 115)

De forma geral, há uma percepção pior do clima educacional entre os alunos da 1ª e a 2ª séries. A

hipótese dos autores é que os alunos da 1ª série tiveram muita dificuldade para formar uma rede de relacionamentos durante a pandemia, somando-se à frustração de expectativas com relação ao ingresso no curso e à não familiaridade com o método da escola. Além disso, é possível que o impacto psicológico relacionado à pandemia tenha sido maior para os alunos do início dos cursos, conforme os achados de Odriozola-González *et al.*³¹ Tal resultado vai na contramão dos achados de outros estudos, realizados tanto antes quanto depois da implementação do ERE, como o estudo de Dunham *et al.*³², que mostra uma visão mais positiva do clima entre os estudantes das séries iniciais. Também após a implementação do ERE, Khalil *et al.*¹¹ encontraram melhores resultados entre os estudantes do ciclo pré-clínico, o que eles atribuem ao fato de que houve menor perda de atividades práticas nessa etapa do curso.

LIMITAÇÕES

O presente estudo apresenta algumas limitações. A realização de grupos focais *online* pode ter levado a distorções na discussão e à perda de expressões e/ou linguagem não verbal. Além disso, por sua natureza exploratória e qualitativa, ainda que tenham sido realizados grupos focais até a saturação de respostas, os resultados do presente estudo não podem ser extrapolados para outros contextos. Para uma análise mais abrangente seria necessária a inclusão de outros membros da comunidade acadêmica, como docentes e servidores, visto que eles também influenciam e são influenciados pelo clima educacional das instituições.

CONCLUSÃO

O presente estudo obteve, por meio de grupos focais, diferentes visões de alunos dos quatro primeiros anos de um curso de medicina em uma IES pública brasileira sobre o clima educacional na sua instituição durante o período de ERE.

Majoritariamente, os estudantes demonstraram descontentamento com o clima educacional gerado. Eles levantaram aspectos problemáticos nos diferentes domínios do clima educacional, dentre os quais se destacaram: pouca convivência social entre discentes e com os docentes, ambiente de estudo adverso, dinâmicas educacionais insuficientes para o aprendizado pretendido e dificuldade de comunicação com a instituição.

Contudo, esse estudo – de caráter exploratório – não pretende esgotar a discussão sobre todas as mudanças que o ERE pode ter trazido para o clima educacional das instituições de ensino. Seriam relevantes estudos que explorassem opiniões de estudantes de outros cenários e contextos socioeconômicos. Da mesma forma, seriam importantes pesquisas que ouvissem docentes e outros membros das respectivas instituições, já que eles representam parte importante do clima educacional.

CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

AGRADECIMENTOS

Esta pesquisa foi apoiada pelo Programa de Iniciação Científica da Escola Superior de Ciências da Saúde (PIC/ESCS).

REFERÊNCIAS




1. Genn JM. AMEE Medical Education Guide No. 23 (Part 1): Curriculum, environment, climate, quality and change in medical education-a unifying perspective. *Med Teach* [Internet]. 2001 Jul;23(4):337-44. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12098379/doi:10.1080/01421590120063330>.
2. Genn JM. AMEE Medical Education Guide No. 23 (Part 2): Curriculum, environment, climate, quality and change in medical education – a unifying perspective. *Med Teach* [Internet]. 2001;23(5):445-54. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12098364/doi:10.1080/01421590120075661>.
3. Rania N, Siri A, Bagnasco A, Aleo G, Sasso L. Academic climate, well-being and academic performance in a university degree course. *J NursManag* [Internet]. 2013 Apr 26;22(6):751-60. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2834.2012.01471.xdoi:10.1111/j.1365-2834.2012.01471.x>.
4. Richardson JTE. Investigating the relationship between variations in students' perceptions of their academic environment and variations in study behaviour in distance education. *Br J Educ Psychol* [Internet]. 2006 Dec;76(4):867-93. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1348/000709905X69690doi:10.1348/000709905X69690>.
5. Till H. Climate studies: can students' perceptions of the ideal educational environment be of use for institutional planning and resource utilization? *Med Teach* [Internet]. 2005 Jun;27(4):332-7. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01421590400029723doi:10.1080/01421590400029723>.
6. Zawawi AH, Elzubeir M. Using DREEM to compare graduating students' perceptions of learning environments at medical schools adopting contrasting educational strategies. *Med Teach* [Internet]. 2012 Mar 12;34 Suppl 1:S25-31. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22409187/doi:10.3109/0142159X.2012.656747>.
7. Couto ES, Couto ES, Cruz I de MP. #FIQUEEMCASA: EDUCAÇÃO NA PANDEMIA DA COVID-19. *Interfaces Científicas – Educ* [Internet]. 2020 May 8;8(3):200-17. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/educacao/article/view/8777doi:10.17564/2316-3828.2020v8n3p200-217>.
8. Wilcha R-J. Effectiveness of Virtual Medical Teaching During the COVID-19 Crisis: Systematic Review. *JMIR Med Educ* [Internet]. 2020 Nov 18;6(2):e20963. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33106227/doi:10.2196/20963>.
9. Hodges C, Moore S, Lockee B, Trust T, Bond A. The Difference Between Emergency Remote Teaching and Online Learning [Internet]. Boulder, CO: EDUCAUSE Review. 2020 Mar 27. Available from: <https://er.educause.edu/articles/2020/3/the-difference-between-emergency-remote-teaching-and-online-learning>.

10. Ebbeling S, Adam L, Meldrum A, Rich A, McLean A, Aitken W. Oral Health and Dental Students' Perceptions of Their Clinical Learning Environment: A Focus Group Study. *J Dent Educ* [Internet]. 2018 Oct 1;82(10):1036-42. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30275137/doi:10.21815/JDE.018.102>.
11. Khalil R, Mansour AE, Fadda WA, Almisnid K, Aldamegh M, Al-Nafeesah A, *et al.* The sudden transition to synchronized online learning during the COVID-19 pandemic in Saudi Arabia: A qualitative study exploring medical students' perspectives. *BMC Med Educ* [Internet]. 2020 Aug 28;20(1):1-10. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32859188/doi:10.1186/s12909-020-02208-z>.
12. Gomes VTS, Rodrigues RO, Gomes RNS, Gomes MS, Viana LVM, Silva FS. A Pandemia da Covid-19: Repercussões do Ensino Remoto na Formação Médica. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2020 Aug 21;44(4). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/xZjx57LqBz9N6wcLPrTS9fs/doi:10.1590/1981-5271v44.4-20200258>.
13. Althwanay A, Ahsan F, Oliveri F, Goud HK, Mehkari Z, Mohammed L, *et al.* Medical Education, Pre- and Post-Pandemic Era: A Review Article. *Cureus* [Internet]. 2020 Oct 2;12(10):e10775. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7606206/doi:10.7759/cureus.10775>.
14. Qarajeh R, Tahboub F, Rafie N, Pirani N, Jackson MA, Cochran CD. The Effect of COVID-19 Pandemic on US Medical Students in their Clinical Years. *Int J Med Students* [Internet]. 2020 May;8(2):172-4. Available from: <https://ijms.info/IJMS/article/view/508/672doi:10.5195/ijms.2020.508>.
15. Cecilio-Fernandes D, Parisi MCR, Santos TM, Sandars J. The COVID-19 pandemic and the challenge of using technology for medical education in low and middle income countries. *MedEdPublish* [Internet]. 2020 Apr 23;9(1):74. Available from: <https://mededpublish.org/articles/9-74doi:10.15694/mep.2020.000074.1>.
16. Stalmeijer RE, McNaughton N, Van Mook WNKA. Using focus groups in medical education research: AMEE Guide No. 91. *Med Teach* [Internet]. 2014 Nov;36(11):923-39. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25072306/doi:10.3109/0142159X.2014.917165>.
17. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2007 Dec;19(6):349-57. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17872937/doi:10.1093/intqhc/mzm042>.
18. Souza VR, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta PaulEnferm* [Internet]. 2021;34:eAPE02631. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/sprbhNSRB86SB7gQsrNnH7n/doi:10.37689/acta-ape/2021A002631>.
19. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* [Internet]. 2006;3(2):77-101. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1191/1478088706qp063oadoi:10.1191/1478088706qp063oa>.
20. Schönrock-Adema J, Bouwkamp-Timmer T, Hell EA van, Cohen-Schotanus J. Key elements in assessing the educational environment: where is the theory? *Adv Heal Sci Educ* [Internet]. 2012 Nov;17(5):727-42. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22307806/doi:10.1007/s10459-011-9346-8>.
21. Moos RH. Conceptualizations of human environments. *Am Psychol* [Internet]. 1973;28(8):652-65. Available from: <https://psycnet.apa.org/record/1974-20754-001doi:10.1037/h0035722>.
22. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, *et al.* The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet* [Internet]. 2020 Mar 14;395(10227):912-20. Available from: [http://www.thelancet.com/article/S0140673620304608/fulltextdoi:10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](http://www.thelancet.com/article/S0140673620304608/fulltextdoi:10.1016/S0140-6736(20)30460-8).

23. Sahu P. Closure of Universities Due to Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Impact on Education and Mental Health of Students and Academic Staff. *Cureus* [Internet]. 2020 Apr 4;12(4):e7541. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32377489/doi:10.7759/cureus.7541>.
24. Nimavat N, Singh S, Fichadiya N, Sharma P, Patel N, Kumar M, *et al*. Online Medical Education in India – Different Challenges and Probable Solutions in the Age of COVID-19. *Adv Med Educ Pract* [Internet]. 2021;12:237-43. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33692645/doi:10.2147/AMEPS295728>.
25. Rajab MH, Gazal AM, Alkattan K. Challenges to Online Medical Education During the COVID-19 Pandemic. *Cureus* [Internet]. 2020 Jul 2;12(7):e8966. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32766008/doi:10.7759/cureus.8966>.
26. Gaur U, Majumder MAA, Sa B, Sarkar S, Williams A, Singh K. Challenges and Opportunities of Preclinical Medical Education: COVID-19 Crisis and Beyond. *SNCompr Clin Med* [Internet]. 2020 Nov;2(11):1992-97. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32984766/doi:10.1007/s42399-020-00528-1>.
27. Orsini C, Binnie VI, Wilson SL. Determinants and outcomes of motivation in health professions education: a systematic review based on self-determination theory. *J Educ Eval Health Prof* [Internet]. 2016 May 2;13:19. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27134006/doi:10.3352/jeehp.2016.13.19>.
28. Pelaccia T, Viau R. Motivation in medical education. *Med Teach* [Internet]. 2017 Feb;39(2):136-40. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27866457/doi:10.1080/0142159X.2016.1248924>.
29. Mousena E, Raptis N. Beyond Teaching: School Climate and Communication in the Educational Context [Internet]. *Education at the Intersection of Globalization and Technology*. IntechOpen; 2021. Available from: <https://www.intechopen.com/chapters/73237doi:10.5772/intechopen.93575>.
30. Santos BM, Cordeiro MEC, Schneider IJC, Cecon RF. Educação Médica durante a Pandemia da Covid-19: uma Revisão de Escopo. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2020 Oct 2;44(suppl 1). Disponível em: <https://www.scielo.br/rbem/a/8bxyBynFtjnSg3nd4rxtmhF/doi:10.1590/1981-5271v44.supl.1-20200383>.
31. Odriozola-González P, Planchuelo-Gómez Á, Irurtia MJ, Luis-García R de. Psychological effects of the COVID-19 outbreak and lockdown among students and workers of a Spanish university. *Psychiatry Res* [Internet]. 2020 Aug 1;290:113108. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32450409/doi:10.1016/j.psychres.2020.113108>.
32. Dunham L, Dekhtyar M, Gruener G, Cichoski Kelly E, Deitz J, Elliott D, *et al*. Medical Student Perceptions of the Learning Environment in Medical School Change as Students Transition to Clinical Training in Undergraduate Medical School. *Teach Learn Med* [Internet]. 2017 Oct 2;29(4):383-91. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28318319/doi:10.1080/10401334.2017.1297712>.

Análise epidemiológica e fatores associados à sífilis gestacional na Região de Saúde Sudoeste do Distrito Federal

Epidemiological analysis and factors associated with gestational syphilis in the Southwest Health Region of the Federal District

Aurenívia Santana Carvalho¹ 
Brenda Miliane Silva de Jesus² 
Kelly Aparecida Palma Alves³ 

¹Bolsista de iniciação científica (PIC/ESCS). Estudante de Enfermagem. Escola Superior de Ciências da Saúde. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

²Bolsista de iniciação científica (PIC/ESCS). Estudante de Enfermagem. Escola Superior de Ciências da Saúde. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

³Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde – UnB. Docente da ESCS/SES-DF e enfermeira do NVEPI/DIRAPS/SRSCO/SES-DF. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

Autor correspondente:

Kelly Aparecida Palma Alves.
E-mail: kelly.alves@escs.edu.br

Recebido em 01/08/2022
Aprovado em 11/11/2022

RESUMO

Objetivo: analisar os casos de sífilis em gestantes residentes na Região de Saúde Sudoeste do Distrito Federal.

Métodos: estudo transversal com dados secundários extraídos de prontuários e fichas de notificação de sífilis em gestantes. Para análise estatística utilizou-se os intervalos de confiança considerando o nível de significância de 5% (IC_{95%}).

Resultados: analisados 438 casos de sífilis em gestante notificados entre 2018 e 2019 com taxa de incidência de 15,9 e 20,4 casos por mil nascidos vivos, respectivamente. A média de idade das gestantes foi de 25 anos e a maioria realizou o pré-natal 88,1% (IC_{95%} 87,1 – 89,1). A maior parte dos casos foram notificados por unidades hospitalares 74,9% (IC_{95%} 73,1 – 76,6) e a data de notificação em 33,8% (IC_{95%} 31,7 – 35,9) dos casos foi a mesma data do parto.

Conclusão: os resultados encontrados neste estudo podem fornecer subsídios para a discussão de estratégias de saúde que contribuam para a prevenção da transmissão vertical da sífilis na região.

Descritores: Sífilis; Epidemiologia; Cuidado Pré-natal; Gravidez.

ABSTRACT

Objective: to analyze the cases of syphilis in pregnant women living in the Southwest Health Region of the Federal District.

Methods: cross-sectional study with secondary data extracted from medical records and notification forms of syphilis in pregnant women. For statistical analysis we used confidence intervals considering a 5% significance level (95%CI).

Results: analyzed 438 cases of syphilis in pregnant women notified between 2018 and 2019 with incidence rate of 15.9 and 20.4 cases per

thousand live births, respectively. The mean age of pregnant women was 25 years and most of them had prenatal care 88.1% (95%CI 87.1 – 89.1). Most cases were notified by hospital units 74.9% (95%CI 73.1 – 76.6) and the date of notification in 33.8% (95%CI 31.7 – 35.9) of cases was the same date of delivery.

Conclusion: the results found in this study may provide subsidies for the discussion of health strategies that contribute to the prevention of vertical transmission of syphilis in the region.

Keywords: Syphilis; Epidemiology; Prenatal Care; Pregnancy.

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível (IST) causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Sua transmissão pode ocorrer por via vertical, sanguínea e sexual^{1,2,3}. As manifestações clínicas se dividem em quatro fases: primária, secundária, latente e terciária^{1,2,3}. A gestante com sífilis não tratada ou tratada de forma inadequada, pode transmitir a doença para o feto em qualquer fase da doença (mais comum nas fases primária e secundária)^{2,4,5}. Algumas das consequências advindas da transmissão, são: aborto, óbito fetal/neonatal e manifestações congênicas de forma precoce ou tardia^{2,4}.

No Brasil, a taxa de detecção de sífilis em gestante e a taxa de incidência de sífilis congênita vêm crescendo desde 2010 e atingiram 20,8 e 8,2 por 1.000 nascidos vivos no ano de 2019, respectivamente⁶. Enquanto no Distrito Federal (DF), o Boletim Epidemiológico de 2020⁷ da Secretaria de Saúde evidenciou que entre os anos de 2014 e 2019 foram notificados 2.458 casos de sífilis em gestantes, sendo identificada uma tendência de aumento no número de casos, com consequente aumento do coeficiente de detecção por 1.000 nascidos vivos.

Diante da magnitude do agravo, a sífilis em gestante é considerada uma doença de notificação compulsória regular. A notificação do agravo em todo o território nacional foi instituída a partir da Portaria nº 33 de 14 de julho de 2005².

No Distrito Federal a testagem da gestante para sífilis deve ser realizada no primeiro trimestre ou na primeira consulta de pré-natal, no segundo trimestre, no início do terceiro trimestre, no parto/aborto e em situações com história de violência sexual⁸. A recomendação é iniciar o diagnóstico por um teste treponêmico, como por exemplo, o teste rápido. Quando as gestantes

apresentam resultado reagente, o monitoramento do tratamento deve ser realizado por meio da análise do Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) mensal^{2,3,5}.

A escolha para o tratamento da sífilis em gestante consiste em benzilpenicilina benzatina, sendo necessário apenas um teste com resultado reagente para iniciá-lo^{2,3,5}. O esquema terapêutico para sífilis primária, secundária ou latente recente consiste em 2,4 milhões unidades internacionais (UI), intramuscular, dose única, com 1,2 milhão UI em cada glúteo^{2,3}. E para sífilis latente tardia ou sífilis terciária, baseia-se em 7,2 milhões UI intramuscular, com esquema de 1,2 milhão UI em cada glúteo a cada semana, totalizando 3 semanas^{2,3,5}. É importante salientar que para combater a transmissão vertical e a sífilis congênita, o tratamento adequado da gestante e o fortalecimento de estratégias como o pré-natal do parceiro são fundamentais⁹.

Ressalta-se que as parcerias sexuais de gestantes com sífilis devem ser tratadas, mesmo apresentando testes sorológicos não reagentes^{2,3}. Caso o teste apresente resultado positivo devem ser seguidas as recomendações de tratamento da sífilis adquirida no adulto, de acordo com o estágio clínico da doença^{2,3}.

Assim, o crescente aumento no número de casos de sífilis em gestante, no Brasil e no Distrito Federal, evidencia a necessidade de intensificar a vigilância do agravo. Nessa perspectiva, a análise dos dados epidemiológicos de uma região de saúde pode contribuir para o planejamento de ações de enfrentamento da infecção no território. Dessa forma, o objetivo do presente estudo foi analisar os casos de sífilis em gestantes residentes na Região de Saúde Sudoeste do Distrito Federal, no período de 2018 a 2019.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal realizado a partir de dados secundários extraídos de fichas de notificação de sífilis em gestantes residentes na Região de Saúde Sudoeste (RSSO) do Distrito Federal (DF), Brasil. Foram utilizadas informações do banco de dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) e dos prontuários das gestantes.

A RSSO é a mais populosa do DF e conta com uma população de 792.962 habitantes distribuída nas regiões administrativas de Taguatinga, Vicente Pires, Águas Claras, Arniequeiras, Recanto das Emas e Samambaia¹⁰.

Todos os casos de sífilis em gestante registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) entre janeiro de 2018 a dezembro de 2019 e que residiam na RSSO do DF foram incluídos no estudo. Não houve exclusão de fichas, sendo analisadas, inclusive, aquelas com dados ignorados ou em branco.

Foram analisadas as variáveis sociodemográficas (região administrativa, idade, estado civil, raça/cor e escolaridade), epidemiológicas, clínicas e obstétricas (data da notificação, número de gestações prévias, idade gestacional, diagnóstico, classificação clínica, tratamento da gestante e do parceiro) e de assistência pré-natal (realização de consultas e exames no pré-natal).

A taxa de incidência da sífilis em gestantes foi calculada a partir da razão do número de casos notificados por ano e o número de nascidos vivos do mesmo ano/local, multiplicado por 1000.

A análise foi realizada através do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20.0. As variáveis categóricas do estudo foram mensuradas por meio de frequências absolutas e relativas, sendo a relativa com seus respectivos intervalos de confiança considerando o nível de significância de 5% (IC_{95%}).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o CAAE nº 34510420.1.0000.8101 e parecer consubstanciado número 4.277.596 e conduzido segundo os aspectos éticos da Resolução CNS/MS 466/2012.

RESULTADOS

Entre 2018 e 2019, foram notificados no SINAN 438 casos de sífilis em gestante na Região de Saúde Sudoeste do Distrito Federal com taxa de incidência de 15,9 e 20,4 casos por mil nascidos vivos, respectivamente. (Tabela 1).

Tabela 1

Número de nascidos vivos, casos e taxa de incidência da sífilis em gestante na Região de Saúde Sudoeste, segundo o ano de diagnóstico. Brasília-DF, Brasil, 2018-2019.

Local	2018			2019		
	Nascidos vivos*	Casos	Taxa Incidência**	Nascidos vivos*	Casos	Taxa Incidência**
Região Sudoeste	12461	199	15,9	11685	239	20,45

*Fonte: SINASC

** Taxa de detecção de sífilis em gestante/1.000 nascidos vivos.

A média de idade das gestantes foi de 25 anos, a mediana 23 e a moda 21 anos. A maior proporção dos casos se encontrava na faixa etária entre 20 a 24 anos 34,2% (IC_{95%} 32,1 – 36,4). Em relação às demais características sociodemográficas, a maioria das gestantes encontravam-se solteiras, de acordo com estado civil 58,7% (IC_{95%} 56,4 – 60,9), declaravam-se como pardas 52,5% (IC_{95%} 50,2 – 54,8) e 44,0% (IC_{95%} 41,8 – 46,4) e possuíam o ensino médio incompleto ou completo (Tabela 2).

A Tabela 3 apresenta as informações referentes à assistência pré-natal. Observou-se que 88,1% (IC_{95%} 87,1 – 89,1) das gestantes realizaram o pré-natal, sendo que 52,3% (IC_{95%} 49,9 – 54,6) tiveram 7 ou mais consultas, seguindo as recomendações do Ministério da Saúde. Tratando-se do momento da notificação, 55% dos casos (IC_{95%} 52,7 – 57,3) foram notificados no 3º trimestre, sendo 74,9% notificados por unidades hospitalares (IC_{95%} 73,1 – 76,6), sendo a data da notificação em 33,8% dos casos (IC_{95%} 31,7 – 35,9) a mesma data do parto ou da curetagem.

Quanto à classificação clínica da infecção, foi observado que 58,2% (IC_{95%} 55,9 – 60,5) das fichas não continham essa informação. Em relação ao tratamento, 44,5% das gestantes (IC_{95%} 42,2 – 46,8) foram consideradas adequadamente tratadas e 42,9% das parcerias sexuais (IC_{95%} 40,6 – 45,2) não foram tratadas. Os motivos encontrados para o não tratamento do parceiro foram: o relato de quebra de vínculo com as parcerias sexuais, o não comparecimento a UBS, a sorologia não reagente, o relato de alergia à penicilina benzatina, cicatriz sorológica e a não comunicação às parcerias sexuais.

Ao analisar o desfecho da gestação, em 85,6% dos casos (IC_{95%} 84,5 – 86,8) a gestação resultou em recém-nascidos vivos e o percentual de aborto/natimorto foi de 13,2% (IC_{95%} 12,2 – 14,3).

Tabela 2**Distribuição das gestantes segundo características sociodemográficas. Brasília-DF, Brasil, 2018-2019.**

Variáveis	n (438)	%	IC95%	Variáveis	n (438)	%	IC95%
Faixa etária (anos)				Estado Civil			
15-19	100	22,9	21,2 – 24,5	Solteira	257	58,7	56,4 – 60,9
20 a 24	150	34,2	32,1 – 36,4	União Estável	79	18,0	16,7 – 19,4
25 a 29	93	21,2	19,7 – 22,8	Casada	43	9,8	9,0 – 10,6
30 a 34	49	11,2	10,3 – 12,1	Divorciada	04	0,9	0,8 – 1,0
≥ 35	46	10,5	9,6 – 11,4	Sem informação	55	12,6	11,5 – 13,6
Raça/Cor				Escolaridade			
Parda	230	52,5	50,2 – 54,8	Ensino fundamental incompleto/completo	163	37,3	35,0 – 39,4
Branca	75	17,1	15,8 – 18,5	Ensino médio incompleto/completo	193	44,0	41,8 – 46,4
Preta	50	11,4	10,5 – 12,4	Ensino superior incompleto/completo	31	7,1	6,5 – 7,7
Amarela	02	0,5	0,4 – 0,5	Sem informação	51	11,6	10,7 – 12,6
Sem informação	81	18,5	17,1 – 19,9				

Tabela 3**Distribuição dos casos de sífilis gestacional segundo características clínicas, epidemiológicas e obstétricas. Brasília-DF, Brasil, 2018-2019.**

Variáveis	n (438)	%	IC95%	Variáveis	n (438)	%	IC95%
Unidade Notificadora				Número de gestações			
Hospital Público	328	74,9	73,1 – 76,6	Primigesta	139	31,7	29,7 – 33,8
Unidade Básica de Saúde	106	24,2	22,5 – 25,9	Secundigesta	118	27,0	25,1 – 28,8
Hospital Privado	4	0,9	0,8 – 1,0	Multigesta	154	35,2	33,0 – 37,3
Realização do pré-natal				Classificação Clínica			
Sim	386	88,1	87,1 – 89,1	Primária	80	18,3	16,9 – 19,7
Não	27	6,2	5,6 – 6,7	Secundária	12	2,7	2,5 – 3,0
Sem informação	25	5,7	5,2 – 6,2	Terciária	56	12,8	11,7 – 13,8
Quantitativo de consultas no pré-natal				Latente			
Nenhuma	27	6,2	5,6 – 6,7	Sem informação	35	8,0	7,3 – 8,7
1 a 3	52	11,9	10,9 – 12,9	Sem informação			
4 a 6	105	24,0	22,3 – 25,7	255 58,2 55,9 – 60,5			
7 ou mais	229	52,3	49,9 – 54,6	Tratamento da gestante			
Sem informação	25	5,7	5,2 – 6,2	Adequado	195	44,5	42,2 – 46,8
Idade gestacional no momento da notificação				Inadequado			
1º trimestre	128	29,2	27,3 – 31,2	99	22,6	21,0 – 24,2	
2º trimestre	61	13,9	12,8 – 15,0	Não realizado	106	24,2	22,5 – 25,9
3º trimestre	241	55,0	52,7 – 57,3	Sem informação	38	8,7	7,9 – 9,4
Sem informação	25	1,8	5,2 – 6,2	Tratamento do parceiro			
				Sim 147 33,6 31,5 – 35,6			
				Não 188 42,9 40,6 – 45,2			
				Sem informação 103 23,5 21,8 – 25,2			
				Evolução da gestação			
				Recém-nascido vivo 375 85,6 84,5 – 86,8			
				Aborto/Natimorto/ Óbito fetal 58 13,2 12,2 – 14,3			
				Sem informação 5 1,1 1,0 – 1,2			

Por meio dos prontuários foi pesquisado o quantitativo de VDRL realizados durante o pré-natal, considerando desde o primeiro exame realizado até o último realizado no parto/curetagem. O número de VDRL encontrados variou de 0 a 6, sendo que a maioria realizou de um a três testes no pré-natal 56,8% (IC_{95%} 54,6 – 59,1). Aquelas que realizaram mais de um exame observaram-se aumento de dois ou mais títulos em 4,3% dos casos (IC_{95%} 3,9 – 4,7). (Tabela 4).

Tabela 4
Distribuição das gestantes segundo aspectos da assistência pré-natal, ao parto e período pós-parto. Brasília-DF, Brasil, 2018-2019.

Variáveis	n (438)	%	IC95%
Tempo entre diagnóstico e parto/curetagem (meses)			
< 1 mês	14	3,2	2,9 – 3,5
1 a 3 meses	39	8,9	8,1 – 9,7
4 a 6 meses	97	22,1	20,5 – 23,8
7 a 9 meses	108	24,7	22,9 – 26,4
mais de 9 meses	26	5,9	5,4 – 6,5
Diagnóstico = data do parto	148	33,8	31,7 – 35,9
Sem informação	6	1,4	1,2 – 1,5
Teste treponêmico (pré-natal/parto)			
Reagente	437	99,8	99,8 – 99,8
Sem informação	1	0,2	0,2 – 0,2
Quantidade de VDRL no pré-natal			
Nenhum	165	37,7	35,5 – 39,9
1 a 3	249	56,8	54,6 – 59,1
4 a 6	23	5,3	4,8 – 5,7
Sem informação	1	0,2	0,2 – 0,2
Avaliação dos títulos de VDRL no pré-natal			
Queda	124	28,3	26,4 – 30,2
Estabilidade	88	20,1	18,6 – 21,6
Aumento de 1 título	18	4,1	3,7 – 4,5
Aumento de 2 ou mais títulos	19	4,3	3,9 – 4,7
Sem informação	189	43,2	40,9 – 45,4
VDRL (parto/curetagem)			
Sim	409	93,4	92,8 – 94,0
Não	23	5,3	4,8 – 5,7
Sem informação	06	1,4	1,2 – 1,5
Titulação do VDRL no momento do parto/curetagem			
< 1:8	266	60,7	58,5 – 63,0
> 1:8	113	25,8	24,0 – 27,6
Não reagente	27	6,2	5,6 – 6,7
Sem informação	32	7,3	6,7 – 7,9
Monitoramento após o parto			
Sim	100	22,8	21,2 – 24,5
Não	338	77,2	75,5 – 78,8
Quantidade VDRL após o parto n (100)			
1 exame	69	69,0	64,8 – 73,2
2 exames	26	26,0	22,2 – 29,8
3 ou mais	05	5,0	4,1 – 5,9

DISCUSSÃO

Os resultados dessa pesquisa caracterizam a magnitude da sífilis gestacional na Região de Saúde Sudoeste do Distrito Federal. Verificou-se, no período analisado, um aumento na taxa de incidência do agravo na região, semelhante aos dados nacionais⁶. Uma explicação possível para o aumento da incidência em 2019 pode estar relacionada a diminuição das subnotificações e o aumento da disponibilidade de testes rápidos para sífilis nas unidades de saúde^{9,11}, oportunizando o diagnóstico.

No que se refere ao perfil das gestantes observou-se uma predominância de mulheres jovens, na faixa etária entre 20 a 29 anos em consonância com outros estudos realizados em diferentes regiões do Brasil^{12,13,14,15}. Quanto à cor, aproximadamente metade das gestantes declararam-se pardas, semelhante aos resultados encontrados em uma pesquisa com gestantes residentes na Região Leste do DF¹³.

O percentual de gestantes com ensino médio completo ou incompleto foi superior aos resultados obtidos em um estudo realizado com grávidas residentes em São José do Rio Preto/SP¹⁶ e aos encontrados no município de Fortaleza, Ceará¹⁴.

A ocorrência de sífilis em gestantes pode estar associada a fatores socioeconômicos, de acesso e assistência à saúde, acometendo principalmente àquelas que possuem maior vulnerabilidade social¹⁵. Em virtude disso, o conhecimento do perfil socioeconômico da população estudada pode oportunizar uma assistência à saúde contextualizada com a realidade regional.

Observou-se que a maior parte dos casos (74,9% – IC_{95%} 73,1 – 76,6) foi notificada em unidades hospitalares. Trata-se de um percentual elevado tendo em vista que 88,1% (IC_{95%} 87,1 – 89,1) realizou o acompanhamento pré-natal e este acompanhamento preconiza o rastreamento para sífilis ao longo de toda gestação, sendo preconizado pelo Ministério da Saúde a testagem no primeiro e no terceiro trimestre e no Distrito Federal no primeiro, segundo e terceiro trimestre^{2,3,5,8}.

Neste sentido, apesar de a maioria das gestantes ter passado por sete ou mais consultas, conforme recomendação vigente no país^{2,3}, apenas 44,5% (IC_{95%} 42,2 – 46,8) receberam tratamento adequado para sífilis durante o pré-natal. Corroborando dados de outros estudos^{13,14} que encontraram dificuldades no manejo do tratamento durante a gestação. Essa problemática foi discutida por pesqui-

sadores que analisaram o perfil das gestantes notificadas na Região Leste do Distrito Federal entre 2015 e 2020¹³ e sinalizou que a inadequação do tratamento constituiu um elemento chave para a manutenção da elevada incidência da sífilis congênita no território.

Uma das consequências da inexistência ou falha da assistência pré-natal é o diagnóstico realizado no parto/curetagem¹⁵. Resultados semelhantes aos encontrados neste estudo (33,8% – IC_{95%} 31,7 – 35,9) foram verificados em Niterói (RJ)¹⁵ e Caxias (MA)¹⁷ e sinalizam a necessidade de ampliar o acesso ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado da sífilis durante o pré-natal para evitar a sífilis congênita. Dentre as estratégias possíveis estão à busca ativa de gestantes na comunidade e a ampliação da oferta do teste rápido para sífilis¹¹.

Foram encontrados muitos casos sem informações sobre a classificação clínica da doença (58,2% – IC_{95%} 55,9 – 60,5). Ressalta-se que o preenchimento desse campo da ficha é importante para analisar se o tratamento foi instituído de acordo com a fase clínica da sífilis para as gestantes e parceiros sexuais^{17,18}. Considerando este aspecto, torna-se importante investigar os motivos para o não preenchimento completo das notificações para direcionar ações educativas sobre o tema.

Em relação à qualidade dos dados, verificou-se a ausência de registros em alguns campos da ficha e na análise dos prontuários foram observados re-

gistros incompletos comprometendo as características clínicas e epidemiológicas dos casos. Cabe assinalar que uma base de dados de boa qualidade fornece informações acerca da magnitude do agravo e possibilita a construção de medidas para redução e controle da doença¹⁸.

CONCLUSÃO

O perfil sociodemográfico das gestantes evidenciou que a maioria tinha entre 20 e 29 anos. Mais da metade era parda e a infecção foi mais frequente em mulheres com ensino médio completo/incompleto. A maior parte das gestantes realizou o pré-natal, entretanto, não foram notificadas durante o acompanhamento na atenção primária.

Neste sentido, os resultados encontrados neste estudo podem fornecer subsídios para a discussão de estratégias de saúde que contribuam para a prevenção da transmissão vertical da sífilis na região.

O uso de dados secundários representou uma limitação do estudo, dada à possibilidade de subnotificação de casos. Outro fator relevante foi o preenchimento inadequado das fichas de notificação, destacando-se pelo percentual elevado de informações ignoradas e campos em branco. Contudo, procurou-se minimizar esse problema com a complementação de informações obtidas por meio da pesquisa em prontuários

REFERÊNCIAS

1. Vázquez GGH. Vênus nos braços de mercúrio, bismuto e arsênio Notas históricas sobre sífilis gestacional antes da penicilina. *Sex Salud Soc.* 2018;(28):226-45. doi: 10.1590/1984-6487 .sess.2018.28.12.a.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [acesso em 2022 Nov 03]. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf/view.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites virais [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [acesso em 2022 Nov 03]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_hiv_sifilis_hepatites.2.ed.rev.pdf.
4. Peeling RW, Mabey D, Kamb ML, Chen XS, Radolf JD, Benzaken AS. Syphilis. *Nat Rev Dis Primers.* 2017;3:17073. doi: <https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.73>.
5. Ghanem KG, Ram S, Rice PA. The modern epidemic of syphilis. *N Engl J Med.* 2020;382(9):845-54. doi: <https://doi.org/10.1056/nejmra1901593>.

6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Sífilis 2020. Boletim Epidemiológico [Internet]. 2020 Out [acesso em 2022 Jun 9];(N Esp). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/arquivos/2020/BoletimSfilis2020especial.pdf>.
7. Distrito Federal (BR). Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Subsecretaria de Vigilância à Saúde. Boletim Epidemiológico [Internet]. 2020 Out. [acesso em 2021 Ago 20]. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/87308/BOLETIM-EPIDEMIOLOGICO-SIFILIS_2020.pdf/5dc26b0b-ae40-6bdf-2cec-ae7b58825994?t=1648581324164.
8. Distrito Federal (BR). Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde. Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde. Atenção à saúde da mulher no pré-natal, puerpério e cuidados ao recém-nascido [Internet]. 2017. [acesso em 2022 Nov 03]. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/protocolos-aprovados>.
9. Figueiredo DCMM, Figueiredo AM, Souza TKB, Tavares G, Vianna RPT. Relationship between the supply of syphilis diagnosis and treatment in primary care and incidence of gestational and congenital syphilis. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(3):e00074519. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00074519>.
10. Distrito Federal (BR). Secretaria de Estado de Saúde. Gerência de Planejamento e Programação em Saúde. Plano Distrital de Saúde 2020 – 2023 [Internet]. Brasília (DF): 2019. [acesso em 2022 Nov 03]. Disponível em: https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2022/02/2020_06_01_PDS-2020-2023_Aprovada_CSDF_v_publicizada.pdf.
11. Roncalli AG, Rosendo TMSS, Santos MMD, Lopes AKB, Lima KC. Effect of the coverage of rapid tests for syphilis in primary care on the syphilis in pregnancy in Brazil. *Rev Saude Publica*. 2021;55:94. doi: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003264>.
12. Favero MLDC, Ribas KAW, Costa MCD, Bonafé SM. Sífilis congênita e gestacional: notificação e assistência pré-natal. *Arch Health Sci*. 2019;26(1):2-8. doi: <https://doi.org/10.17696/2318-3691.26.1.2019.1137>.
13. Demori FCAO, Andrade J, Rodrigues VB, Pinheiro RM, Boeckmann LMM, Moraes RCM. Perfil epidemiológico de mães com bebês notificados com sífilis congênita na Região Leste de Saúde do Distrito Federal entre 2015 e 2020. *Braz J Dev*. 2022;8(9):63822-39. doi: <https://doi.org/10.34117/bjdv8n9-227>.
14. Cardoso ARP, Araújo MAL, Cavalcante MS, Frota MA, Melo SP. Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cien Saude Colet*. 2018;23(2):563-74. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018232.01772016>.
15. Heringer ALS, Kawa H, Fonseca SC, Brignol SMS, Zarpellon LA, Reis AC. Desigualdade na tendência da sífilis congênita no município de Niterói, Brasil 2007 a 2016. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44:e8. doi: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.8>.
16. Maschio-Lima T, Lima Machado IL, Zen Siqueira JP, Gottardo Almeida MT. Epidemiological profile of patients with congenital and gestational syphilis in a city in the state of São Paulo, Brazil. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2019;19(4):865-72. doi: <https://doi.org/10.1590/1806-93042019000400007>.
17. Conceição HN, Câmara JT, Pereira BM. Análise epidemiológica e espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita. *Saude Debate*. 2019;43(123):1145-58. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912313>.
18. Soares MAS, Aquino R. Completeness and characterization of gestational syphilis and congenital syphilis records in Bahia, Brazil, 2007-2017. *Epidemiol Serv Saude*. 2021;30(4). doi: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000400018>.

Redes sociais virtuais e vigilância em saúde: o Instagram da Anvisa na pandemia de covid-19

Virtual social networks and health surveillance: Anvisa's Instagram in the covid-19 pandemic

Bárbara Nogueira Martins¹ 
Mariella Silva de Oliveira-Costa² 

¹Graduanda em Enfermagem na Universidade de Brasília, bolsista de iniciação científica na Fiocruz Brasília.

²Doutora em Saúde Coletiva (Universidade de Brasília, 2017). Pesquisadora na Fiocruz Brasília.

Autor correspondente:

Mariella Silva de Oliveira-Costa.
E-mail: mariella.costa@fiocruz.br

Recebido em 29/07/2022

Aprovado em 07/03/2023

RESUMO

Objetivo: analisar o conteúdo da rede da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) no Instagram ao longo de 15 meses consecutivos, durante a pandemia.

Método: estudo descritivo e exploratório em amostra de postagens do perfil @anvisaoficial de janeiro de 2020 a março de 2021, por meio de análise de conteúdo.

Resultados: a Anvisa comunicou saúde com postagens sobre a segurança sanitária de produtos para saúde, a prevenção e controle sanitário, no combate ao vírus, com destaque para a regulamentação e fiscalização, por meio da divulgação de Notas Orientativas e Resoluções, ações educativas e também inspeções sanitárias.

Conclusões: o órgão necessita aprimorar suas estratégias de comunicação para que as publicações possuam mais engajamento e interação bem como deve se apresentar como órgão do SUS. O Instagram pode ser espaço de comunicação em saúde que possibilite interação e diálogo das instituições sanitárias com a sociedade.

Palavras-chave: Comunicação em Saúde; Covid-19; Redes Sociais Online; Vigilância Sanitária; Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

ABSTRACT

Objective: this study analyzed the content of social network of the Brazilian Health Regulatory Agency (Anvisa) over 15 consecutive months, during the covid-19 pandemic.

Methods: descriptive and exploratory study on a sample of @anvisaoficial posts (jan/2020 to mar/2021), through content analysis.

Results: Anvisa communicated health with about health safety of health products, prevention and health control, in the fight against the virus, with

emphasis on regulation and inspection, through the dissemination of Guidance Notes and Resolutions, educational actions and health inspections.

Conclusion: the agency needs to improve its communication strategies so that its publications have more engagement and interaction as well as presenting itself as part of Brazilian Unified Health System (SUS). Instagram can be a space for health communication that enables interaction and dialogue between health institutions and society.

Keywords: Health Communication; Covid-19; Online Social Networks; Health Surveillance; Brazilian Health Surveillance Agency.

INTRODUÇÃO

A comunicação em saúde é um direito e deve levar em consideração as diferenças e o desafio de produzir e disseminar ideias, ação não exclusiva de graduados nas escolas de comunicação, mas feita também pelos profissionais da saúde. Para que seja acessível a todos, com pluralidade de vozes, deve ser realizada não só de maneira pontual, mas em vários níveis, ouvindo a população e possibilitando sua participação, trazendo à tona temas que possibilitem às pessoas, informadas, participarem nas decisões e políticas de saúde¹.

Neste contexto, as redes sociais virtuais devem ser parte das estratégias de comunicação das instituições públicas de saúde como ferramentas de diálogo com a sociedade. Elas permitem informar, educar e apresentar às pessoas os temas de saúde, e garantem mais velocidade na difusão das informações em caso de emergências, mobilizam associações comunitárias, facilitam mudanças de comportamento, e possibilitam a compreensão das percepções do público². E para isso é preciso que haja capacitação dos produtores de conteúdo e um direcionamento claro das ações nas redes sociais. É importante, portanto, analisar como os órgãos públicos de saúde se posicionam para se comunicar nas suas mídias digitais.

As redes sociais são também uma oportunidade para as organizações estimularem a comunicação e planejarem relacionamentos com seus usuários³. Existem seis atributos que tornam as redes sociais uma ferramenta poderosa para as organizações comunicarem: “autenticidade, transparência, imediatismo, participação, conectividade e responsabilidade”⁴. Elas permitem ainda uma comunicação “acessível, rápida e direta” entre uma organização e os seus públicos⁵.

Nesse sentido, as redes sociais foram fundamentais para comunicar sobre a covid-19. No Brasil, no início da pandemia, a distância entre algumas instituições de saúde e o cotidiano dos brasileiros ficou nítida⁶. E a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) foi uma das instituições-chave durante a pandemia, pois tem representações em todo o país, coordenando portos, aeroportos, fronteiras e alfândegas, e busca:

Promover a proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário da produção e consumo de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados, bem como o controle de portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados⁷.

As ações da Agência, criada pela lei 9782, de 26 de janeiro de 1999, têm sido reconhecidas como capazes de promover e proteger a saúde da população, e instrumento para a melhoria da qualidade de vida das pessoas. Ela faz parte do Sistema Único de Saúde, mas, na imprensa, nem sempre é identificada como principal fonte em se tratando da vigilância em saúde, apesar de carregar respeitabilidade técnica que legitima as informações prestadas e, portanto, ser presença constante na mídia⁸. Ela adota o termo “redes sociais” em sua Política de Comunicação, instituída pela portaria 1.649, 14 de outubro de 2013. O emprego de redes sociais é uma estratégia de que se faz presente em várias linhas de ação da Anvisa para atingir sua proposta institucional de comunicação.

Igualmente, o perfil da agência na rede social Instagram www.instagram.com/anvisaoficial possuía 695 mil seguidores no Instagram, até o fechamento desse documento, em julho de 2022 e foi um dos canais utilizados para comunicar saúde durante a pandemia. Portanto, cabe perguntar: como a Anvisa divulgou as informações sobre covid-19 por meio do Instagram durante a pandemia?

REFERENCIAL TEÓRICO

Comunicar saúde

A comunicação tem papel fundamental para garantir que as pessoas sejam informadas com conteúdos verdadeiros, sem causar pânico. Comunicar saúde tem características específicas, como o foco na audiência (é preciso entender o público e suas necessidades para engajá-los); é baseada em pesquisa; tem natureza multidisciplinar, dada a complexidade de se alcançar mudança social; precisa ser estratégica,

incluindo ações com planejamento para responder necessidades específicas. Deve ser orientada como processo de longo prazo, requerendo compromisso contínuo e não centrado apenas nos meios de comunicação tradicionais e considerar o custo-efetividade das ações, buscando parcerias para soluções com o uso mínimo de recursos. Comunicar saúde requer criatividade, com uso de soluções sustentáveis que respondam às reais necessidades e prioridades estratégicas; deve ter audiência e mídia específicas; requer a construção de relacionamentos para que haja compreensão para as mudanças sociais ou comportamentais de indivíduos e comunidades; e busca em alguma medida a mudança de comportamentos, que pode levar à mudança social⁹.

A comunicação em saúde é considerada estratégica para a qualidade da tomada de decisão no Sistema Único de Saúde (SUS) e para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde. O trabalho das assessorias de comunicação deve responder às demandas da população e melhorias permanentes nos modos de informar e comunicar as ações de saúde¹⁰.

Por serem complexos e imbricados os processos de determinação de uma doença e os processos de comunicação é interessante indagar sobre noções como população-alvo, causa e fator de risco da epidemiologia, transformadas em hipóteses para o planejamento e avaliação de relações lineares emissor-receptor¹¹.

A pandemia de covid-19 exemplificou como o conceito de comunicação não se resume à transmissão de informações, com discurso verticalizado, sem ouvir as pessoas e dialogar com elas. É preciso construir relação de confiança com o público, considerando o que eles precisam e também suas críticas e saber, sem simplesmente despejar orientações de prevenção de doenças⁶. E em um mundo super conectado, comunicar saúde passa necessariamente pelo entendimento, atuação e engajamento nas diferentes redes sociais, que são espaços onde o povo está e podem também ser espaços de comunicação em saúde.

Redes sociais em saúde

As redes sociais representam conhecimento, informação e cultura e também renovam a maneira como as informações são passadas à sociedade¹². Elas facilitam oportunidades de engajamento com o público e de criação e manutenção de relacionamentos¹³.

A interatividade observada nas redes sociais virtuais através de curtidas, comentários e compar-

tilhamentos de *posts* evidenciam mudanças nas formas de viver e expressar assuntos diversos, e o indivíduo pode exercer sua cidadania no ciberespaço¹⁴. Cada cidadão também contribui para a produção e disseminação da informação, não só como consumidor¹⁵.

Elas devem ser utilizadas na comunicação das instituições de saúde, em especial em períodos de crise sanitária mundial, pois são ferramentas de diálogo e conversação e este potencial deve ser explorado, ao invés de uma comunicação unidirecional¹⁶. Porém, que ainda que usem as redes sociais virtuais como ferramentas de promoção da saúde, as instituições públicas de saúde atuam nestes espaços de maneira unidirecional, com conteúdo pouco interativo e administração nem sempre com a qualificação adequada.

A acessibilidade à informação na internet depende de intermediários para selecionar e eleger o que se encaixa ao uso, isso reflete de modo geral para o jornalismo e instituições públicas de saúde, que são conceituadas como referências validadas na produção de informação². A mídia social aprimorou a comunicação entre indivíduos e organizações e tem o potencial de aumentar a comunicação de saúde pública¹⁷. E, se utilizada de forma eficaz, pode melhorar a maneira como as agências de saúde pública se envolvem, interagem e comunicam saúde¹⁸.

Os dados obtidos a partir da análise de redes sociais *online* podem ser usados para rastrear e estimar a preocupação pública sobre pandemias em tempo real¹⁹. Inclusive, nas redes sociais há rápido compartilhamento de informação falsa, o que torna mais relevante ainda que as instituições de saúde se apropriem desse espaço. Estudo recente²⁰ revelou que 26,6% das mentiras publicadas no Facebook atribuem à Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) o papel de informar no que diz respeito à proteção contra a covid-19 e 71,4% das mensagens falsas circuladas pelo WhatsApp citam a Fundação como fonte de textos sobre a covid-19.

O Instagram possibilitou divulgar informações sobre a pandemia na forma de imagens, vídeos, músicas e texto com milhares de visualizações diárias, e diversos estudos investigam a difusão de informações sobre a covid-19 no Instagram²¹.

Divulgar respostas rápidas às dúvidas geradas para enfrentar essa nova situação, pode ajudar a combater a desinformação. Nota-se o trabalho realizado pelos órgãos de saúde nas atividades

de comunicação com a sociedade, em relação à disseminação e ao combate das *fakes news*, publicadas via redes sociais, com impacto no bem-estar da sociedade, que por sua vez, utiliza medicamentos de maneira incorreta e acaba gerando danos à sua saúde, ou até mesmo a não participação em campanhas de vacinação²². Os desentendimentos são aferidos não exatamente pela falta de informações, mas muitas vezes pelo excesso de informações, a “infodemia”, que “torna difícil encontrar fontes idôneas e orientações confiáveis quando se precisa”²³.

As mídias sociais também são canal para a disseminação intencional de desinformação. Estudo recente²⁴ observou que a maioria das contas danosas do Facebook, WhatsApp, Twitter e YouTube tentam causar medo e confusão, criando uma situação em que é difícil para as pessoas acessar informações confiáveis e verídicas. A rápida disseminação de informações precisas e imprecisas e a epidemia global de desinformação representa um sério problema para a saúde pública²⁵.

Com o distanciamento social, o acesso às informações integradas nas plataformas digitais aumentou significativamente, e a covid-19 foi a primeira pandemia da era das mídias sociais. O contato da sociedade via internet, facilitou a comunicação das pessoas e a disseminação das informações sobre a pandemia²⁶. Nessa perspectiva,

como outras doenças, os dados de redes sociais podem ser usados na vigilância em saúde em relação à covid-19. Dada à velocidade de disseminação da doença, produzir respostas rápidas pode gerar informações para tomada de decisão e, com isso, apoiar o planejamento e monitoramento de políticas para a promoção da saúde e controle de doenças²².

Na China, houve publicações no Instagram evidenciando que algumas pessoas estavam negligenciando as diretrizes do governo, especialmente sobre viagens. Em contrapartida, mostrou que após o anúncio de restrições de movimento no país, a maioria dos chineses permaneceu em casa e cumpriu as instruções de proteção, e isso se refletiu nas postagens do Sina-Weibo (serviço de *microblog* daquele país)²⁷.

Desde 24 de março de 2020, o Instagram direciona os seus seguidores que fizeram buscas sobre covid-19 ao perfil da OMS, posicionando-o como autoridade para difundir informações sobre a crise sanitária^{28,29}. Recente pesquisa que analisou o perfil de instituições brasileiras de saúde, como

o Ministério da Saúde do Brasil, relatou a maior quantidade de informações sobre promoção da saúde, dando ênfase nas figuras do governo e dos profissionais da saúde. O @minsaude atualizou os dados sobre a situação epidemiológica e o @snspt (Serviço Nacional de Saúde) incentivou a confiança nas medidas até então adotadas, em conjunto com a OMS³⁰. No período, o Ministério da Saúde do Brasil usou oito temas para falar da covid-19, mas a estratégia dominante foi a institucional (82 *posts*), o governo foi tema de 38,7% dos *posts* e o MS de 61,2%; “esse protagonismo implicou em menos conteúdo educativo em saúde (39,3%)”. A Promoção da Saúde foi o segundo tema mais frequente (67); seguido pela renovação de dados sobre o vírus (47); tira-dúvidas (46); convite ao engajamento para doação de sangue e ações voluntárias (7); o uso de links (6) para partilha de conteúdos; informações científicas (3); e doação (de testes). A postagem com maior engajamento em relação ao número de curtidas teve 103.287, com dados epidemiológicos no dia 19/03/2020); o vídeo no qual o ministro informou ter propagado informação falsa, sem intenção, no dia 01/04/2020, teve o maior alcance, 444.897 visualizações. O *post* mais comentado no período do estudo foi sobre a nomeação do novo ministro, com 7423 comentários dia 16/04/2020³⁰. Na epidemia de zika vírus, o discurso do @minsaude foi analisado como bastante transmissional, sem diálogo com a população, subestimando o potencial que as redes sociais têm para interação, engajamento e compartilhamento em saúde³¹.

Nota-se que uma das diretrizes para o alcance da política de comunicação da Anvisa é a garantia de acesso às informações para o exercício do direito à saúde e do controle social, com mais agilidade na circulação dessas informações, incluindo o uso mais eficaz dos portais eletrônicos, das redes sociais e outros recursos tecnológicos junto aos cidadãos³². Cabe, verificar como a Anvisa comunicou saúde por meio do Instagram durante a pandemia de covid-19.

MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo e exploratório³³ que visa conhecer a comunicação da Anvisa no Instagram durante a pandemia de covid-19. A amostra compreende as publicações do @anvisaoficial ao longo de 15 meses consecutivos, de janeiro de 2020 a março de 2021. O instrumento de coleta de dados foi produzido em planilha do Excel, a partir de mais de 20 diferentes cate-

gorias, que possibilitaram descrever a frequência dos temas, assuntos, fontes nos *posts*, entre outras informações e foi testado por quatro avaliadores independentes que analisaram cinco *posts* sobre covid-19 publicados no Instagram de outro órgão federal, que verificaram os limites e definições de cada categoria, sendo elas mutuamente exclusivas, homogêneas, exaustivas e de classificação objetiva. Após o pré-teste, a coleta de dados foi realizada. Os *posts* foram numerados e deles extraído a data de publicação, o número de curtidas e comentários, texto do *post* e do principal comentário, aquele com maior número de curtidas, as *hashtags*, o formato (vídeo, imagem, texto e as combinações desses elementos) e a presença ou ausência dos seguintes elementos: citação do Sistema Único de Saúde (SUS), resposta aos comentários e referência às *fake news*. A categorização do tema e assunto de cada *post* foi realizada conforme as áreas de atuação da Anvisa.

Como critérios de inclusão, foram coletados todos os *posts* publicados no Instagram da Anvisa relacionados à covid-19, no período selecionado. As informações de cada *post* incluído na amostra foram organizadas em formulário de análise de conteúdo de Bardin³⁴ e para análise dos dados, foi verificada a frequência de variáveis e descritos como os conteúdos durante a pandemia foram apresentados pela Anvisa. A pesquisa contou com financiamento por meio de bolsa de iniciação científica do CNPq, número do processo: 1151.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

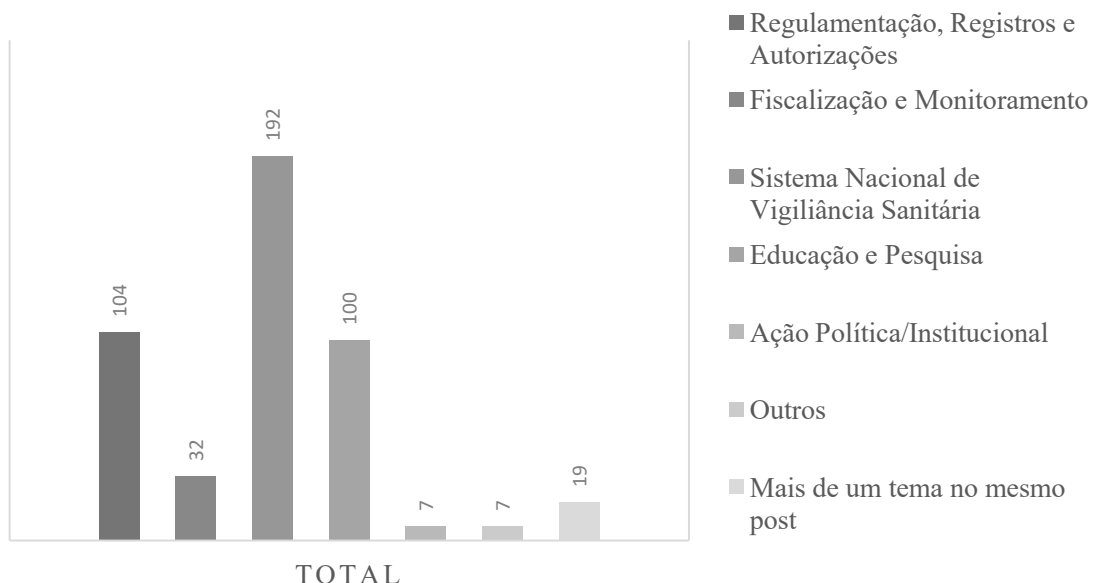
A amostra totalizou 468 *posts* publicados pela Anvisa coletados manualmente em @anvisaoficial, sendo 406 formados por texto e imagem, 62 por texto e vídeo. As postagens poderiam trazer mais conteúdo em formato de vídeo, que tem alto poder de engajamento e persuasão para transmitir uma mensagem, já que é possível explicar até mesmo conceitos complexos de um jeito fácil de entender, sem contar o maior alcance dos vídeos, que é diferente do conteúdo escrito normalmente.

Os *smartphones* são os aparelhos mais utilizados no Brasil e no mundo para acesso às redes sociais, e os vídeos se adaptam aos diferentes tamanhos de tela, compatíveis com diversos sistemas operacionais e podem ser assistidos de qualquer lugar e em qualquer momento, logo, é essencial elaborar um bom conteúdo digital que atraia o interesse dos seguidores, e os vídeos conseguem desempenhar essa função³⁵.

Os dias da semana que tiveram mais postagens foram: quinta-feira com 101 *posts*, terça-feira com 85, quarta-feira com 82 e sexta-feira com 81. Aos finais de semana, o número de publicações diminuiu. No Gráfico 1, os temas mais frequentes no período analisado foram Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, com 193 *posts*, Regulamentação, Registros e Autorizações com 106 *posts* e Educação e Pesquisa com 100 *posts*.

Gráfico 1

Frequência de temas no Instagram @AnvisaOficial sobre covid-19, Brasília, DF, Brasil, janeiro de 2020 a março de 2021.



Nesse sentido, são temas de maior interesse e relevância para a comunicação da Agência nas redes sociais durante a pandemia.

No dia 05 de agosto de 2020, foi publicado um informe sobre as ações da Agência para o enfrentamento da pandemia. O documento apresenta uma visão geral das medidas adotadas pela instituição de janeiro até julho de 2020. Com isso, foi possível observar que as publicações no Instagram da Anvisa, estão baseadas nesse documento.

Os *posts* referentes ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária abordaram o trabalho da Anvisa, as ações de controle da pandemia de coronavírus nos portos, aeroportos e fronteiras do Brasil e medidas sanitárias a serem adotadas em aeroportos e aeronaves. Além disso, esclarecimentos sobre as principais dúvidas a respeito das vacinas em teste no Brasil e informações sobre regulamentação, inspeções e fiscalização das vacinas que foram aprovadas pela Anvisa foram realizadas por esse Sistema e divulgadas com maior frequência no período analisado. As redes sociais permitem que os usuários busquem informações sobre temas de saúde e mobilização social e amplia o alcance das orientações de uma autoridade sanitária.

No caso da covid-19, uma série de mudanças de comportamento individual foi necessária e falar sobre isso nas redes a partir da atuação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária amplia a possibilidade de compreensão das pessoas. Não faz parte dos objetivos desse estudo afirmar qualquer relação direta entre as postagens e uma mudança de comportamento, mas na China, após o anúncio de restrições de circulação postado no serviço de *microblog* daquele país, os chineses começaram a respeitar o isolamento social, cumprindo as recomendações de proteção contra o vírus²⁷.

Já para o tema de Regulamentação, Registro e Autorização, o engajamento maior de acordo com o número de curtidas foi da postagem que trazia a aprovação dos primeiros testes rápidos, em 19 de março de 2020, com mais de 18 mil curtidas. Em um momento de extrema incerteza, apresentar uma possível solução para conter o avanço das contaminações possivelmente trouxe esperança para a população e um desejo genuíno de se compartilhar a novidade. A rede social traz a possibilidade de compartilhamento rápido de informação, e se tratando de uma pandemia, com muitas informações incertas e desconhecidas até para a comu-

nidade científica, a alta repercussão sinaliza como o tema atinge diretamente a comunidade *online* em alcance maior que outros temas. O desenvolvimento das mídias sociais em saúde vem possibilitando a participação ativa dos usuários nas redes, o que provocou o rompimento com o raciocínio linear clássico do processo comunicativo “emissor mensagem-receptor”³⁶.

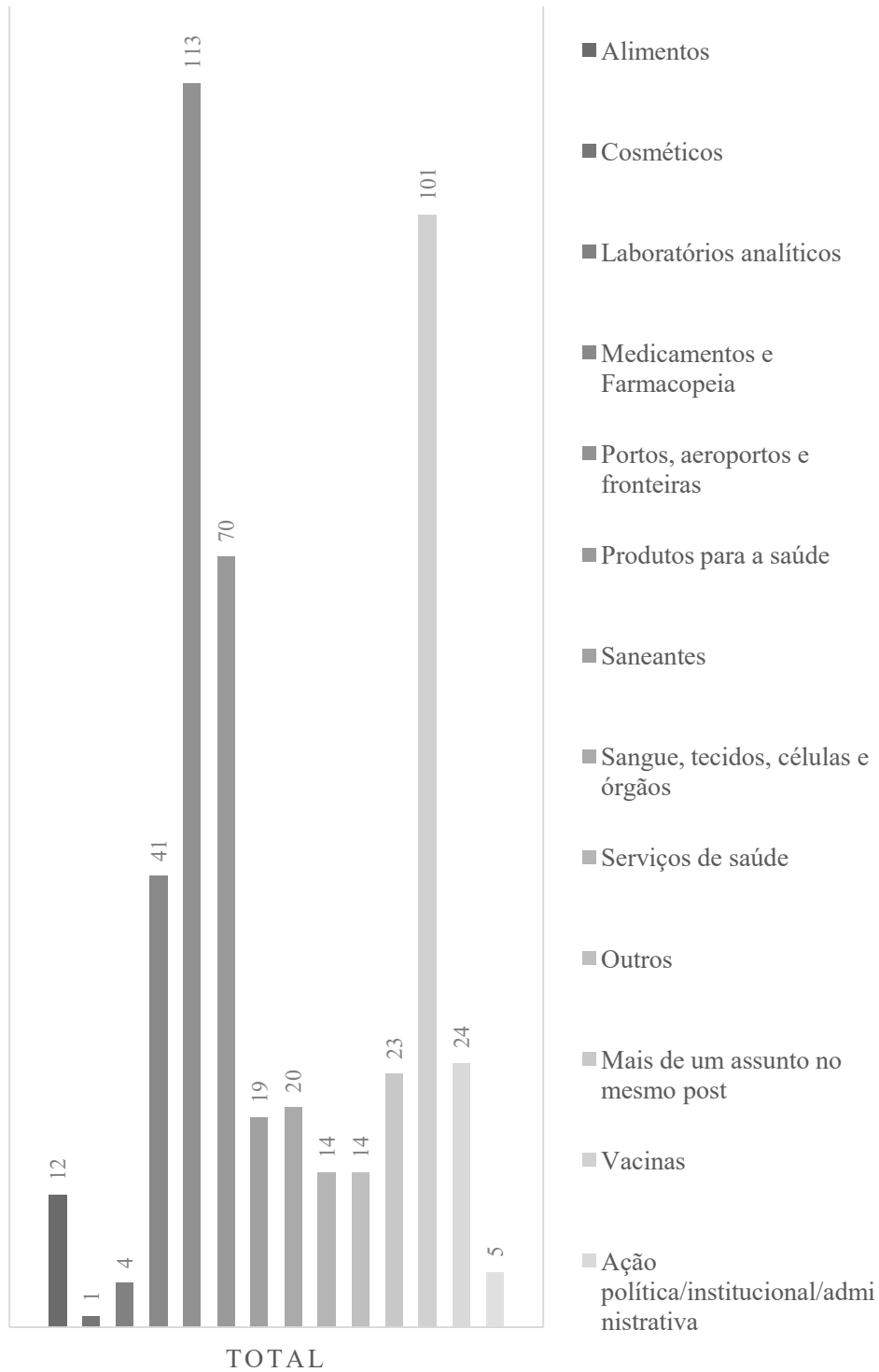
Sobre Educação e Pesquisa, terceiro tema mais frequente, foi observada coerência da Agência na responsabilidade de promover e proteger a saúde da população em meio à crise sanitária. Assim, a comunicação do risco sanitário pode ser vista como promoção da saúde e deve ser clara, objetiva e direta. A educação sanitária induz um determinado público a adquirir hábitos que promovam a saúde e evitar a doença e tem que ser um processo contínuo, permanente e construído na medida em que o indivíduo aprofunda seu conhecimento³⁷. O foco da educação sanitária deve estar voltado para profissionais e população em relações de interação, comunicação, cooperação e responsabilidade conjunta em solucionar problemas.

Cabe à Anvisa atuar em um modelo que “se constrói entre a necessidade de se ajustar ao regime multilateral e ao regime de política social, pelos compromissos que cercam o conceito da saúde no Estado Democrático de Direito”³⁷. Fortalecer esse modelo passa pela ampliação da comunicação com a sociedade e as redes sociais podem ter esse papel de aproximar a Agência das pessoas. É possível observar isso nas recomendações técnicas e nos Mapeamentos dos Planos de Emergência disponibilizados nas postagens para informar os usuários sobre a covid-19.

Observa-se que, no Gráfico 2, os assuntos que mais aparecem nos meses de janeiro, fevereiro, março, abril, maio, junho, julho e agosto são: Portos, Aeroportos e Fronteiras com 115 *posts*, possivelmente por coincidir com as especulações e ações relacionadas ao fechamento de fronteiras; seguido de Produtos para Saúde e Saneantes, ambos com 70 *posts*, considerando-se a incorporação gradual de máscaras e álcool gel ao cotidiano dos brasileiros, e Medicamentos e Farmacopeia com 41 *posts*. Cabe ressaltar que, no período seguinte, de setembro a março de 2021, o assunto que mais apareceu foi referente às vacinas com 102 *posts*, devido às autorizações temporárias de uso emergencial, em caráter experimental, de vacinas da covid-19.

Gráfico 2

Frequências dos temas apresentados nos *posts* do Instagram @anvisaoficial, sobre covid-19, de janeiro de 2020 a março de 2021.



A Figura 1 apresenta mosaico contendo a imagem dos cinco *posts* com maior engajamento (mais curtidas), desses assuntos mais frequentes. Sendo um de cada assunto, a saber, na ordem, da esquerda para a direita, Portos, Aeroportos e Fronteiras; Produtos para a saúde; Produtos de higiene, cosméticos e saneantes; Medicamentos, Produtos Biológicos e Insumos Farmacêuticos Ativos; e Vacinas.

A primeira postagem referente a Portos, Aeroportos e Fronteira, obteve 5.594 curtidas, e retratou o papel da Agência no combate à propagação do coronavírus. Além do mais, trouxe que a equipe de servidores da Sede, reconheceu a importância desse desafio e uniu-se a uma força-tarefa específica nos aeroportos do país.

A segunda postagem referente aos produtos para a saúde obteve 17.705 curtidas, e trazia informações sobre a Anvisa ter aprovado os primeiros oito kits de diagnóstico rápido para covid-19. Os testes rápidos foram destinados ao uso profissional e ofereceram a vantagem de fornecer resultados em aproximadamente 15 minutos.

A terceira postagem referente a produtos de higiene, cosméticos e saneantes obteve 4.388 curtidas, o conteúdo proposto era a prevenção da propagação do coronavírus. O texto mencionava que no Brasil, um país tão diverso, é essencial que todos se unissem para disseminar a importância de prá-

ticas simples, como a higienização das mãos, em todo o território nacional.

A quarta postagem referente a medicamentos, produtos biológicos e insumos farmacêuticos ativos, obteve 13.928 curtidas e abordou que desde o aumento da pandemia de covid-19, surgiram notícias e debates acalorados sobre a eficácia do uso de medicamentos (hidroxicloroquina e cloroquina) no tratamento da doença. No entanto, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) enfatizou a ausência de estudos conclusivos que comprovassem a eficácia desses medicamentos no combate ao novo coronavírus; é importante ressaltar que a Anvisa, como órgão regulador, tem a responsabilidade de avaliar a segurança e a eficácia dos medicamentos antes de recomendá-los para qualquer finalidade.

A quinta postagem referente às vacinas, obteve 15.415, citava que a Anvisa recebeu no dia 8 de janeiro de 2021, o requerimento de autorização temporária de uso emergencial e experimental da vacina Coronavac. O pedido foi submetido pelo Instituto Butantan, responsável pelos estudos da vacina desenvolvida pela empresa Sinovac no Brasil. Nesse momento, a Anvisa já havia iniciado a análise dos documentos que acompanharam a solicitação, assim como a proposta de uso emergencial apresentado pelo laboratório.

Figura 1

Mosaico contendo a imagem dos cinco *posts* com maior engajamento, um de cada assunto no Instagram @anvisaoficial, sobre covid-19, de janeiro de 2020 a março de 2021.



Os conteúdos das postagens referentes às medidas regulatórias na área de Produtos para Saúde foram a aprovação de testes rápidos para covid-19 e utilização dos mesmo em farmácias; priorização da regularização de produtos para saúde para o diagnóstico de covid-19 e de outros agentes causadores de infecções respiratórias.

As postagens referentes às medidas regulatórias dos Produtos de Higiene, Cosméticos e Saneantes estão relacionadas com os seguintes temas: aprovação de géis antissépticos para uso; orientações gerais para máscaras faciais de uso não profissional e orientações de lavagem das mãos.

As postagens sobre medidas regulatórias publicadas pela área de Medicamentos e Farmacopeia relacionaram-se aos seguintes temas: liberação de pesquisa com a hidroxicloquina para o tratamento da covid-19; autorização de estudos clínicos para a covid-19 e produtos biológicos e insumos farmacêuticos destinados ao diagnóstico, à prevenção e tratamento da covid-19³⁸.

Diante do “compromisso da transparência, da emergência e interesse públicos” a Agência procurou informar a sociedade, usando ferramentas para manter e acrescentar o conhecimento dos trabalhos realizados³⁹. No Brasil, foram autorizadas para registro definitivo os lotes das vacinas Coronavac, Oxford/Astrazeneca e Pfizer/Biontech, e o *post* com maior engajamento foi o do primeiro pedido de autorização no uso emergencial da Coronavac.

Cabe ressaltar que ao longo de todo o período de análise, nas postagens sobre covid-19, a palavra SUS ou o Sistema Único de Saúde, foram citados apenas em quatro conteúdos, sem apresentar qualquer relação direta entre o SUS e a Anvisa, mas em *hashtags*, legendas ou no próprio *card*.

A Anvisa faz parte do SUS e isso deve ser dito nas suas redes sociais, principalmente no contexto da pandemia, em que o SUS mostrou ainda mais sua força e a importância na assistência à população. A regulação realizada pela Anvisa é relevante para a estruturação do SUS, pois suas ações impactam no desenvolvimento de setores de produção, na regulação das indústrias do complexo industrial da saúde, na prevenção de riscos à saúde da população e na organização dos sistemas de saúde³⁹. A política de comunicação da Anvisa menciona que devido à abrangência do universo da sua atuação, estão incluídos entre seus públicos de interesse instituições e profissionais que inte-

gram o SUS. Além disso, a Anvisa também deve seguir as deliberações das conferências de saúde, assim como submeter-se ao acompanhamento, fiscalização e controle realizados pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), levando garantia de atenção à saúde, por parte do poder público, a qualquer cidadão³².

Foi verificado ainda se a rede social da agência trouxe o tema das informações falsas em saúde, o que foi observado em 11 *posts*. A publicação de maior engajamento com essa temática, foi publicada no Instagram da Anvisa no dia 20 de março de 2020, e obteve 95.264 visualizações e 10.812 curtidas, com um alerta para as medidas de distanciamento, higienização das mãos e a necessidade de seguir as orientações oficiais e não compartilhar as mentiras em saúde.

Como é retratado na Política de Comunicação da Anvisa, a avaliação da comunicação aplica-se especialmente à instituição, que atua na defesa da saúde pública, área que apresenta diversos desafios. Nesse contexto, a credibilidade da Agência se constrói e se afirma pela forma como ela se relaciona com a sociedade e pela transparência de suas ações.

As notícias falsas disseminadas nas redes sociais relacionadas a covid-19, podem influenciar o comportamento da população e colocar em risco a adesão do cidadão aos cuidados cientificamente comprovados. Por isso, a publicação da Anvisa ressalta que os indivíduos devem seguir as orientações oficiais dos canais de saúde, e não repassarem falsas informações, visto que nenhum medicamento teve eficácia em modificar o avanço do vírus, quando administrado em sua fase inicial, sendo o distanciamento social algo eficaz para evitar a transmissão.

O estudo de Merchant *et al.*²⁴ traz que as redes sociais fornecem um canal para a disseminação intencional de desinformação. Os pesquisadores relataram que a maioria das contas que propagam essas informações nas redes sociais estão tentando apavorar e confundir a população, criando uma situação que dificulta o acesso a informações confiáveis.

Dos 468 *posts* analisados no período, em apenas 65 *posts* foram atribuídas *hashtags*, sendo as mais utilizadas: #anvisa, #coronavirus, #covid, #vacina, #ministeriosasaude e #laveasmãos. Zappavigna⁴⁰ analisa o uso das *hashtags* como instrumentos de informações que podem também concretizar as

Figura 2

Nuvem de palavras das *hashtags* no Instagram @anvisaoficial, em postagens sobre covid-19, de janeiro de 2020 a março de 2021.



relações sociais. Percebe-se que o Instagram da Anvisa utiliza as *hashtags* experienciais, direcionando e classificando seus temas e assuntos nas publicações, entretanto, poderia fazer uso das *hashtags* em todas as suas publicações, para ampliar o alcance dessas informações.

Os assuntos e temas das publicações da Anvisa no Instagram durante a pandemia, visavam a proteção e promoção da saúde dos indivíduos trazendo para o cidadão comum medidas e notas técnicas para enfrentamento da pandemia em 2020, em formato breve e conteúdo objetivo predominantemente sobre a fiscalização e inspeção de portos, aeroportos e fronteiras, produtos para a saúde, vacinas e medicamentos, assim como a legislação atual.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As postagens da Anvisa no Instagram, no período analisado, apresentaram que a Agência, a partir do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, buscou garantir a segurança dos brasileiros em meio à emergência sanitária, em especial, trazendo informação relacionada aos produtos para saúde, como: EPIs, medicamentos, vacinas, kits específicos para o diagnóstico de covid-19, prevenção e controle sanitário, no combate à pandemia e inspeções sanitárias. Em meio a tantas mudanças necessárias no comportamento individual das pessoas, falar sobre isso nas redes pode ter ampliado o alcance da prevenção ao risco.

A análise dos resultados revela a importância do uso de vídeos como uma estratégia eficaz para transmitir mensagens e engajar seguidores. Os ví-

deos possuem maior poder de alcance e persuasão, permitindo explicar conceitos complexos de forma fácil de entender. Além disso, o acesso às redes sociais por meio de *smartphones* reforça a relevância dos vídeos, uma vez que eles se adaptam a diferentes telas e sistemas operacionais.

Quanto aos dias da semana, observou-se um maior número de postagens nas quintas, terças, quartas e sextas-feiras, enquanto nos finais de semana houve uma diminuição na atividade. Os temas mais frequentes nas postagens da Anvisa foram relacionados ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, Regulamentação, Registros e Autorizações, e Educação e Pesquisa, demonstrando o interesse e a relevância desses assuntos para a comunicação da Agência durante a pandemia.

Foi identificado que as postagens da Anvisa basearam-se em um informe sobre as ações da instituição no enfrentamento da pandemia, abordando questões como controle nos portos, aeroportos e fronteiras, esclarecimentos sobre vacinas e informações sobre regulamentação e fiscalização. Essas postagens contribuem para a disseminação de informações confiáveis e promovem a compreensão das pessoas em relação às medidas necessárias para combater a covid-19.

Os resultados também revelaram o engajamento significativo em postagens relacionadas a temas como Regulamentação, Registro e Autorização, que ofereceram soluções para conter o avanço da pandemia, trazendo esperança para a população. As redes sociais desempenham um papel importante na disseminação rápida de informações, es-

pecialmente em um contexto de incertezas e informações desconhecidas.

No contexto das medidas regulatórias, a Anvisa abordou temas como produtos para saúde, higiene, cosméticos e saneantes, medicamentos e farmacopeia. Essas postagens informaram sobre aprovações, orientações e estudos relacionados a covid-19, proporcionando clareza e objetividade na comunicação do risco sanitário.

A menção ao Sistema Único de Saúde (SUS) foi limitada nas postagens, embora a Anvisa faça parte do SUS e sua regulação seja relevante para a estruturação do sistema de saúde. A inclusão do SUS nas postagens poderia fortalecer a conexão entre a Agência e a população, especialmente durante a pandemia, em que o SUS desempenhou um papel fundamental no enfrentamento da crise sanitária.

É importante que, como instituição do SUS, a Anvisa explicita essa vinculação ao sistema nos *posts*, seja nos *cards*, nas *hashtags* ou legendas dos *posts*, principalmente passada a pandemia, quando o SUS mostrou sua relevância como política pública de saúde e importância na assistência à população. Observou-se ainda um uso tímido do audiovisual, apesar do alto poder de engajamento deste formato nas redes sociais, o que deve ser revisado pela equipe de comunicação.

Outro aspecto relevante observado foi o combate às *fake news*. A Anvisa publicou conteúdo alertando sobre a disseminação de informações falsas e reforçando a importância de seguir as orientações oficiais. A propagação de desinformação pode influenciar negativamente o comportamento da po-

pulação e comprometer a adesão a medidas cientificamente comprovadas.

A análise dos resultados evidencia a importância da transparência, da comunicação clara e do engajamento da Anvisa, por meio das redes sociais durante a pandemia. As postagens abordaram temas relevantes, promoveram informações confiáveis e buscaram conscientizar a população sobre as medidas necessárias para proteger a saúde pública.

A atuação da Anvisa foi demonstrada também pelos conteúdos relacionados à regulamentação e fiscalização, por meio da divulgação de Notas Orientativas e Resoluções, em linguagem mais acessível, bem como com ações educativas para ampliar o conhecimento das pessoas sobre o trabalho de vigilância realizado.

Como limitações do estudo, tem-se a dificuldade de extração de dados manualmente nas redes sociais *online* que são organismos vivos, cujos números e interações são alterados constantemente. A partir destes achados, pode-se verificar junto aos profissionais do setor como são as rotinas de produção e formas de construção dos conteúdos nas redes sociais, em estudos futuros.

As instituições de saúde precisam de uma comunicação cada vez mais próxima das pessoas, mas esse relacionamento não se constrói do dia para a noite, em meio ao distanciamento social. A Anvisa deve permanecer nesse espaço *online* apresentando informações confiáveis sobre seu trabalho e influência na saúde da população, para que esta possa tomar decisões em saúde de maneira adequada.

REFERÊNCIAS

1. Araújo I, Cardoso J. Comunicação e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
2. Barcelos P, Lima P, Aguiar A. Blogs e redes sociais na atenção à saúde da família: o que a comunicação online traz de novo. Rio de Janeiro. *Reciis – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde*. 2020 jan.-mar.;14(1):126-49 | [www.reciis.icict.fiocruz.br] e-ISSN 1981-6278. doi: <https://doi.org/10.29397/reciis.v14i1.1747>. Acesso em: 20 jul. 2022.
3. Cho M & Schweickart T. (2015). Nonprofits' use of Facebook: an examination of organizational message strategies. In R. D. Waters (Ed.), *Public relations in the nonprofit sector* (pp. 281-295). Nova Iorque: Routledge. doi: <https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.4324/9781315758688-23/nonprofits-use-facebook-moonhee-cho-tiffany-schweickart>. Accessed: 20 jul. 2022.
4. Postman J. SocialCorp: *Social media goes corporate*. Peachpit Press, 2009.

5. Mundy ED. The challenge of true engagement: how 21st century gay pride organizations strategically use social media to mobilize stakeholders. In S. C. Duhe (Ed.), *New media and public relations* (pp. 251-259). Nova Iorque: Peter Lang Publishing In. 2017. Disponível em: <https://www.bookdepository.com/New-Media-Public-Relations-Third-Edition-Sandra-C-Duhe/9781433132735>. Accessed: 20 jul. 2022.
6. Oliveira-Costa MS, Fernandes MFM, Vasconcelos W. (2022). O recado está dado: a COVID-19 e suas repercussões para a comunicação em saúde nas instituições públicas. *Cadernos Ibero-Americanos De Direito Sanitário*, 11(2), 175-182. Disponível em: <https://doi.org/10.17566/ciads.v11i2.923> Acesso em: 20 jul. 2022.
7. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Relatório de atividades 2017 / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2018. Disponível em: <http://antigo.anvisa.gov.br/documents/281258/2742545/Relat%C3%B3rio+de+Atividades+2017/1e72d028-88ed-4d5a-82b1-943c5a4da94e?version=1.0>. Acesso em: 20 jul. 2022.
8. Cunha NYT, Vasconcelos WRM, Oliveira-Costa, MS. Vigilância sanitária na imprensa brasileira: panorama da cobertura midiática da agência reguladora federal. Termo de cooperação entre a Fiocruz Brasília e a Anvisa. *Saúde e Sociedade* [online]. 2022, v. 31, n.1, e200520. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902022200520>. Epub 17 Jan 2022. ISSN 1984-0470. Acesso em: 13 jul. 2022.
9. Schiavo R. *Health communication: from theory to practice*. editor. New York, NY: Jossey-Bass. 2007.
10. Nardi A, *et al.* Comunicação em saúde: um estudo do perfil e da estrutura das assessorias de comunicação municipais em 2014-2015. *Epidemiol. Serv. Saude*, Brasília, 27(2):e2017409, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ress/v27n2/2237-9622-ress-27-02-e2017409.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2022.
11. Pitta A. *Org. Saúde e comunicação: visibilidades e silêncios*. Rio de Janeiro: Hucitec / Abrasco, 1995. p.244 e 250.
12. Marteleto R. Redes sociais, mediação e apropriação de informações: situando campos, objetos e conceitos na pesquisa em Ciência da Informação. *Pesq. bras. ci. inf.*, Brasília, v.3, n.1,p.27-46, jan./dez. 2010. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/2247>. Acesso em: 20 mai. 2021.
13. Li C. Groundswell. *Winning in a world transformed by social technologies. Strategic Direction*, 2010. Available from: <https://doi.org/10.1108/sd.2010.05626hae.002>. Accessed: 20 mai. 2021.
14. Lemos A, Lévy P. *O futuro da internet: em direção a uma ciberdemocracia planetária*. São Paulo: Paulus, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.20396/rdbci.v9i2.1915>. Acesso em: 20 mai. 2021.
15. Moraes D, Ramonet I, Serrano P. A explosão do jornalismo na era digital. In: Moraes D, Ramonet I, Serrano P (org). *Mídia, poder e contrapoder: da concentração monopólica à democratização da informação*. [Internet] São Paulo: Boitempo, 2013. p. 85-102. Disponível em: [https://books.google.com.br/books?id=EklxCAAQBAJ&lpq=PT4&ots=VS1R3J_5W3&dq=A%20explos%C3%A3o%20do%20jornalismo%20na%20era%20digital.%20In%3A%20MORAES%2C%20D%C3%AAnis%20de%3B%20RAMONET%2C%20Ignacio%3B%20SERRANO%2C%20Pascual%20\(org.\).%20M%C3%ADdia%2C%20poder%20e%20contrapoder%3A%20d&lr&hl=pt-BR&pg=PP1#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.br/books?id=EklxCAAQBAJ&lpq=PT4&ots=VS1R3J_5W3&dq=A%20explos%C3%A3o%20do%20jornalismo%20na%20era%20digital.%20In%3A%20MORAES%2C%20D%C3%AAnis%20de%3B%20RAMONET%2C%20Ignacio%3B%20SERRANO%2C%20Pascual%20(org.).%20M%C3%ADdia%2C%20poder%20e%20contrapoder%3A%20d&lr&hl=pt-BR&pg=PP1#v=onepage&q&f=false). Acesso em: 20 mai. 2021.
16. Sendra-toset A, Farré-coma J. Instituciones de salud pública y las redes sociales: una revisión sistemática *Rev Esp Comun Salud*. 2016, 7(2), 285-299. Disponível em: <https://erevistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/3452/2087>. Acesso em: 17 jul 2022.

17. Sakfo L & Brake D. A Bíblia da mídia social: táticas, ferramentas e estratégias para o sucesso dos negócios. [Internet] Hoboken, NJ: John Wiley & Sons. 2009. Disponível em: <https://www.skoob.com.br/livro/pdf/a-biblia-da-midia-social/116143/edicao:128930>. Acesso em 18 jul 2022.
18. Thackeray R, Neiger BL, Smith Ak & Van W. “Adoption and use of social media among public health departments,” *BMC Public Health*, 12, 2012. Available from: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-242>. Accessed: 18 jul 2022.
19. Al-Garadi MA, *et al.* “Using online social networks to track a pandemic: A systematic review.” *Journal of biomedical informatics*. 621-11.2016. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2016.05.005>. Accessed: 18 jul 2022.
20. Galhardi CP, Freire NP, Minayo MCDS & Fagundes MCM. Fato ou Fake? Uma análise da desinformação frente à pandemia da Covid-19 no Brasil. 2020. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 4201-4210. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020006804201&lng=en&nrm=iso. Epub Sep 30, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.28922020>. Acesso em: 14 Abr. 2021.
21. Cinelli M, Quattrociochi W, Galeazzi A, Valensise CM, Brugnoli E, Schmidt AL & Scala A. The covid-19 social media infodemic. 2020. *Scientific reports*, 10(1), 1-10 doi: <https://doi.org/10.1038/s41598-020-73510-5>. Accessed: 05 Abr. 2021.
22. Xavier F, Olenscki JRW, Acosta AL, Sallum MAM & Saraiva A. Análise de redes sociais como estratégia de apoio à vigilância em saúde durante a Covid-19. *Estudos Avançados* 34 (99), p.265, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3499.016>. Acesso em 05 Abr. 2021
23. Vasconcellos-Silva PR, Castiel LD. COVID-19, as fake news e o sono da razão comunicativa gerando monstros: a narrativa dos riscos e os riscos das narrativas. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2020, v. 36, n. 7 e00101920. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00101920>. Epub 24 Jul 2020. ISSN 1678-4464. Acesso em: 19 Jul.2022.
24. Merchant RM, Lurie N. Social Media and Emergency Preparedness in Response to Novel Coronavirus. *JAMA*. 2020; 323 (20): 2011-2012. doi: 10.1001 / [jama.2020.4469](https://doi.org/10.1001/jama.2020.4469). Accessed: 10 Jul. 2021.
25. Zarocostas J. How to fight an infodemic. *www.thelancet.com* Vol 395 February 29, 2020. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30461-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30461-X). Accessed: 10 mar.2021.
26. Ferentz L, *et al.* Hashtags relacionadas à COVID-19 no Brasil: utilização durante o início do isolamento social. *Com. Ciências Saúde* 2020;31 Suppl 1:131-143. Disponível em: <http://www.escs.edu.br/revistaccs>. Acesso em: 19 jul.2022.
27. Han X *et al.* “Using social media to mine and analyze public opinion related to COVID-19 in China.” *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17.8 (2020): 2788. Doi: <https://www.mdpi.com/journal/ijerph>. Accessed: 20 out.2021.
28. Instagram. *Fornecer informação, segurança e apoio às pessoas no Instagram*. 2020. Disponível em: <https://tinyurl.com/y4xexqry>. Acesso em: 13 abri. 2021.
29. Eysenbach G. How to fight an infodemic: The four pillars of infodemic management the World Health Organization declares an infodemic and crowdsources a framework. *JMIR*, 22(6), 21820. 2020. DOI:10.2196/21820. Accessed: 13 abri. 2021.
30. Pâmela A, Fellipe S, Maria L, Ana M. COVID-19 no Instagram: práticas de comunicação estratégica das autoridades de saúde durante a pandemia. *Comunicação Pública* [Online], Vol.15 nº 29. 2020, posto online no dia 15 dezembro 2020. Disponível em: <http://journals.openedition.org/cp/11288>; DOI: <https://doi.org/10.4000/cp.11288>. Acesso em: 13 abr. 2021.

31. Oliveira-Costa MS, Costa DRT, Mendonça AVM. (2022). Vozes dos criadores e números da criatura: a comunicação das arboviroses no Facebook do Ministério da Saúde do Brasil. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 26, e210641. Epub June 10, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.210641>. Acesso em: 18 jul. 2022.
32. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. [Internet]. Política de Comunicação da Anvisa – Instituída em 14 de outubro de 2013 pela Portaria 1.649/Anvisa. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/36804c8042d593baad69af348b3626d1/Pol%C3%ADtica+de+Comunica%C3%A7%C3%A3o++vers%C3%A3o+final+22+10.doc.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 5. Mai. 2021.
33. Creswell J. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. Tradução: Magda Lopes. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
34. Bardin L. Análise de conteúdo. Tradução de Luis Antero Reto; Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.
35. Merkadia. Descubra a Importância dos Vídeos nas Redes Sociais. Disponível em: <https://www.merkadia.com.br/post/113/descubra-a-importancia-dos-videos-nas-redes-sociais#:~:text=Os%20v%C3%ADdeos%20transmitem%20a%20mensagem,access%C3%ADvel%20e%20de%20f%C3%A1cil%20compreens%C3%A3o>. Acesso em: 05. Mai. 2021.
36. Corrêa ES. Centralidade, transversalidade e resiliência: reflexões sobre as três condições da contemporaneidade digital e a epistemologia da Comunicação. In: CONGRESSO INTERNACIONAL IBERCOM, 14., 29 mar.-2 abr. 2015, São Paulo. Anais. São Paulo: ECA/USP, 2015. Disponível em: <http://obs.obercom.p>. Acesso em: 19. jul. 2022.
37. Fonseca E. Construção da consciência sanitária. Publicado em 22 de abril de 2011. Disponível em: <http://www.webartigos.com/artigos/costrucao-daconsciencia-sanitaria/6446/#ixzz3QiWdW03O>. Acesso em: 14 abr. 2021.
38. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Ações da Anvisa em 200 dias de enfrentamento à pandemia. 2020. Disponível em: <https://sway.office.com/s/KiGUIHh31qAKhdVF/embed>. pp 8-19. Acesso em: 5. Mai. 2021.
39. Alves FNR, Peci A. Análise de Impacto Regulatório: uma nova ferramenta para a melhoria da regulação da Anvisa. *Rev Saúde Pública*. 2011; 45(4):802-805. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011000400023>. Acesso em: 5. Mai. 2021.
40. Zappavigna M. Searchable talk: The linguistic functions of hashtags in tweets about Schapelle Corby. *Global Media Journal (Australian Edition)*, v.9, n.1, 2016. Available from: <https://www.hca.westernsydney.edu.au/gmjau/?p=1762>. Accessed: 6 abr. 2021.

Impacto da fluorose dentária na qualidade de vida de adolescentes no ambiente escolar

Impact of dental fluorosis on quality of life of adolescents in the school environment

Willian Brito Sampaio¹ 

Ewellyn Carvalho dos Santos² 

Adriana Mendonça da Silva³ 

Paulo Carvalho Tobias Duarte⁴ 

Magali Teresópolis Reis Amaral⁵ 

Ana Rita Duarte Guimarães⁶ 

¹Graduando em Odontologia, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, Bahia, Brasil.

²Cirurgiã-dentista, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, Bahia, Brasil.

³Doutoranda em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, Bahia, Brasil.

⁴Doutor em Ciência Odontológica, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, Bahia, Brasil.

⁵Doutora em Biometria, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, Bahia, Brasil.

⁶Doutora em Odontopediatria, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, Bahia, Brasil.

Autor correspondente:

Willian Brito Sampaio.

E-mail: williansampaio1@outlook.com.br

Recebido em 22/07/2022

Aprovado em 27/03/2023

RESUMO

A fluorose dentária é uma hipomineralização difusa, geralmente simétrica no esmalte dos dentes, que pode se manifestar de forma leve a situações severas.

Objetivo: avaliar o impacto da fluorose dentária na qualidade de vida e autoestima de adolescentes em Serra Preta, Bahia.

Métodos: foi realizado um estudo transversal com adolescentes de 11 a 14 anos, matriculados nas escolas do Município utilizando os questionários: Índice de Dean, OHRQoL e o IAAD.

Resultados e Discussão: ao todo, 56 alunos participaram da pesquisa, sendo que 26 apresentaram algum grau de fluorose dentária e através da análise estatística dos resultados foi possível verificar que a saúde bucal destes estudantes interferiu na sua autoestima, estando assim de acordo com resultados de outros estudos científicos.

Conclusão: na amostra, verificou-se relação entre autoestima e fluorose, que além de interferir na qualidade de vida e relações interpessoais contribuíram no entendimento do panorama sobre a autopercepção da fluorose desta população.

Palavras-chave: Fluorose Dentária; Auto Percepção; Qualidade de Vida; Adolescentes.

ABSTRACT

Dental fluorosis is a diffuse hypomineralization, usually symmetrical in tooth enamel, which can manifest from mild to severe situations.

Objective: to evaluate the impact of dental fluorosis on the quality of life and self-esteem of adolescents in Serra Preta, Bahia.

Methods: a cross-sectional study was carried out with adolescents aged 11 to 14 years old, enrolled in schools in the city, using the following questionnaires: Dean's Index, OHRQoL and the IAAD.

Results and Discussion: in all, 56 students participated in the research, 26 of which had some degree of dental fluorosis and, through the statistical analysis of the results, it was possible to verify that the oral health of these students interfered with their self-esteem, thus being in line with the results of other scientific studies.

Conclusion: in the sample, there was a relationship between self-esteem and fluorosis, which, in addition to interfering with quality of life and interpersonal relationships, contributed to understanding the panorama of self-perception of fluorosis in this population.

Keywords: Fluorosis; Self-perception; Quality of Life; Adolescents.

INTRODUÇÃO

A fluorose dentária é descrita como uma hipomineralização difusa geralmente simétrica que ocorre no esmalte dos dentes, sendo que as suas manifestações clínicas variam desde formas leves a quadros mais graves. A forma leve evidencia-se por marcações mais finas sobre o esmalte dentário, sendo que sua aparência é geralmente quase imperceptível do esmalte normal. Já as formas moderadas e as graves são caracterizadas por hipomineralização, opacidade e porosidade acentuada do esmalte, perdendo dessa forma o seu aspecto normal de translucidez¹.

É importante ressaltar que, nas últimas décadas, com o maior acesso da população brasileira ao flúor, observou-se uma diminuição da prevalência de cárie dentária, porém houve também um aumento da prevalência de fluorose dentária² que é caracterizada como um distúrbio da maturação do esmalte em formação, que permanece com maior porcentagem de proteínas e menos conteúdo mineral³. A quantidade total de fluoreto ingerida a partir de todas as fontes (água, alimentos, produtos industrializados) durante a amelogenese está diretamente relacionada com a incidência de fluorose dentária³. Sua manifestação clínica pode resultar em áreas que variam desde manchas esbranquiçadas ou amarronzadas até áreas com perda de estrutura e forma irregular do esmalte dental e que podem ter várias tonalidades consoantes o seu grau de gravidade e intensidade³.

A aparência física do corpo, e em especial a harmonia da face, tem importante função social e psicológica na vida humana e em seus relacionamentos pessoais. Isso se torna de extrema relevância NA adolescência⁴ por SER este um período de grande vulnerabilidade física, psicológica e social, quando o indivíduo moldará sua identidade, fará suas escolhas e se preparará para o ingresso no mundo adulto. Nesta fase, inúmeras alterações podem afetar o estado de saúde bucal, apresentando potencial de comprometer a função, o bem-estar e a qualidade de vida dos indivíduos⁵.

Numa sociedade que BUSCA cada vez mais A perfeição e o que é considerado “belo”, sorriso com dentes brancos está diretamente relacionado com a autoestima do indivíduo, de acordo com a Sociedade Brasileira de Odontologia Estética. Os adolescentes relacionam muitas vezes padrões estéticos a aceitação em seus grupos de relacionamento⁶.

Entretanto, pouco se sabe as reais consequências que as manchas de fluorose tem sobre o impacto na vida do adolescente, que muitas vezes, podem ser mais percebidas e identificadas com algo a ser tratado pelo cirurgião-dentista do que mesmo pelo próprio adolescente.

O uso de instrumentos que relacionam saúde bucal com a qualidade de vida tem aumentado nas pesquisas odontológicas com crianças e adolescentes nas últimas décadas⁴. Entretanto, a maioria dos estudos já publicados avaliou apenas o impacto da doença cárie na qualidade de vida relacionada à saúde bucal OHRQoL (Oral Health-Related Quality of Life)⁷.

Estudos relatam o impacto da fluorose dental na qualidade de vida de crianças^{5,6}, porém não foi encontrado na literatura nenhum estudo avaliando adolescentes serra-pretenses. Portanto, o objetivo deste trabalho é avaliar o impacto da fluorose dentária na qualidade de vida e autoestima de adolescentes em Serra Preta, Bahia.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo do tipo transversal com adolescentes de 11 a 14 anos, matriculados nas escolas do Município de Serra Preta – BA. Os adolescentes que apresentaram edentulismo anterior, usavam aparelhos ortodônticos, próteses de alguma espécie e aqueles cujos pais não forneceram autorização para participação do estudo, foram excluídos da amostra. O presente trabalho

foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (CEP-UEFS), sob número de protocolo 108/2009 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 0115.0.059.000-09.

Neste estudo, a metodologia empregada associou indicadores objetivos (dados clínicos ou epidemiológicos) que são correlacionados com indicadores subjetivos¹¹. Os adolescentes foram submetidos a exame bucal visual dos dentes anteriores, para preenchimento da ficha preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), na busca de alterações dentárias do tipo fluorose. O discen-te aplicou o questionário no momento do exame clínico, que foi realizado com auxílio de espelho bucal e a fonte de luz proveniente do refletor da cadeira odontológica portátil, onde o paciente estava sentado, numa posição reclinada.

Avaliação de Fluorose Dental

O diagnóstico de fluorose foi feito utilizando-se o índice de Dean, através da avaliação DOS dentes anteriores, superiores e inferiores, dos adolescentes. O índice de Dean, recomendado pela OMS⁷, baseia-se no registro e classificação dos dois dentes mais afetados, de acordo com seis categorias que são: “normal”, “questionável”, “muito leve”, “leve”, “moderada” e “severa”. No presente estudo, a forma questionável foi considerada como fluorose. Também foi estabelecido que os sujeitos da pesquisa que apresentaram dentes com diferentes graus de fluorose, foi computado o índice da unidade dentária com menor alteração. A calibração e treinamento do examinador foi realizada através de fotografias de dentes anteriores afetados com fluorose nos seus diversos graus de severidade.

Impacto físico e psicossocial da fluorose

O impacto da fluorose foi avaliado através da aplicação OHRQoL, um construto multidimensional que reflete (entre outras coisas) o conforto das pessoas ao comer, dormir e se envolver em interação social; sua autoestima; e sua satisfação em relação à sua saúde bucal^{5,10,12}. Devido à escassez de instrumento dessa natureza no Brasil, o instrumento *Child Oral Health Questionnaire*, desenvolvido no Canadá foi traduzido e adaptado transculturalmente do CPQ 11-14 para língua portuguesa⁸. Esse questionário é composto por 42 itens, que avaliam os impactos físicos das condições bucais na vida de adolescentes de 11 a 14 anos⁸.

Autopercepção da aparência dentária

Instrumento de Autopercepção da Aparência Dentária (IAAD) foi aplicado. O mesmo foi construído a partir do conhecimento da literatura sobre fluorose dentária e sobre a realidade local, por duas pesquisadoras⁶, com experiência em estudos de validação de instrumentos. O questionário é composto por seis questões com cinco opções de resposta (escala de Likert). Na aplicação do questionário proposto foi observado que os participantes, em especial os mais novos, ficavam em dúvida com as respostas da mesma direção na escala, e, portanto, as autoras optaram por agregar as respostas extremas, ficando a versão final do questionário, constituído por seis perguntas com três opções de resposta.

Os dados coletados no estudo em tela, através dos exames clínicos e questionários dos estudantes pesquisados foram colocados em bancos de dados e foram analisados de forma descritiva. A pesquisa foi realizada com financiamento do Programa de Iniciação Científica/PROBIC-UEFS sob processo protocolado com o número 00021909892.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para início do estudo clínico, foram aplicados dois questionários em três escolas do município: a Escola Municipal Nossa Senhora do Bom Conselho, Escola Papa João Paulo I e a Escola Municipal Edith Machado Boaventura. Um dos questionários visava verificar o índice de fluorose em dentes anteriores dos adolescentes, tendo como parâmetro o Índice de Dean que se baseia em avaliar a situação da superfície dental de acordo com a seguinte classificação: 0 – normal, 1 – questionável, 2 – muito leve, 3 – leve, 4 – moderado e 5 – severo. Já o instrumento OHRQoL tem como objetivo avaliar o impacto dos sintomas funcionais e psicológicos advindos das alterações bucais na qualidade de vida, nesse caso se a fluorose interfere na autoestima e vivência em sociedade desses adolescentes e, também por meio da percepção do indivíduo a respeito da própria saúde bucal⁹. Juntamente com o segundo questionário que avaliava o IAAD⁶.

Ao todo 56 alunos apresentaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinados e puderam participar do estudo. Destes 56 escolares, 26 apresentaram algum grau de fluorose e devido a isso, somente estes puderam responder ao questionário seguinte. Neste mesmo questionário foi abordado a situação socioeconômica

dos adolescentes, bem como a localização de sua residência e proximidade do centro da cidade, e desta forma foi possível correlacionar a procedência da água consumida, tipo de dentífrico fluoretado usado e quantidade de escovações diárias.

Notou-se também que os indivíduos residentes na zona rural do município costumavam beber água proveniente de poço. Para aqueles que moram mais próximo do centro, notou-se um maior consumo de água mineral e água procedente da torneira, ou seja, da Empresa Baiana de Águas e Saneamento S.A. (Embasa). Dos 16 adolescentes que residem em zona rural, 10 afirmaram que bebiam água do poço e seis disseram que bebiam água da torneira, entretanto sabe-se que na zona rural não há distribuição de água da Embasa e conseqüentemente infere-se, portanto, que o abastecimento também seja proveniente do poço. Em relação à escovação dentária, todos os entrevistados afirmaram que a realizavam diariamente, em média de duas a três vezes por dia.

Os dados a seguir são referentes ao instrumento OHRQoL, no qual o objetivo foi avaliar se a fluorose interferiu na autoestima dos adolescentes, bem como a convivência do jovem no contexto social, tanto na escola, quanto no ambiente familiar.

OHRQoL

O instrumento OHRQoL teve o objetivo avaliar se a fluorose interferiu na autoestima dos adolescentes, bem como a convivência do jovem no contexto social, tanto na escola, quanto no ambiente familiar⁷.

Após tabulação dos dados e análise estatística, foi possível perceber que, quando perguntado até que ponto a saúde bucal afetava a vida em geral, mais da metade dos escolares, ou seja, cerca de 65% responderam que se sentiam afetados de alguma forma, seja ela “bem pouco”, “moderadamente” ou “muito”. Em contrapartida, cerca de 35% afirmaram que não perceberam nenhuma interferência da condição bucal no dia-a-dia⁸. Ainda é válido salientar que o percentual de adolescentes que julgaram a própria condição da saúde bucal como “boa” foi de aproximadamente 38% e “regular” cerca de 27%, já para os que consideraram “excelente” e “muito boa” foi cerca de 15% cada e, 4% para os que consideraram “ruim”⁸.

De acordo com os dados coletados, 57% dos indivíduos já apresentaram algum tipo de dor nos dentes, lábios, maxilares e boca nos últimos me-

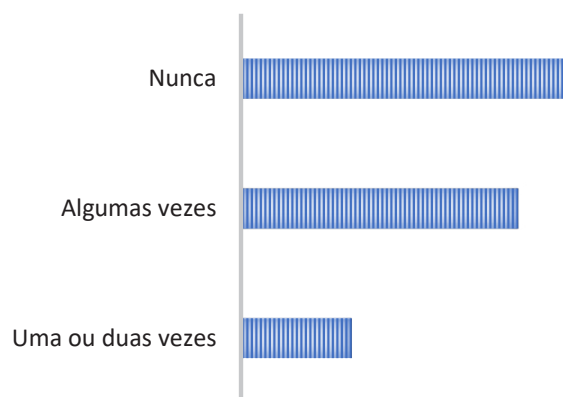
ses. E isso interferiu diretamente no seu cotidiano, limitando a execução de práticas consideradas comuns, como se alimentar direito, ir à escola, no desenvolvimento do seu desempenho intelectual e a sua relação com a sociedade.

Além disso, foi possível verificar que quando se trata da relação desses adolescentes com outros indivíduos tanto no âmbito escolar ou de lazer, houve indícios que esses jovens sofriam algum tipo de vergonha ou timidez considerando a expressão reações cotidianas, tais como sorrir ou brincar próximo de outras crianças ou adolescentes, e até mesmo participar de atividades educativas realizadas na escola ou fora dela. Cerca de 50% dos adolescentes se sentiram aborrecidos por conta de apelidos que lhes são postos, alguns ainda afirmaram que isso acontece diariamente, já outros, contestaram que isso não acontecia com frequência.

Quando perguntado se houve episódio de insegurança no que tange a realização de alguma atividade, seja ela do dia a dia ou escolar devido às condições da própria saúde bucal, aproximadamente 54% afirmaram que sim (Figura 1). Outro fator preponderante que implicou na autoestima de alguns dos adolescentes, é a questão de sentir-se excluído em sala de aula para realizar atividades escolares, devido a maneira como ele se vê e é visto pelos colegas. Assim, quase 47% dos jovens não quis executar tais ações em virtude das suas condições de saúde bucal (Figura 2). Estes resultados ilustram o quanto a saúde bucal contribuiu negativamente com a autoestima destes adolescentes.

Figura 1

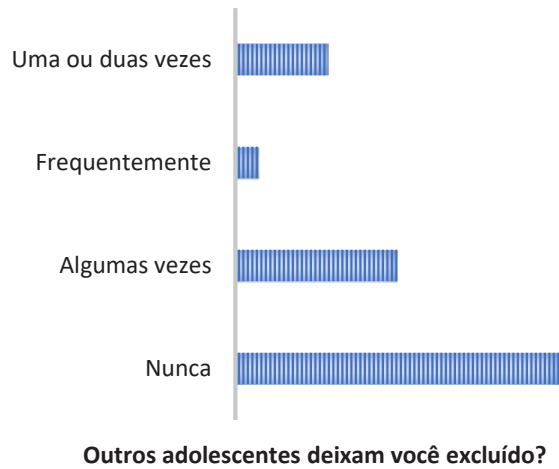
Percentual da frequência de escolares que ficaram inseguros acerca da saúde bucal. Serra Preta, BA, Brasil, 2019.



Ficou inseguro consigo mesmo (achou que não era capaz de realizar alguma coisa)?

Figura 2

Percentual da frequência de escolares que sentiram-se excluídos devido à sua condição de saúde bucal. Serra Preta, BA, Brasil, 2019.



Instrumento de Autopercepção Da Aparência Dentária – IAAD

A Tabela 1 refere-se ao IAAD, instrumento que demonstra a autoavaliação dentária que visa analisar aspectos relacionados ao bem estar do adolescente e como ele lida diante da sociedade com essa percepção da condição bucal⁶. Assim, foi possível inferir que 46,2% julgaram a cor dos dentes normal, entretanto, quase a mesma porcentagem, ou seja, 42,3% afirmaram que, se fosse possível, não mudariam a cor dos dentes. Este dado remete à reflexão da influência de uma sociedade que busca o “sorriso belo”, impactados pelos veículos de comunicação, sejam eles televisivos ou redes sociais.

Ainda que grande parte dos adolescentes, cerca de 65% percebessem alguma mancha em seus dentes anteriores, uma parcela de aproximadamente 42,3% afirmou, ainda assim, está satisfeita com a atual situação. Isso pode ser justificado pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde bucal, aliado à falta de condições financeiras para sair de seu município em busca do atendimento necessário^{13,14}.

Tabela 1

Instrumento de Autopercepção da Aparência Dentária – IAAD. Serra Preta, BA, Brasil, 2019.

Perguntas	Respostas	Percentual
O que você acha da cor dos seus dentes?	Não acho bonita	26,9%
	Bonita	26,9%
	Normal	46,2%
Se possível, você gostaria de mudar a cor dos seus dentes?	Sim, com certeza	38,5%
	Tanto faz	19,2%
	Não, de forma alguma	42,3%
O que você acha dos seus dentes da frente?	Não estão manchados	30,8%
	Mais ou menos manchados	65,4%
	Terrivelmente manchados	3,8%
Você está satisfeito com a aparência dos seus dentes?	Satisfeito	42,3%
	Tanto faz	30,8%
	Insatisfeito	26,9%
Você se sente envergonhado com a aparência dos seus dentes?	Sim, com certeza	19,2%
	Tanto faz	23,1%
	Não, de forma alguma	57,7%
Você tenta esconder seus dentes de alguma forma?	Sim, com certeza	15,4%
	Tanto faz	11,5%
	Não, de forma alguma	73,1%

CONCLUSÃO

Na amostra pesquisada, verificou-se relação entre autoestima dos adolescentes e fluorose dentária. Outros fatores que interferiram na autoestima dos adolescentes, além da fluorose dentária, foram a condição bucal geral, ou seja, dores e manchas nos dentes, lábios ou alguma alteração na anatomia dentária.

A procedência da água ingerida, A quantidade diária de escovações, bem como a realidade socioeconômica que o indivíduo está inserido e o impacto da sua condição bucal nas suas atividades cotidianas e escolares deram melhor entendimento do panorama sobre a autopercepção da fluorose desta população estudada.

REFERÊNCIAS

1. Naga B, Pradeep VRN. Fluorosis in the early permanent dentition: evaluating gene-environment interactions [Dissertação]. Iowa: University of Iowa; 2009. 154 p. (Mestrado Saúde Pública Bucal).
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais / Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
3. Fluoretos e Saúde Bucal. 2nd ed. Brasil: Santos; 2013. 334 p. ISBN: 9788541200219.
4. Viegas CM, Scarpelli AC, Novais Júnior JB, Paiva SM, Pordeus IA. Dental fluorosis: therapeutic approaches for aesthetic recovery. RGO.Revista Gaúcha de Odontologia. 2011;59:497-501.
5. Oliveira DC, Pereira PN, Ferreira FM, Paiva SM, Fraiz FC. Reported Impact of Oral Alterations on the Quality of Life of Adolescents: A Systematic Review. Brazilian Research in Pediatric Dentistry and Integrated Clinic. 2013;123-29.
6. Santa-Rosa TT, Ferreira RC, Drummond AM, Magalhães CS, Vargas AM, Ferreira E. Impact of aesthetic restorative treatment on anterior teeth with fluorosis among residents of an endemic area in Brazil: intervention study. BMC Oral Health. 2014; 14: 52.
7. The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med. 1995;41(10):1403-9.
8. Silva AP, *et al.* A Fluorose Dentária e a Auto percepção de Saúde Bucal entre Adolescentes Brasileiros. Arquivos em Odontologia. 2007;43.
9. Oliveira BH, Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile-short form. Community Dent Oral Epidemiol. 2005;33(4):307-314. doi:10.1111/j.1600-0528.2005.00225.x.
10. Cunningham SJ, Hunt NP. Quality of life and its importance in orthodontics. J Orthod. 2001;28(2):152-158. doi:10.1093/ortho/28.2.152.
11. Gonçalves JR, Wassal T, Vieira S, Ramalho SA, Flório FM. Impactos da saúde bucal sobre a qualidade de vida entre homens e mulheres. RGO - Rev Gaúcha Odontol. 2004;52(4):240-2.
12. Locker D, Slade G. Association between clinical and subjective indicators of oral health status in an older adult population. Gerodontology. 1994;11(2):108-114. doi:10.1111/j.1741-2358.1994.tb00116.x.
13. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. Community Dent Oral Epidemiol. 1997;25(4):284-290. doi:10.1111/j.1600-0528.1997.tb00941.x.
14. Moimaz SA, *et al.* Desafios e dificuldades do financiamento em saúde bucal: uma análise qualitativa. RAP. 2008:1121-35.

Análise do seguimento para sífilis congênita em uma região de saúde do Distrito Federal

Follow-up analysis for congenital syphilis in a health region of the Federal District

Jessé da Silva Bueno¹ 

Fernanda Felipe de Moura Oliveira² 

Kelly Aparecida Palma Alves³ 

¹Bolsista de iniciação científica (PIC/ESCS). Estudante de Enfermagem. Escola Superior de Ciências da Saúde. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

²Estudante de Enfermagem. Escola Superior de Ciências da Saúde. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

³Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde – UnB. Docente da ESCS/SES-DF e enfermeira do NVEPI/DIRAPS/SRSSO/SES-DF Brasília, Distrito Federal, Brasil.

Autor correspondente:

Kelly Aparecida Palma Alves.

E-mail: kelly.alves@escs.edu.br

Recebido em 27/07/2022

Aprovado em 03/03/2023

Esse artigo foi produto do Programa de Iniciação Científica da ESCS edição 2020/2021. Edital Nº 05, de 26 de maio de 2020.

RESUMO

Objetivo: analisar o seguimento das crianças notificadas para sífilis congênita em uma região de saúde do Distrito Federal.

Métodos: estudo transversal com dados secundários das fichas de notificação de sífilis congênita provenientes do sistema de informação de Agravos de Notificação.

Resultados: foram analisados 216 casos de sífilis congênita identificados entre janeiro de 2018 a dezembro de 2019. Foi observado que 60,6% das gestantes receberam o diagnóstico durante o pré-natal, dessas 11,6% realizaram o tratamento adequado. Em relação as crianças, 81,5% nasceram vivas e o seguimento foi considerado adequado em 29,0% dos casos.

Conclusão: não foi realizado o seguimento laboratorial da maioria dos casos notificados. Mais da metade das gestantes realizou pré-natal, porém as ações de prevenção foram insuficientes para diagnosticar e tratá-las adequadamente, assim como seus parceiros.

Palavras-chave: Sífilis; Sífilis Congênita; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Objective: to analyze the follow-up of children notified for congenital syphilis in a healthcare region in the Federal District.

Method: cross-sectional study with secondary data from congenital syphilis notification forms from the Notifiable Diseases information system.

Results: 216 notifications of congenital syphilis carried out between January/2018 to December/2019 were analyzed. It was found that 60.6% of pregnant women received the diagnosis during prenatal care, of which only 11.6% underwent appropriate treatment. Regarding children, 81.5% were born alive and the follow-up was considered adequate in 29.0% of the cases.

Conclusion: laboratory follow-up was not carried out in most of the reported cases. More than half of the pregnant women received prenatal care, but prevention actions were insufficient to properly diagnose and treat them, as well as their partners.

Keywords: Syphilis; Congenital Syphilis; Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

O controle da sífilis constitui um desafio mundial em saúde, desde a sua descoberta, na Europa do século XVI¹. Esse agravo, transmitido por via sexual e vertical, quando adquirido durante a gravidez, pode levar ao abortamento espontâneo, a morte fetal e neonatal, prematuridade e danos à saúde do recém-nascido^{2,3}.

No Brasil, a situação da sífilis gestacional e congênita se assemelha ao restante do mundo, com elevado número de casos. Em gestantes, a taxa de detecção foi 20,8/1.000 nascidos vivos (NV) no ano de 2019. Na avaliação da taxa de incidência da sífilis congênita, o País registrou 8,2 casos/1.000 NV em 2019. Destaca-se que no Distrito Federal, a taxa de incidência de sífilis congênita superou a média nacional chegando a 8,4/1.000 NV enquanto a taxa de detecção de sífilis gestacional foi de 15,4/1000 NV em 2019⁴.

Nesse contexto, ações como ampliação do acesso aos serviços de acompanhamento pré-natal, garantia da realização de um número adequado de consultas, oferta de tratamento adequado para gestante e parceiro podem impactar na redução da sífilis congênita^{5,6,7}.

Sob a perspectiva de prevenir complicações e sequelas tardias², este estudo justifica-se pela relevância da qualidade na saúde da criança, pois todas as crianças com suspeita de sífilis congênita ou que foram expostas à doença devem ser acompanhadas com consultas ambulatoriais de puericultura. O seguimento laboratorial envolve a realização do exame de VDRL na criança, com 1, 3, 6, 12 e 18 meses de vida, podendo ser interrompido após dois resultados consecutivos negativos. Atenção especial deve ser dada aos sinais e sintomas clínicos, além de vigilância quanto ao desenvolvimento neuropsicomotor⁴.

Em vista disso, o presente estudo objetiva analisar o seguimento das crianças notificadas para sífilis congênita em uma região de saúde do Distrito Federal.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal com dados secundários das fichas de notificação de sífilis con-

gênita provenientes do sistema de informação de Agravos de Notificação (Sinan) identificados em residentes da Região de Saúde Sudoeste, Distrito Federal. Utilizou-se também informações do banco de dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) e dos prontuários contidos em sistemas de informação *online* (Trakcare e e-SUS).

No Distrito Federal (DF), o território é dividido em sete regiões de saúde. A Região de Saúde Sudoeste é constituída pelas regiões administrativas de Taguatinga, Vicente Pires, Águas Claras, Arniqueira, Recanto das Emas e Samambaia. É a região mais populosa do DF e conta com uma população de 792.962 habitantes⁸.

Para a amostra dos dados secundários estabeleceram-se os seguintes critérios de inclusão e exclusão: notificações de sífilis congênita realizadas no período de janeiro de 2018 a dezembro de 2019.

Para a coleta de dados foi elaborada um questionário exclusivo para este estudo com as informações das seguintes variáveis maternas: informações sociodemográficas (idade, escolaridade, raça/cor), clínicas e epidemiológicas (realização do pré-natal, diagnóstico, dados laboratoriais relativos ao momento do parto como: teste treponêmico e não treponêmico, tratamento da gestante e do parceiro).

Analisou-se também dados da criança ou aborto/natimorto, quanto ao sexo, raça/cor, testes laboratoriais como: titulação do VDRL, alterações de ossos longos no raio-x e esquema de tratamento na maternidade. Além disso, foram verificados os dados relativos ao seguimento das crianças nascidas vivas. As informações coletadas foram: número de consultas, resultado do VDRL com 1, 3, 6, 12 e VDRL ou teste treponêmico após os 18 meses de vida. Considerou-se seguimento laboratorial adequado quando a criança apresentou resultado de VDRL não reagente após 6 meses de vida ou teste treponêmico negativo após 18 meses de idade.

Os dados coletados foram tabulados em Excel e posteriormente exportados para o *software* Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 20.0. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de ética em pesquisa com parecer nº 4.277.596/CAAE: 34510420.1.0000.8101.

RESULTADOS

Foram analisados 216 casos de sífilis congênita notificados em residentes na Região de Saúde Sudoeste do Distrito Federal. A taxa de incidência de SC em 2018 e 2019 foi de 8,7 e 9,2 casos por mil nascidos vivos, respectivamente (Tabela 1).

Tabela 1**Número de nascidos vivos, casos de sífilis congênita e taxa de incidência da sífilis congênita, segundo o ano de diagnóstico. Brasília-DF, Brasil, 2018-2019.**

Local	2018			2019		
	Nascidos vivos*	Casos	Tx SC**	Nascidos vivos*	Casos	Tx SC**
Região Sudoeste	12461	109	8,7	11685	107	9,2

*Fonte SINASC

** Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de um ano/1.000 nascidos vivos

Em relação ao perfil sociodemográfico (Tabela 2) das gestantes nas notificações de sífilis congênita, verificou-se uma maior ocorrência do agravo em mulheres na faixa etária de 20 a 29 anos (58,3%), pardas (49,5%) com ensino médio completo ou incompleto (42,6%). Quanto aos aspectos clínicos e obstétricos, 172 (79,6%) mulheres realizaram o pré-natal e 131 (60,6%) foram diagnosticadas neste período. Ressalta-se que 76 (35,2%) a sífilis

gestacional foi identificada no momento do parto ou curetagem. Em 187 casos (86,6%) o teste treponêmico foi reagente e o VDRL \leq 1:8 em 125 casos (57,9%). Em 178 casos (82,4%) o tratamento materno foi considerado inadequado ou não realizado. Consoante aos parceiros, foi constatado que 98 (45,4%) realizaram o tratamento, enquanto 92 (42,6%) não foram tratados e 26 (12%) não possuíam informações.

Tabela 2**Distribuição dos casos de sífilis congênita segundo características sociodemográficas, clínicas e epidemiológicas maternas. Brasília-DF, Brasil, 2018-2019.**

Variáveis	n (216)	%	Variáveis	n (216)	%
Faixa etária			Diagnóstico de Sífilis Materno		
15 a 19 anos	39	17,9	Durante o pré-natal	131	60,6
20 a 24 anos	66	30,3	Durante o Parto/Curetagem	76	35,2
25 a 29 anos	61	28,0	Sem Informação	09	4,2
30 a 34 anos	27	12,4	Teste treponêmico (parto)		
35 a 45 anos	23	10,6	Reagente	187	86,6
Raça/cor			Não Reagente	5	2,3
Parda	107	49,5	Não Realizado	11	5,1
Branca	42	19,4	Sem Informação	13	6,0
Preta	32	14,8	VDRL materno no parto		
Sem informação	35	16,2	Não reagente	11	5,1
Escolaridade			\leq 1:8	125	57,9
Fundamental incompleto/completo	73	33,8	> 1:8	78	36,0
Médio incompleto/completo	92	42,6	Não realizado	02	0,9
Superior incompleto/completo	10	4,7	Tratamento materno		
Sem Informação	41	19,0	Adequado	25	11,6
Realização do Pré-Natal			Inadequado	88	40,7
Sim	172	79,6	Não Realizado	90	41,7
Não	30	13,9	Sem Informação	13	6,0
Sem Informação	14	6,5	Tratamento do parceiro		
			Sim	98	45,4
			Não	92	42,6
			Sem Informação	26	12,0

De acordo com os aspectos sociodemográficos dos casos de sífilis congênita (Tabela 3), a maior parte era do sexo masculino 96 (44,4%) e de cor parda (31,5%). No que se refere aos exames laboratoriais 128 casos (59,3%) apresentaram VDRL de sangue periférico $\leq 1:8$, quatro (1,9%) recém-nascidos apresentaram VDRL no líquido reagente e dois casos (0,9%) tiveram alteração no raio X de ossos longos. O esquema de tratamento mais utilizado foi com a penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia por 10 dias – 139 (64,4%). No desfecho das gestações, houve 176 (81,5%) casos de crianças nascidas vivas e 40 (18,5%) casos que resultaram em aborto ou natimorto.

Metade das crianças 88 (50,0%) compareceu para mais de 4 consultas de puericultura e em 39 casos nenhuma consulta (22,2%). Consoante ao seguimento das crianças nascidas vivas, constatou-se que, 51 casos (29,0%) o realizaram de maneira recomendada. Em trinta e seis crianças (20,4%) o seguimento foi considerado não adequado pois não houve continuidade na solicitação dos exames, não sendo possível observar queda ou negatificação dos títulos do VDRL. Das 89 crianças que não realizaram o seguimento, foi observado que 59 (66,2%) retornaram para pelo menos uma consulta de puericultura, entretanto, não foram encontradas informações acerca da solicitação do VDRL.

Tabela 3

Distribuição dos casos de sífilis congênita segundo características sociodemográficas, clínicas e epidemiológicas. Brasília-DF, Brasil, 2018-2019.

Variáveis	n (216)	%	Variáveis	n (216)	%
Sexo			Alteração no raio x de ossos longos		
Masculino	96	44,4	Sim	02	0,9
Feminino	91	42,1	Não	108	50,0
Sem informação	29	13,4	Não Realizado	60	27,8
Raça/cor			Sem Informação	46	21,3
Parda	68	31,5	Esquema de tratamento na maternidade		
Branca	57	26,4	Penicilina G Cristalina 100 a 150 mil UI/Kg/dia por 10 dias	139	64,4
Preta	08	3,7	Penicilina G Benzatina 50 mil UI/Kg/dia (dose única)	04	1,9
Amarela	01	0,5	Outro Esquema	21	9,7
Sem informação	82	38,0	Não realizado	44	20,4
VDRL ao nascer			Sem Informação	08	3,7
Não reagente	16	7,4	Evolução		
$\leq 1:8$	128	59,3	Vivo	176	81,5
$> 1:8$	28	13,0	Aborto/ Natimorto/óbito fetal	40	18,5
Não realizado	29	13,4			
Sem informação	15	6,9			
VDRL no líquido					
Não Reagente	115	53,2			
Não Realizado	64	29,6			
Sem Informação	33	15,3			
Reagente	04	1,9			

Tabela 4

Análise do seguimento laboratorial e quantitativo de consultas da criança até o 18º mês de vida. Brasília-DF, Brasil, 2018-2019.

Variáveis	n (176)	%
Número de Consultas até o 18º mês		
Nenhuma	39	22,2
1 a 3	49	27,8
4 a 6	50	28,4
7 a 9	26	14,8
10 ou mais	12	6,8
Seguimento laboratorial da Criança		
Adequado	51	29,0
Não adequado	36	20,4
Não Realizado	89	50,6

DISCUSSÃO

Em relação aos dados maternos, a pesquisa corrobora resultados encontrados em outros estudos realizados em Fortaleza, São Paulo, Niterói e Tocantins, em que mães jovens, pardas e com menor escolaridade são acometidas em maior porcentagem pelo *Treponema Pallidum*^{3,6,9}.

No que diz respeito ao acompanhamento no pré-natal, observou-se que mais da metade das gestantes realizaram o pré-natal e menos de 15% não compareceu às consultas. No entanto, apesar da maioria comparecer ao acompanhamento, apenas 60,6% foram corretamente diagnosticadas no pré-natal, enquanto 35,2% foram diagnosticadas apenas no momento do parto/curetagem. Tal resultado também foi semelhante no Rio de Janeiro, em Recife e em outras regiões do país, mostrando que a baixa qualidade no pré-natal é um problema que atinge não somente o Distrito Federal, mas também outros estados do Brasil^{9,10,11}.

No que se refere ao tratamento das gestantes, apenas 11,6% foram consideradas adequadamente tratadas, com penicilina benzatina para prevenir transmissão vertical, respeitando o esquema terapêutico de acordo com o estágio clínico da doença⁴. Outras gestantes, cerca de 40,7%, realizaram de forma inadequada e 41,7% não realizaram o tratamento. Portanto, menos da metade dos casos foram tratados adequadamente durante o pré-natal. Além disso, uma quantidade expressiva recebeu tratamento incompleto, propiciando a conti-

nuidade da infecção e/ou reinfeção. Outro fator a ser analisado, é que, aproximadamente metade das gestantes não realizaram o tratamento.

Em princípio, cabe assinalar que em 2017, o tratamento do parceiro sexual foi retirado do critério que define o tratamento materno adequado¹², embora o tratamento da parceria sexual continue sendo um fator importante para impedir as reinfeções. Neste estudo 45,4% dos parceiros foram tratados. Nesse percentual, há a possibilidade de que grande parte dos tratamentos tenham ocorrido quando houve o diagnóstico materno, ou seja, no momento do parto. Em contrapartida, as gestantes em que os parceiros não foram tratados permaneceram vulneráveis à recidiva, não garantindo proteção ao feto³.

Consoante a isso, faz-se necessário que o número de diagnósticos no pré-natal aumente, para um melhor prognóstico materno e fetal. Neste sentido, o papel da estratégia de saúde da família (ESF) pode contribuir para reduzir falhas na prevenção de agravos de importância para a saúde pública¹³. Estudo realizado por Heringer⁹ *et al.* no Rio de Janeiro, entre 2007 e 2016, evidenciou que além de ampliar o número de equipes de saúde da família é imprescindível a capacitação profissional na prevenção e manejo da doença.

A análise mostrou que 81,5% das crianças nasceram vivas. Quanto ao sexo, houve equilíbrio entre masculino e feminino e em sua maioria eram de cor parda. No entanto, decorrente de tratamentos não realizados ou realizados de forma inadequada na gestação, 18,5% dos fetos evoluíram em aborto ou natimorto, resultados preocupantes em contraponto às recomendações da Organização Pan-Americana de Saúde¹⁴. Segundo a referida organização, a sífilis congênita (SC) está em segundo lugar como causa evitável de morte fetal¹⁴ e evidencia a necessidade de aprimorar a assistência pré-natal^{13,15}.

O seguimento das crianças com SC pode ser considerado um fator sentinela para avaliação da qualidade da puericultura. Um monitoramento eficaz pode ser feito por meio de consultas de rotina na atenção primária nas quais o profissional deverá avaliar cuidadosamente o surgimento de sinais e sintomas sugestivos de sífilis congênita, além da solicitação do VDRL e exames complementares¹⁶.

Este estudo evidenciou a existência de fragilidades no seguimento das crianças com suspeita de sífilis congênita. O seguimento adequado foi realizado

apenas em 29,0% dos casos analisados e mais da metade não realizaram nenhum VDRL após o nascimento. Verificou-se que grande parte das crianças compareceram para pelo menos uma consulta na puericultura, entretanto não houve menção à sífilis durante os atendimentos.

Neste contexto, é importante problematizar a capacidade resolutiva da rede de serviços de atenção primária à saúde, com vistas à proposição de melhorias no processo de trabalho que propicie uma assistência adequada e oportuna¹³. Uma estratégia importante é a instituição de comitês de investigação dos casos de sífilis congênita cujo objetivo é propor medidas para a redução dos casos de transmissão vertical da doença, tendo como base o papel da atenção básica como coordenadora do cuidado.

Faz-se necessário, apontar que neste estudo baseado em dados secundários, houve grande número de fichas e prontuários com dados ignorados ou incompletos. O que compromete a vigilância da sífilis congênita pois ocorre por meio

da notificação compulsória instituída desde 1986 mediante registro no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). O preenchimento correto da ficha de investigação constitui um desafio a ser enfrentado na Região de Saúde. Portanto, torna-se relevante envolver os profissionais de saúde e investir em capacitação profissional para que o atendimento seja realizado de forma singular e integral.

CONCLUSÃO

Pelo presente exposto, o estudo evidenciou que não foi realizado o seguimento laboratorial da maior parte dos casos notificados para sífilis congênita. A maioria das gestantes realizaram o pré-natal, porém as ações de prevenção foram insuficientes para detectar e tratar a gestante e o parceiro favorecendo o risco de transmissão vertical. Houve um quantitativo relevante de aborto/natimorto decorrentes de uma infecção tratável e evitável, caso fosse realizado o manejo adequado durante o pré-natal.

REFERÊNCIAS

1. Vázquez GGH. Venus en los brazos de mercurio, bismuto y arsénio: Notas históricas sobre sífilis gestacional antes de la penicilina. *Sexualidad, Salud y Sociedad* [online]. 2018; 28: 226-245. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2018.28.12.a>.
2. Cavalcante ANM, Araújo MAL, Nobre MA, Almeida RLF. Fatores associados ao seguimento não adequado de crianças com sífilis congênita. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2019; 53:95. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053001284>.
3. Cardoso ARP, Araújo MAL, Cavalcante MS, Frota MA, Melo SP. Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018, 23(2): 563-574. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018232.01772016>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis. 2020. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infecoes>. Acesso em: 26 out. 2020.
5. Peeling RW, Mabey D, Kamb ML, Chen XS, Radolf JD, Benzaken AS. Syphilis. *Nat Rev Dis Primers*. 2017, 3:17073. Available from: <https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.73>.
6. Silva IMD, Leal EMM, Pacheco HF, Souza JG Jr, Silva FS. Perfil epidemiológico da sífilis congênita. *Rev enferm UFPE on line*. 2019, 13(3):604-13. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i03a236252p604-613-2019>.
7. Ribeiro BVD, Galdencio RCB, Pinto EEP, Saraiva ED, Oliveira LMC. Um século de sífilis no Brasil: deslocamentos e aproximações das campanhas de saúde de 1920 e 2018/2019. *Revista Brasileira de História da Medicina*. 2021, 10: 113-158. Disponível em: <https://doi.org/10.26664/issn.2238-5126.101202111727>.

8. Brasília. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Distrital de Saúde 2020-2023. Brasília-DF, Setembro de 2019. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/plano-distrital-de-saude>. Acesso em: 20 ago. 2021.
9. Heringer ALS, Kawa H, Fonseca SC, Brignol SMS, Zarpellon LA, Reis AC. Desigualdades na tendência da sífilis congênita no município de Niterói, Brasil 2007 a 2016. *Rev Panam Salud Publica*. 2020, 44:e8. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.8>.
10. Araújo MAL, Andrade RFV, Barros VLD, Bertoncini PMRP. Fatores associados aos desfechos desfavoráveis provocados pela Sífilis na gestação. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2019, 19(2), 411-419. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042019000200009>.
11. Domingues RMSM, Leal MC. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2016, 32(6). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00082415>.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Nota Informativa nº 2 – SEI/2017 – DIAHV/SVS/MS. Altera os critérios de definições de casos para notificação de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita. SEI/ MS Nº 0882971 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Sifilis-Ges/Nota_Informativa_Sifilis.pdf. Acesso em 10 jul. 2022.
13. Nunes PS, Zara ALSA, Rocha DFNC, Marinho TA, Mandacarú PMP, Turchi MD. Sífilis gestacional e congênita e sua relação com a cobertura da Estratégia Saúde da Família, Goiás, 2007-2014: um estudo ecológico. *Epidemiol Serv Saude* 2018; 27(4). Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000400008>.
14. Pan American Health Organization. Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in the Americas. Update 2016. PAHO, 2017. [cited 2020 Out 18]; Available from: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34072/9789275119556-eng.pdf>.
15. Torrone EA, Miller WC. Congenital and heterosexual syphilis: still part of the problem. *Sex Transm Dis*. 2018, 45: S20-S22. doi: 10.1097/OLQ.0000000000000837.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais. 2022. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_hiv_sifilis_hepatites.2.ed.rev.pdf. Acesso em: 25 jul. 2022.

Administração segura de antineoplásicos: limites e possibilidades das práticas dos profissionais de enfermagem

Safe administration of antineoplastic drugs: limits and possibilities of nursing professionals' practices

Teresa Christine Pereira Morais¹ 

Eva Maia² 

Luana Fernandes dos Reis³ 

¹Enfermeira. Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – EEU SP. Docente da Escola Superior de Ciências da Saúde da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (ECS/FEPECS). Brasília, Distrito Federal, Brasil.

²Enfermeira. Residente do Programa de Enfermagem Multiprofissional em Saúde da Família pela Escola Superior de Ciências da Saúde (ECS). Brasília, Distrito Federal, Brasil.

³Enfermeira. Escola Superior de Ciências da Saúde da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (ECS/FEPECS). Brasília, Distrito Federal, Brasil.

Autor correspondente:

Teresa Christine Pereira Morais.

E-mail: teresacpmorais@gmail.com / teresa.morais@escs.edu.br

Recebido em 01/08/2022

Aprovado em 16/03/23

RESUMO

Objetivo: caracterizar a prática de administração de quimioterapia antineoplásica por profissionais de enfermagem em duas unidades ambulatoriais de hospitais públicos do Distrito Federal.

Método: estudo de método misto realizado por meio de entrevistas semiestruturadas com 32 profissionais de enfermagem, enfermeiros e técnicos de enfermagem, para identificar as conformidades e não conformidades dos procedimentos adotados.

Resultados: metade das enfermeiras e técnicos de enfermagem não recebeu treinamento específico para a administração de antineoplásicos e as práticas observadas apresentaram não conformidades em sua maioria, embora tanto enfermeiros quanto técnicos de enfermagem ter afirmado conhecimento dos protocolos para administração de antineoplásicos.

Conclusão: as instituições com serviços de administração de terapia antineoplásica carecem de capacitação prévia e continuada de seus profissionais de enfermagem e de avaliação e monitoramento das condutas assistenciais. Os profissionais de enfermagem possuem conhecimento acerca das práticas seguras de assistência a esse paciente, porém, a adesão às medidas de segurança mostrou-se insatisfatória.

Palavras-chaves: Antineoplásicos; Enfermagem; Vias de Administração de Medicamentos; Segurança do Paciente.

ABSTRACT

Objective: to characterize the practice of administering antineoplastic chemotherapy by nursing professionals in two outpatient units of public hospitals in the Federal District.

Method: mixed method study carried out through semi-structured interviews with 32 nursing professionals, nurses and nursing technicians,

to identify compliance and non-compliance of the adopted procedures.

Results: half of the nurses and nursing technicians did not receive specific training for the administration of antineoplastic drugs and the practices observed showed non-compliance in most cases, although both nurses and nursing technicians claimed to know the protocols for administering antineoplastic drugs.

Conclusion: institutions with antineoplastic therapy administration services lack previous and continuous training of their nursing professionals and the evaluation and monitoring of care behaviors. Nursing professionals have knowledge about safe care practices for this patient, however, adherence to safety measures proved to be unsatisfactory.

Keywords: Antineoplastics; Nursing; Drug Administration Routes; Patient Safety.

INTRODUÇÃO

A quimioterapia antineoplásica é um dos métodos mais utilizados para o tratamento de tumores malignos e consiste na administração de medicamentos que atuam de forma combinada ou isolada nas diferentes fases do ciclo celular¹⁻². Os quimioterápicos podem ser administrados por via oral, intramuscular, subcutânea, intratecal, intraperitoneal, intravesical, tópica, intrarretal e intravenosa, sendo utilizados de forma neoadjuvante, se administrados anteriormente à cirurgia, a fim de reduzir o tumor, ou adjuvante, quando realizados após procedimento cirúrgico para erradicar metástases³.

A administração medicamentosa é a última possibilidade de prevenir erros decorrentes do sistema e/ou de práticas profissionais errôneas nos estágios de prescrição, dispensação, preparo, administração, educação e monitoramento⁴⁻⁵. Nesse sentido, torna-se essencial a administração segura de tais fármacos, garantindo a eficácia do tratamento e redução de riscos implicados nesse processo terapêutico, e, por conseguinte, proporcionando a confiança e comprometimento na relação entre pacientes e profissionais de saúde⁴.

Os profissionais atuantes nesse processo devem ser qualificados para prestar a devida assistência, sendo necessário desenvolver conhecimentos acerca da farmacocinética e farmacodinâmica das drogas administradas, bem como de manipulação, admi-

nistração e descarte, em consonância aos protocolos terapêuticos institucionais, com a finalidade de assegurar a assistência à saúde, identificar precocemente falhas nos procedimentos e executar condutas que amenizem as consequências diante de intercorrências que possam atingir pacientes e profissionais⁵. Em favor disso, o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), por meio da Resolução nº 569/2018⁶, regulamenta a atuação dos profissionais de enfermagem nos serviços de quimioterapia antineoplásica. As competências privativas do enfermeiro, além de planejar, organizar, supervisionar, executar e avaliar todas as atividades de enfermagem, incluem ministrar quimioterápico antineoplásico, conforme farmacocinética da droga e protocolo terapêutico. Desse modo, cabe ao enfermeiro os cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica, posto que requer conhecimentos de base científica, além da capacidade de tomar decisões imediatas.

Quanto aos técnicos de enfermagem, estes podem assumir o controle da infusão dos antineoplásicos em apoio operacional ao enfermeiro. No entanto, o enfermeiro assume toda e qualquer responsabilidade pelos procedimentos e deve estar presente no setor durante o tempo de infusão, com vistas a identificar complicações e efeitos adversos, além de buscar garantir a devida segurança na administração de tais medicamentos⁶. É válido destacar ainda a importância do fornecimento de orientações aos pacientes e familiares nas fases pré e pós-quimioterapia, conforme seu nível de compreensão, tornando-os participantes ativos em seus tratamentos, capazes de detectar falhas de segurança e obter maior adesão terapêutica⁵.

Frente ao exposto, são necessárias medidas educativas, por meio de capacitação e avaliação contínua a todos os profissionais e pacientes envolvidos na administração de antineoplásicos nas instituições de saúde⁵. Para tanto, devem ser elaborados e aplicados protocolos de administração de antineoplásicos, com padronização de condutas e procedimentos e determinação das atribuições de cada profissional da saúde no processo terapêutico, além da implementação de políticas e normas institucionais, favorecendo a oferta de uma assistência eficaz e segura⁵.

Em se tratando da segurança dos pacientes submetidos à terapia com antineoplásicos, é preciso destacar a importância das condutas e procedimentos institucionais, antes, durante e após a administração destes medicamentos. Neste sentido,

a etapa anterior à administração envolve a identificação do intervalo de tempo adequado desde o último tratamento e a ocorrência de toxicidade relacionada ao tratamento; na fase de administração da terapêutica é preciso atentar para a importância do uso dos certos na administração de medicamentos para proporcionar uma assistência segura⁷, bem como o monitoramento do paciente, a fim de evitar incidentes, como reações de hipersensibilidade, extravasamentos e infiltração. Por fim, destaca-se necessidade de fornecer orientação pós-quimioterapia, relacionadas ao autocuidado e monitoramento das reações adversas aos medicamentos⁵.

Dentre os diversos tratamentos para pacientes com câncer, as drogas antineoplásicas são as que apresentam a maior probabilidade de causar patologias de cunho ocupacional para os profissionais que atuam em unidades onde são administradas. As suas propriedades citotóxicas podem resultar em efeitos agudos, como reações alérgicas, irritação ocular, náuseas, vômitos, síncope, diarreia, constipação, tosse e cefaleia, assim como alterações associadas ao contato de pele e de mucosas⁷. A não utilização de equipamentos de proteção coletiva ou individual implica absorção indevida e considerável dessas substâncias pelos profissionais de saúde, portanto, o uso de medidas de biossegurança deve estar incluso na rotina na administração da quimioterapia, especialmente os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), como luvas de látex de punho longo, avental descartável, máscara e óculos de proteção^{8,9}. Assim, identificar as fragilidades no manuseio de tais medicamentos se justifica pela possibilidade de indicar as correções necessárias nas práticas dos profissionais de enfermagem.

Tendo em vista os aspectos observados, esta pesquisa objetivou caracterizar as práticas de administração de quimioterapia antineoplásica em duas unidades ambulatoriais de hospitais públicos do Distrito Federal, a fim de contribuir para a identificação de fragilidades na execução de tais procedimentos e propor a adoção de métodos que colaborem para a administração segura de tais fármacos, buscando a prevenção e redução dos riscos terapêuticos envolvidos no processo.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo do tipo exploratório com abordagem de análise quantitativa, realizado em dois serviços ambulatoriais de terapia an-

tineoplásica de dois hospitais públicos do Distrito Federal, situados nas Regiões de Saúde Sudoeste e Central, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, com a finalidade de caracterizar as práticas de administração de medicamentos antineoplásicos pela equipe de enfermagem.

A amostra foi constituída por 16 enfermeiros e 16 técnicos de enfermagem, tendo por referência os seguintes critérios de inclusão: atuar há pelo menos seis meses na sala de infusão de antineoplásicos; aceitar ser acompanhado durante seu manuseio e instalação; aceitar participar voluntariamente da pesquisa; e concordar em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os profissionais que se encontravam em afastamento legal ou que, por qualquer motivo, não se encontrassem no setor nos dias da coleta de dados compuseram os critérios de exclusão.

O procedimento de coleta de dados foi constituído por duas etapas: a primeira consistiu na aplicação de um questionário adaptado, tendo por base o estudo desenvolvido por Ferreira *et al.* (2016), que apresenta questões objetivas, abordando conteúdos relacionados ao conhecimento dos profissionais sobre riscos ocupacionais, uso de EPIs, rotinas e protocolos institucionais. Os profissionais que compuseram a amostra foram entrevistados um por vez na medida de sua disponibilidade de tempo, sendo a duração das entrevistas entre 10 (dez) a 20 (vinte) minutos. Na segunda etapa, foram realizadas observações das práticas de administração de antineoplásicos pelos profissionais de enfermagem, em um total de quatro, a partir de *checklist* previamente elaborado, o qual foi construído a partir do estabelecido pela Resolução RDC 220/2004⁹ da Anvisa sobre exposição ocupacional e medidas de biossegurança e dos protocolos de cuidados a pacientes submetidos à quimioterapia dos locais de pesquisa. As observações tiveram duração de 20 (vinte) minutos a 02 (duas) horas, pois dependiam do tipo de quimioterápico administrado, e foram distribuídas em turnos de acordo com o horário de trabalho do profissional e a demanda de atendimentos. O quantitativo de observações foi decidido em pré-teste do instrumento, onde se observou que as conformidades e as não conformidades nas práticas dos profissionais já se repetiam após a terceira observação. Além disso, também se buscou adequar o total de observações à disponibilidade das 03 (três) pesquisadoras.

As respostas ao questionário da primeira etapa foram transcritas literalmente e analisadas com o auxílio do *software* Excel, utilizando-se de frequência e estatística simples, com distribuição percentual das variáveis sociodemográficas e das questões objetivas. No que se refere às observações das práticas dos profissionais, estas foram classificadas em Conforme (C) e Não Conforme (NC) e os dados agrupados também em planilha de Excel, com exposição dos resultados por meio de frequência absoluta e percentual.

No que tange aos aspectos éticos, conforme recomendações da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o Projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (CEP/FEPECS) e devidamente aprovado conforme o Parecer nº 3.497.142, de 9 de agosto de 2019.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dados sociodemográficos dos entrevistados

Os 32 profissionais entrevistados foram caracterizados quanto ao sexo, tempo de trabalho e tempo de formação, constatando-se a predominância do sexo feminino dentre os entrevistados, corroborando a realidade em termos de representatividade feminina dentre as categorias de enfermagem. Em se tratando dos outros dois aspectos, dentre as en-

fermeiras predominou o tempo de trabalho no setor de administração de antineoplásicos inferior a um ano e a partir de seis meses, porém, quanto ao tempo de formação, a maioria informou ser acima de dez anos, o que, quando somado ao período compreendido entre seis e dez anos de formação, equivale a 62,5% das entrevistadas.

No caso dos técnicos de enfermagem, observa-se percentual de 56% para os que informaram tempo de trabalho entre um e cinco anos, superior à soma dos outros períodos. No entanto, o tempo de formação acima de dez anos foi apontado por 75% dos entrevistados, sinalizando para a atuação em outras unidades assistenciais que não o setor de administração de antineoplásicos.

Treinamentos, identificação de riscos ocupacionais, uso de EPIs e regulamentação dos serviços de administração de antineoplásicos

Após a caracterização inicial, os profissionais de saúde responderam a um questionário adaptado de Rodrigues *et al.* (2016)¹⁰, cuja **primeira parte** aborda treinamento em quimioterapia antineoplásica, conhecimento dos protocolos institucionais, uso de EPIs, identificação de riscos ocupacionais e regulamentação dos serviços de administração de antineoplásicos, cujas respostas estão apresentadas nas Tabelas 1 e 2 a seguir, separadas por categoria profissional.

Tabela 1

Descrição das respostas dos enfermeiros sobre treinamento em administração de antineoplásicos, conhecimento dos protocolos institucionais, identificação de riscos ocupacionais, uso de EPIs e regulamentação dos serviços de administração de antineoplásicos. Brasília/DF, Brasil, 2020.

Questões (n=16) / %	Categorização das respostas SIM	Enfermeiros (n=16) (%)
1. Recebeu treinamento específico para a administração de quimioterápicos/antineoplásicos? Sim: 50,0 Não: 50,0	Treinamento em serviço há mais de dez anos	04 25%
	Treinamento é constante (educação continuada)	01 6,2%
	Treinamento em serviço (pela equipe da unidade).	03 18,7%
		08 50%
2. Conhece os protocolos para administração de antineoplásicos? Sim: 100 Não: 00	Citaram protocolos de quimioterapia	06 37,5%
	Citaram protocolos de paramentação, administração segura de quimioterapia, punção e manejo de acidentes.	02 12,5%
	Responderam que sim, mas não citaram nenhum protocolo.	

Questões (n=16) / %	Categorização das respostas SIM	Enfermeiros (n=16) (%)
3. Identifica os EPIs necessários para a instalação de quimioterápicos/antineoplásicos? Sim: 100 Não: 00	Citaram dois EPIs (luva e máscara ou luva e avental)	04 25%
	Citaram quatro EPIs (luva, máscara, avental, capote/jaleco, óculos)	08 50%
	Citaram mais de cinco EPIs (capote impermeável, gorro, máscara N95/comum, luva de procedimento, óculos e touca)	04 25%
4. Identifica os riscos ocupacionais? Sim: 100 Não: 00	Risco químico e biológico	05 31,2%
	Contato e aerossóis (câncer, toxicidade, alergia, derramamento, extravasamento)	08 50%
	Risco de derramamento e extravasamento da droga	03 18,7%
5. Existe no Brasil regulamentação técnica para o funcionamento dos serviços de terapia antineoplásicas? Sim: 100 Não: 00	Sim, mas não sabe especificar	14 87,5%
	Sim, a NR 35	01 6,25%
	Sim, a RDC 14	01 6,25%

Tabela 2

Descrição das respostas dos técnicos de enfermagem sobre treinamento em administração de antineoplásicos, conhecimento dos protocolos institucionais, identificação de riscos ocupacionais, uso de EPIs e regulamentação dos serviços de administração de antineoplásicos. Brasília/DF, Brasil 2020.

Questões (n=16) / %	Categorização das respostas SIM	Técnicos de Enfermagem (n=16) (%)
1. Recebeu treinamento específico para a administração de quimioterápicos/antineoplásicos? Sim: 50,0 Não: 50,0	Recebeu treinamento em serviço na instituição, sobre protocolos, complexidade e especificidade da quimioterapia.	06 37,5%
	Recebeu aulas sobre ações da quimioterapia	02 12,5%
2. Conhece os protocolos para administração de antineoplásicos? Sim: 100 Não: 00	Citaram protocolos de quimioterapia	11 68,7%
	Citaram protocolos de sinais vitais, acesso venoso, circular sala de quimioterapia, preparo pré-QT, retirada dos acessos, abordagem de paciente com reação.	05 31,2%
3. Identifica os EPIs necessários para a instalação de quimioterápicos/antineoplásicos? Sim: 100 Não: 00	Citaram três EPIs (luva, máscara comum e capote)	08 50%
	Citaram quatro EPIs (luva, máscara comum, avental, óculos)	06 37,5%
	Citaram mais de cinco EPIs (capote, gorro, máscara comum, máscara N95, óculos e luva de procedimento)	02 12,5%

Questões (n=16) / %	Categorização das respostas SIM	Técnicos de Enfermagem (n=16) (%)
4. Identifica os riscos ocupacionais?	Risco químico, biológico e ergonômico	04 25%
Sim: 100	Contato e aerossóis (câncer, toxicidade, alergia, derramamento, extravasamento)	05 31,2%
Não: 00	Risco de derramamento e extravasamento da droga	07 43,7%
5. Existe no Brasil regulamentação técnica para o funcionamento dos serviços de terapia antineoplásicas?	Sim, mas não sabe especificar	12 87,5%
Sim: 81,2	Sim, Cofen 220	01 12,5%
Não: 18,7		

No estudo, 50% dos participantes, enfermeiros e técnicos de enfermagem, informaram não ter recebido treinamento prévio ou periódico específico para a administração de antineoplásicos (Tabelas 1 e 2, questão 1). Dessa forma, constatou-se o descumprimento da Portaria nº 485/2005⁹, que determina que os trabalhadores envolvidos nos serviços de terapia antineoplásica devem receber capacitação inicial e continuada contendo ao menos as principais vias de exposição ocupacional; os efeitos terapêuticos e adversos desses fármacos e o possível risco à saúde a longo e curto prazo; as normas e os procedimentos padronizados relativos ao manuseio, preparo, transporte, administração, distribuição e descarte dos antineoplásicos; as normas e procedimentos a serem adotadas na ocorrência de acidentes⁹.

Tal fato pode resultar em deficiências de conhecimentos e habilidades profissionais, desmotivação da equipe para aprender ou aperfeiçoar conhecimentos e práticas e não adesão às medidas de segurança do trabalho, fatores que cooperam para a ocorrência de práticas inseguras, eventos adversos e exposição ocupacional associadas ao manuseio de agentes citotóxicos¹¹. À instituição provedora de serviço oncológico cabe estabelecer uma cultura organizacional segura em que predomine a qualidade da assistência e segurança dos pacientes e trabalhadores. Isso inclui promover educação continuada da equipe de enfermagem oncológica, supervisão regular dos trabalhadores, realização de simulações de administração em manejo de eventos adversos e revisões de práticas institucionais com ferramentas padronizadas de avaliação

e fluxo, além de adotar protocolos eletrônicos e acessíveis aos profissionais¹²⁻¹³⁻¹⁴.

No Brasil, a Resolução Cofen nº 569/2018⁶ salienta a necessidade de manutenção da atualização técnica e científica em termos de biossegurança individual, coletiva e ambiental, de modo que os profissionais possam atuar com eficácia em situações de rotinas e emergenciais, com o intuito de evitar acidentes ou ocorrências que possam causar algum dano físico ou ambiental. Além disso, cabe ressaltar que, desde 2013, a Portaria nº 529¹⁵, instituída pelo Ministério da Saúde, estabeleceu a criação do Programa Nacional de Segurança do paciente, com o objetivo de agregar qualidade ao cuidado prestado, cuja implementação deve ser efetivada por meio da elaboração de protocolos, guias e manuais para a segurança do paciente. Ainda nesta direção, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), por meio da RDC nº 36 (25/07/2013), aponta no artigo 8º, item VII, que o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP), deve estabelecer estratégias e ações de gestão de risco para segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos¹⁶.

No que tange ao conhecimento dos protocolos para administração de antineoplásicos, 100% dos profissionais entrevistados (questão 2, Tabelas 1 e 2), tanto enfermeiros quanto técnicos de enfermagem, afirmam ter tal conhecimento. No entanto, ao analisar a categorização das respostas “Sim” dos enfermeiros, percebe-se que apenas 50% destes efetivamente citaram protocolos de quimioterapia. Dos outros 50% de profissionais,

12,5% não souberam citar nenhum protocolo e 37,5% citaram protocolos relativos à segurança do paciente e prevenção de acidentes. Já em relação aos técnicos de enfermagem, nota-se que 68,7% dos entrevistados citaram efetivamente protocolos de quimioterapia. O restante (32,3%) citou protocolos relacionados à assistência como um todo, como de sinais vitais e preparo do paciente antes do recebimento da quimioterapia. Tais percentuais podem ser atribuídos ao tempo de atuação na unidade assistencial que, no caso dos enfermeiros, demonstrou ser menor quando comparado ao tempo de atuação dos técnicos de enfermagem. A aquisição e incorporação dos conhecimentos e linguajar específico de uma determinada especialidade, e por conseguinte da sua dinâmica assistencial, tende a ser maior quanto maior o tempo de atuação dos profissionais.

O conhecimento dos protocolos assistenciais por parte dos profissionais se faz necessário visto que a administração de forma inapropriada de quimioterápicos antineoplásicos traz consigo eventos adversos que podem ser irreparáveis ou fatais. Do mesmo modo, e levando em conta os riscos ocupacionais envolvidos na administração de antineoplásicos, percebe-se a relevância da adesão às medidas de biossegurança. No entanto, embora os profissionais tenham ciência dos riscos a que estão expostos, não apresentam aderência a tais medidas, dado que somente 25% dos enfermeiros e 12,5% dos técnicos entrevistados apontaram os EPIs necessários para a administração dos antineoplásicos (Tabelas 1 e 2, questão 3). Um estudo¹⁴ aponta que a não adesão aos meios de proteção está vinculada à disponibilidade de equipamentos adequados no setor, conhecimento sobre as formas de proteção, carga de trabalho, dentre outros. Além disso, sugere que os enfermeiros conhecem parcialmente as medidas de biossegurança para manuseio seguro de quimioterápicos e, mesmo as conhecendo, não possuem adesão¹⁶.

Outro estudo¹⁵, que objetivou analisar os motivos e consequências da baixa e da não adesão às precauções-padrão pela equipe de enfermagem, foi apontado como fatores que influenciam positivamente a adesão: treinamento, percepção de clima de segurança organizacional, cuidado prestado a um menor número de pacientes, organização e limpeza do posto de trabalho, porte dos estabelecimentos (estabelecimentos maiores apresentam comissões de controle de infecção mais atuantes), percepção de obstáculos pelos trabalhadores para seguir as precauções-padrão, personalidade de ris-

co do trabalhador e autoeficácia percebida do uso de práticas seguras.

Os riscos ocupacionais a que estão expostos os profissionais que atuam em unidades ambulatoriais de administração de antineoplásicos estão presentes nos processos de preparo, administração, descarte de antineoplásicos e manuseio das excretas dos pacientes submetidos ao tratamento. Uma quantidade expressiva dos participantes da pesquisa não identificou especificamente os riscos ocupacionais inerentes aos processos de manuseio de tais fármacos, indicando-os apenas como risco químico, biológico, ergonômico, derramamento e extravasamento da droga. Nesta pesquisa, 50% dos enfermeiros e 68,7% dos técnicos de enfermagem não identificaram o risco por contato e aerossóis como riscos ocupacionais do serviço (questão 4, Tabelas 1 e 2). Percebe-se, assim, lacunas de conhecimento das referidas equipes de enfermagem acerca dos riscos laborais a que estão sujeitas, colaborando para fragilizar a adequação dos profissionais às medidas de segurança durante sua assistência e maior probabilidade de exposição a esses agentes citotóxicos. A partir disso, levanta-se a possibilidade de que esse desconhecimento estimule a crença de que os riscos ocupacionais são irrisórios ou irrelevantes e, portanto, nem todos os equipamentos de proteção são necessários.

Segundo Ferreira *et al.*⁷, os riscos ocupacionais incluem a inalação de aerossóis desses agentes durante a retirada de ar de seringas contendo quimioterapia, ruptura de comprimidos e sua administração; derramamento do quimioterápico na pele do profissional; contato com superfícies e materiais previamente contaminados com quimioterápicos ou fluidos corporais de pacientes recebendo quimioterápicos; ingestão de alimentos contaminados; e a contaminação ambiental por medicamentos tóxicos (derramamento).

A Norma Regulamentadora (NR) nº 32 do Ministério do Trabalho e Emprego⁹ inclui os agentes antineoplásicos no conjunto de medicamentos e drogas de risco que, portanto, podem resultar em genotoxicidade, carcinogenicidade, teratogenicidade e toxicidade séria e seletiva sobre os órgãos e sistemas. À luz disso, os desfechos possíveis ao profissional que não adere às medidas de biossegurança envolvem: mutagenicidade, infertilidade, aborto, malformações congênitas, câncer, perda de cabelo, além de danos imediatos manifestados através de sintomas como tontura, cefaleia, náuseas, vômito, alterações de pele e mucosa

e reações alérgicas, semelhantes aos efeitos agudos manifestados por pacientes em tratamento com estas substâncias. Ademais, é possível identificar leucopenia, anemia, aplasia e efeitos sistêmicos, como no aparelho auditivo, cardíaco, pulmonar, pâncreas, rins e fígado¹⁷.

No que tange à regulamentação dos serviços de terapia antineoplásica, a Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), por meio da Resolução (RDC) n° 220⁸, instituída em 2004, que aprova o regulamento de funcionamento das unidades, salienta a necessidade dos profissionais participarem de programas de garantia da qualidade em serviço de quimioterapia antineoplásica de forma setORIZADA e global, além da participação da elaboração de programas de treinamento e desenvolvimento de profissionais de enfermagem nos diferentes níveis de formação, relativos à área de atuação. Além disso, fixa critérios de funcionamento de tais serviços em nível público e privado, bem como orienta as normas de manipulação, transporte, administração e até o descarte do material. O desconhecimento de sua existência e de seu conteúdo na íntegra eleva o risco de uma assistência de enfermagem pouco segura. Com isso, danos podem ser gerados ao paciente, aos profissionais que manipulam os antineoplásicos e ao meio ambiente⁸.

De acordo com as respostas dos profissionais, nota-se que a maioria dos técnicos em enfermagem (81,2%) reconhecem existir regulamentação técnica para o funcionamento dos serviços de terapia antineoplásica, porém, desconhecem o teor da normativa ou de que forma se aplica aos serviços. Situação semelhante é observada na análise dos resultados dos enfermeiros, onde todos afirmaram existir regulamentação, no entanto, nenhum identificou do que trata ou a que órgão se vincula ((questão 5, Tabelas 1 e 2).

Administração, intercorrências e descarte de antineoplásicos

A **segunda parte** do questionário respondido pelos profissionais de saúde abordou a responsabilidade na administração de antineoplásicos, uso de EPIs para retirada, derramamentos e descartes de antineoplásicos. Na realidade analisada, enfermeiros e técnicos de enfermagem (93,72%) reconhecem a atribuição e/ou responsabilidade da administração de antineoplásicos como sendo do profissional enfermeiro, mas o percentual de 6,25%, tanto de enfermeiros quanto de técnicos

de enfermagem que atribuem tal responsabilidade ao técnico de enfermagem, merece ser observado com cuidado, indicando que as normativas e protocolos institucionais ainda carecem de ajustes. Embora a Resolução Cofen n° 569/2018⁶ aponte que técnicos de enfermagem podem executar ações de enfermagem a pacientes submetidos ao tratamento quimioterápico antineoplásico, sob a supervisão e prescrição do enfermeiro, em alguns serviços a administração de antineoplásicos vem sendo realizada somente por técnicos de enfermagem, sob a justificativa de que o quantitativo de profissionais enfermeiros se mostra insuficiente para atendimento da demanda^{18,19}.

Ao serem perguntados sobre a paramentação necessária para retirada de antineoplásicos, observou-se que a luva de procedimento foi o produto citado por todos os participantes da pesquisa. Dentre os técnicos de enfermagem, 31,25% utilizam apenas a luva de procedimento e 56,5% utilizam luva e máscara. Quanto aos profissionais enfermeiros, 18,75% referiram utilizar apenas luva de procedimento e 31,25% utilizam luva e máscara. Nenhum profissional referiu utilizar a paramentação completa (avental, máscara e luva) para retirada de citotóxicos, revelando maior vulnerabilidade para efeitos deletérios associados ao manuseio de drogas antineoplásicas. Em estudo que analisou o conhecimento de enfermeiros sobre medidas de biossegurança⁷, também foi identificado que 26,7% dos participantes relataram não se paramentar no momento de retirada do sistema de infusão do paciente.

A agência norte-americana *Occupational Safety and Health Administration* (OSHA)²⁰ estabelece que, para a administração de antineoplásicos, sejam utilizadas dois pares de luva de látex ou polipropileno estéril e sem talco, pois são materiais de baixa permeabilidade para drogas de risco; aventais de baixa permeabilidade, fechados na parte frontal, com mangas longas e punhos justos com elástico; máscaras com proteção de carvão ativado, que atua como filtro químico; óculos de proteção e protetor facial que impeçam a contaminação frontal e lateral de gotículas nos olhos e face, sem reduzir o campo visual; e touca.

As máscaras cirúrgicas não fornecem proteção respiratória contra a exposição a essas drogas de risco, devendo ser utilizada a máscara cirúrgica N95 para proteção contra gotículas e respingos¹⁹. O *National Institute for Occupational Safety and Health* (NIOSH)²¹ incentiva o uso de respirador de má-

cara facial ou a combinação de óculos de proteção e protetor facial. Ressalta-se que, apesar de não ser exigida pela Anvisa, o NIOSH e a OSHA recomendam a adoção de proteção ocular e respiratória para a instalação de antineoplásicos^{8,19,20}.

Diante disso, notam-se disparidades no conhecimento dos profissionais acerca dos EPIs essenciais para proceder à instalação e retirada de quimioterapia antineoplásica. Este cenário pode ser motivado pelas divergências entre as exigências das legislações nacionais e as especificações internacionais referentes aos EPIs a serem adotados durante essa atividade. Ademais, a ausência de educação continuada e de avaliação e monitoramento das condutas assistenciais colaboram para o conhecimento limitado sobre as práticas de segurança individual. Destaca-se que a NR 32⁹ veda o desempenho de qualquer atividade relativa à quimioterapia antineoplásica na ausência dos EPIs necessários para tal.

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (Inca)²², o derramamento corresponde à contaminação ambiental por fármacos citotóxicos de modo acidental. O serviço de terapia antineoplásica deve conter um *kit* derramamento, nomeado e disponível nas áreas em que são desempenhadas ações de preparo, armazenamento, administração e transporte desses fármacos. Este *kit* deve ser composto por, no mínimo, “luvas de procedimentos, avental de baixa permeabilidade, compressas absorventes, proteção respiratória, proteção ocular, sabão, descrição do procedimento e o formulário para o registro do acidente, recipiente identificado para recolhimento dos resíduos [...]”¹⁷⁻²¹.

Dentre os enfermeiros do presente estudo, 50% apontaram que o manejo do derramamento consiste na limpeza imediata da área afetada por pessoa treinada e paramentada com os EPIs presentes no *kit* derramamento. O mesmo ocorreu entre 75% da equipe técnica de enfermagem entrevistada, sendo que 25% desta categoria de participantes citaram a demarcação da área com compressas absorventes como sendo o procedimento correto em situações de contaminação ambiental por antineoplásicos.

Tais dados contrastam com as seguintes condutas preconizadas em caso de derramamento, as quais devem ser adotadas de imediato por um membro da equipe de enfermagem: paramentar-se para iniciar a descontaminação; limitar o acesso ao local; remover imediatamente o vestuário do paciente ou trabalhador afetado pelo

fármaco e higienizar a pele com água e sabão neutro ou mucosas com água ou solução isotônica; providenciar atendimento médico; notificar o acidente de trabalho; paramentar-se com EPIs; remover o paciente da área; remover líquidos com compressa absorvente seca e pós com compressa absorvente umedecida; realizar limpeza da área com água e sabão; recolher e descartar fragmentos, conforme normativa específica ou outro instrumento que a substitua; preencher formulário específico sobre o acidente²¹.

No que se refere ao local de descarte de material contaminado com quimioterápicos, 75% de enfermeiros e 62,5% dos técnicos de enfermagem relataram descartá-lo em lixo coletivo da unidade, ao passo que os demais entrevistados referiram desprezar corretamente esses resíduos em recipiente rígido, impermeável e com tampa, o qual deve estar identificado conforme símbolo referente ao resíduo químico²¹. Deste modo, o que se constata é uma desorganização dos serviços e não aderência às boas práticas de descarte de lixo químico preconizadas pelas instituições governamentais.

As práticas profissionais na administração de antineoplásicos

Após o término das entrevistas com os profissionais de enfermagem, passou-se à observação da forma como desempenhavam as práticas de administração de antineoplásicos, por meio da paramentação, conferência dos dados de pacientes e fármacos, instalação e desinstalação. Foram realizadas, por 03 (três) pesquisadoras, 04 (quatro) observações por profissional, distribuídas em turnos de acordo com o horário de trabalho de cada um deles e a demanda de atendimentos.

Os serviços de administração de terapia antineoplásica investigados apresentaram as seguintes semelhanças em termos de rotinas assistenciais: punção venosa periférica, administração de drogas denominadas preparatórias (antieméticos, corticosteroides, antialérgicos e antagonistas dos receptores H₂ ou antiulcerosos), aferição de sinais vitais e retirada de acesso venoso como atribuições dos técnicos de enfermagem; punção de Port-A-Cath, conferência dos antineoplásicos com a prescrição, instalação de antineoplásicos, monitoramento das infusões e atuação em casos de derramamento e extravasamento de citotóxicos, sob a responsabilidade dos enfermeiros.

O *checklist* utilizado para a observação dos profissionais, construído a partir das normativas vigentes⁹ e protocolos das instituições onde ocorreu a pesquisa, apresentava **13 Passos (P)**, referentes às ações que deveriam ser realizadas pelos profissionais quando do atendimento nos serviços de administração de terapia antineoplásica, conforme pode ser observado na Quadro 1.

Quadro 1

Itens observados durante as práticas dos profissionais enfermeiros e técnicos de enfermagem. Brasília/DF, Brasil 2020.

P1: profissional está adequado para a execução da administração de quimioterápicos, conforme NR32.
P2: foi realizada a inspeção visual do produto, observando a existência de perfurações e/ou vazamentos, corpos estranhos ou precipitações na solução.
P3: conferência da caixa contendo os quimioterápicos de acordo com a prescrição: paciente certo, medicamento certo, dose certa e tempo de infusão.
P4: higienização das mãos antes de administrar a quimioterapia antineoplásica.
P5: conferida a identificação do paciente e sua correspondência com a formulação prescrita antes, durante e após a manipulação/administração.
P6: paramentação com os EPIs adequados para a administração de antineoplásicos/pré-quimioterápicos.
P7: os EPIs são avaliados quanto ao estado de conservação e segurança.
P8: confirmação com o paciente e com a prescrição na poltrona.
P9: checagem da permeabilidade do acesso.
P10: no descarte dos equipos e frascos com os quimioterápicos foi utilizado luvas de procedimentos, máscara e avental de baixa permeabilidade
P11: o descarte dos equipos e frascos com os quimioterápicos foram realizados em local/lixeria apropriada
P12: o trabalhador registra no prontuário do paciente os eventos adversos à administração, a ocorrência de extravasamentos e a evolução de enfermagem dos pacientes submetidos à terapia antineoplásica.
P13: o trabalhador não deixa o local de trabalho com o EPI e as vestimentas utilizadas em suas atividades laborais.

Foram realizadas 28 observações na Unidade Assistencial 01 (UA01) de sete enfermeiras e 36 observações referentes a nove técnicos de enfermagem; na Unidade Assistencial 02 (UA02), obtiveram-se 32 observações de oito enfermeiras e 20 observações de cinco técnicos de enfermagem. No período em que as observações foram realizadas, uma enfermeira e dois técnicos de enfermagem da UA02 encontravam-se afastados, portanto, não puderam ser observados.

No que concerne às práticas adotadas pelos profissionais de enfermagem das unidades assistenciais, em relação ao **Passo 01 (P1)**, referente à *adequação para a execução da administração de quimioterápicos*, constatou-se que, na UA01, em 71,5% das observações de enfermeiros e 66,7% de técnicos de enfermagem, os profissionais estavam em *não conformidade com a NR 32*, no que tange ao uso de adornos e calçados para realizar a punção e instalação de medicamentos preparatórios, que antecedem a administração de antineoplásicos. Na UA02, ocorreu situação semelhante, porém, com percentuais menores de não conformidades, ou seja, em 53,2% das condutas de enfermeiros e 60% das condutas de técnicos de enfermagem.

Segundo a NR 32⁹, o empregador deve vedar o uso de adornos, incluindo alianças, anéis, pulseiras, colares, brincos, relógios de uso pessoal, broches, *piercings* expostos, gravatas e cordão de crachás, devido ao potencial de contaminação desses objetos durante a assistência. Além disso, essa Norma estabelece que os trabalhadores envolvidos em atividades com risco biológico não estão autorizados a fazer uso de calçados abertos. Os itens mais frequentemente portados pelos participantes da pesquisa foram o uso de *piercings* expostos, brincos, alianças, anéis e relógios de uso pessoal; alguns profissionais também se apresentavam com calçados abertos.

Cavalheiro *et al.*²³, em estudo analítico transversal quantitativo que identificou a ausência de adornos na instituição hospitalar, detectou que o tempo de formação e o cargo de atuação influenciam o autoconceito profissional da equipe de enfermagem. Os autores inferiram que aqueles profissionalmente realizados não se incomodaram em não utilizar adornos, porém, profissionais mais insatisfeitos com o trabalho que realizam, precisam dos adornos para proteção, autoafirmação e exibição de *status*. Os autores também apontam que mudanças de comportamento são processos complexos, que demandam tempo e investimento institucional em capacitação.

Em relação ao **Passo 02 (P2)**, em 96,4% das administrações antineoplásicas da UA01 e 93,7% da UA02, as enfermeiras *realizaram a inspeção visual do produto final, observando a existência de perfurações e/ou vazamentos, corpos estranhos ou precipitações na solução*. Com relação aos profissionais de nível técnico, essa atividade não foi desempenhada durante 97,2% das observações na UA01 e 100% das observações na UA2, visto que esses trabalhadores não são responsáveis pela instalação de antineoplásicos. Ainda assim, constata-se que um técnico de enfermagem (2,8%) da UA01 realizou a inspeção do produto (frasco contendo o antineoplásico), provavelmente por solicitação do enfermeiro plantonista.

No que se refere ao **Passo 03 (P3)**, *conferência da caixa contendo os antineoplásicos de acordo com a prescrição*, considerando paciente certo, medicamento certo, dose certa, via certa e tempo de infusão certo, 100% das instalações na UA01 foram devidamente realizadas pelos profissionais enfermeiros, ao passo que, na UA02, 75% dos enfermeiros realizaram adequadamente, 12,5% foram não conformes e para o restante esse item foi considerado como “*Não Avaliado*”, visto que, nessa unidade, outros profissionais realizaram o recebimento da caixa de antineoplásicos e prosseguiram com sua conferência. O item referente ao **P3** não foi avaliado em 97,2% das observações dos técnicos de enfermagem na UA01 e em 100% das observações na UA02, uma vez que tais profissionais não são incumbidos da instalação de antineoplásicos. Ainda assim, constata-se que um técnico de enfermagem (2,8%) da UA01 realizou a conferência da caixa de agentes antineoplásicos, sendo tal situação atribuída ao número insuficiente de enfermeiros no momento da observação.

Quanto ao **Passo 4 (P4)**, dentre os enfermeiros, em apenas 25% das observações realizadas na UA01, constatou-se a *correta higienização das mãos antes da administração da quimioterapia antineoplásica*, o mesmo ocorreu em 18,7% das observações na UA02. Quanto aos trabalhadores de nível médio, em 58,4% das observações na UA01, a higienização das mãos não precedeu a administração do agente antineoplásico, ou ocorreu de modo incorreto, ainda que tal procedimento não faça parte de suas atribuições. Em 36,1% das observações na UA01 e 100% na UA02, esse item não foi avaliado para os técnicos de enfermagem, pois esses profissionais não executaram a instalação do tratamento antineoplásico.

De acordo com a Anvisa, a higienização das mãos nos serviços de saúde deve ocorrer “antes de tocar o paciente; antes de realizar procedimento limpo/asséptico; após risco de exposição a fluidos corporais; após tocar o paciente e após contato com superfícies próximas ao paciente”²³⁻⁵. Este procedimento pode ser realizado com água e sabonete líquido com duração de 40 a 60 segundos, ou preparação alcoólica por 20 a 30 segundos, na ausência de sujidades visíveis. Ressalta-se que a higienização das mãos é a principal estratégia para reduzir o risco de infecções associadas a cuidados de saúde, a 5ª dentre as Metas Internacionais de Segurança do Paciente, conforme preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A higienização das mãos é a medida individual mais simples e menos dispendiosa para prevenir a redução de infecções relacionadas à assistência à saúde²⁴, sendo um dos principais temas desenvolvidos e trabalhados no âmbito das instituições de saúde, portanto, causou-nos estranhamento o baixo percentual de adesão dos profissionais à prática.

O **Passo 5 (P5)**, que diz respeito à *conferência da identificação do paciente com pelo menos dois identificadores* (nome completo, data de nascimento e/ou número de prontuário)⁵ e sua correspondência com a formulação prescrita antes, durante e após a administração do agente antineoplásico, na UA01, em 100% das observações de enfermeiros e 55,6% das condutas de técnicos de enfermagem essa etapa foi devidamente executada, ao passo que 22,2% das observações de técnicos de enfermagem foram não conformes para o item; na UA02, em 56,2% das observações de profissionais enfermeiros essa prática não foi realizada corretamente. Dentre os servidores de nível técnico da unidade, em 40% das observações não se realizou a identificação do paciente junto à prescrição nos momentos necessários. Para este passo, foram classificadas como “*Não Avaliadas*” 22,2% das condutas dos técnicos de enfermagem da UA01 e 40% na UA02, posto que, durante essas observações, tais profissionais não estavam envolvidos com atividades que precedessem a retirada do sistema de infusão contendo a quimioterapia antineoplásica.

Ante o risco de contaminação para a *administração dos fármacos antineoplásicos*, o **Passo 6 (P6)** aponta que os trabalhadores devem fazer uso de luvas de procedimento e avental impermeável de manga longa⁹. Contudo, somente em 7,1% das observações na UA01 e 59,3% na UA02, os enfermeiros fizeram uso dos EPIs apropriados para essa ativi-

dade. Dentre os técnicos, observou-se que 100% das administrações de pré-quimioterápicos realizadas na UA01 não apresentaram paramentação apropriada; na UA02, 100% das observações foram consideradas também não conforme.

Em se tratando da *avaliação do estado de conservação e segurança dos EPIs em uso*, item avaliado no **Passo 7 (P7)**, esta conduta esteve presente na UA01 em 35,8% das observações de enfermeiros e 40% de técnicos de enfermagem. Na UA02, o mesmo se aplica para 93,7% de enfermeiros e 60% dos técnicos de enfermagem. Essa prática não foi aplicada em 64,2% das observações de enfermeiros e 60% das condutas de técnicos de enfermagem na UA01, assim como em 6,2% das observações de profissionais enfermeiros na UA02. A conferência do estado de conservação e segurança dos EPIs é necessária, especialmente de sua integridade, dado que protegem os profissionais de possíveis riscos que ameaçam sua saúde ou segurança, assim como dos pacientes, evitando ou atenuando a extensão de alguma lesão que possa ocorrer durante a jornada de trabalho²⁴⁻²⁵.

O **Passo 08 (P8)**, referente à *confirmação com o paciente e com a prescrição na poltrona*, apresenta semelhança com o **P5**, pois diz da conferência com pelo menos dois identificadores (nome completo, data de nascimento e/ou número de prontuário)⁵ e sua correspondência com a prescrição de medicações preparatórias e antineoplásicos, porém, junto ao paciente no leito. Assim, constata-se maior percentual de conformidades nas práticas das profissionais enfermeiras, com 96,5% na UA01 e 87,5% na UA02, dado que é de sua responsabilidade a administração de antineoplásicos. Quanto aos técnicos de enfermagem, cujas atribuições incluem a punção venosa periférica e instalação de medicações preparatórias, o percentual de não conformidades foi maior na UA02 (60%), quando comparada com a UA01 (30,5%). Atribuem-se tais percentuais ao fato de técnicos de enfermagem apresentarem tempo maior de atuação nos serviços e também tempo maior de formação, quando comparados às enfermeiras, o que os induz a uma falsa sensação de preparo na execução dos procedimentos e, por conseguinte, negligenciamento de passos importantes que podem comprometer a segurança de profissionais e pacientes.

Na *checagem da permeabilidade do acesso*, **Passo 9 (P9)**, pelos enfermeiros da UA01, observa-se que 89% realizaram a checagem e, aproximadamente, 7% não o fizeram, ou seja, instalaram o anti-

neoplásico sem checar fluxo e refluxo sanguíneo adequado; na UA02, 97% das observações dos enfermeiros apresentaram-se conformes. Quanto aos técnicos de enfermagem, 52,7% na UA01 realizaram a checagem da permeabilidade dos acessos e 15% na UA02. Os profissionais técnicos de enfermagem não avaliados correspondem àqueles que não realizaram o procedimento por não constar como sua atribuição, posto que a checagem da permeabilidade dos acessos deva ser realizada, prioritariamente, no momento da instalação do antineoplásico, que se encontra sob a responsabilidade de profissionais enfermeiros.

Segundo Custódio *et al.*²⁶, serviços que administram antineoplásicos necessitam contar com profissionais de enfermagem capazes de realizar avaliação precisa do acesso vascular disponível para punção, considerando para tanto o volume e as características da medicação a ser infundida, o tempo de infusão, os dispositivos disponíveis para punção e a segurança relacionada à fixação. Neste sentido, o acesso venoso periférico (AVP) ainda persiste como prática mais rotineira e acessível, apesar dos riscos e complicações que podem ocasionar. A checagem da permeabilidade do acesso requer constante monitorização, com o objetivo de antever possíveis complicações, e, caso ocorram, o manejo adequado seja estabelecido.

No que tange à *utilização de luvas de procedimento, máscara e avental de baixa permeabilidade no descarte dos equipos e frascos com quimioterápicos*, **Passo 10 (P10)**, os técnicos de enfermagem das duas unidades assistenciais apresentaram-se não conforme em 100% das observações, em virtude da não utilização de um ou mais itens dentre os EPIs descritos. Dos 42,9% de enfermeiros que executaram tal atividade na UA01, somente 3,6% utilizaram os EPIs recomendados; o percentual de 57,1% de enfermeiros não avaliados refere-se àqueles que, por referirem não fazer parte de suas atribuições, não executam a atividade de descarte de antineoplásicos. Na UA02, 100% dos enfermeiros não foram avaliados por também referirem não fazer parte de suas atribuições o descarte de antineoplásicos. As orientações quanto ao momento em que devem ser usados EPIs convergem no sentido de indicar o seu uso em todas as etapas do manejo de antineoplásicos, incluindo transporte, preparo, administração, descarte e cuidados com fluidos corporais de pacientes em uso desses agentes²⁶. Novamente, pode inferir que há desconhecimento e negligenciamento de condutas

importantes que podem comprometer a segurança de profissionais e pacientes.

O local apropriado de descarte de equipos e frascos com antineoplásicos, item analisado no **Passo 11 (P11)**, apresentou conformidades na maioria das observações realizadas, a saber: na UA01, os enfermeiros apresentaram 93,7% de conformidade e na UA02, 100%; dentre os técnicos de enfermagem, os dados foram 91,7% e 100% de condutas adequadas nas UA01 e UA02, respectivamente. Nota-se que, embora não utilizem os EPIs em todas as etapas de manejo de antineoplásicos, incluindo seu descarte, enfermeiros e técnicos descartam os resíduos químicos em recipiente apropriado. Aqueles que não o fizeram, referiram ser devido a um descuido e esquecimento pontual.

Quanto ao **Passo 12 (P12)** sobre o registro no prontuário do paciente, pela enfermagem, dos eventos (adversos ou não) relacionados à administração de antineoplásicos, em torno de 96% e 100% das condutas não apresentam conformidade, pois os profissionais enfermeiros e técnicos não evoluem e nem anotam a situação dos pacientes atendidos em prontuário eletrônico, especialmente na UA01. Sobre esse aspecto, o Cofen, em seu “Guia de recomendações para registro de enfermagem no prontuário de paciente e outros documentos de enfermagem”²⁷, afirma que:

os registros de enfermagem são elementos imprescindíveis ao processo do cuidar e, quando redigidos de maneira que retratem a realidade a ser documentada, possibilitam a comunicação entre a equipe de saúde, além de servir a diversas outras finalidades, tais como: ensino, pesquisas, auditorias, processos jurídicos, planejamento, fins estatísticos e outros.

Na observação do **Passo 13 (P13)**, se os profissionais deixam (ou não) o local de trabalho com os EPIs e as vestimentas utilizadas em suas atividades laborais, o total de não avaliados nas duas unidades assistenciais aponta para a dificuldade das pesquisadoras em qualificar os achados, pois os profissionais das duas unidades utilizam vestuário do tipo jalecos ou pijamas cirúrgicos, e não capotes/aventais de manga longa descartáveis, como recomendado pelas normativas^{6,8,9}. Quando havia necessidade de deixarem as unidades, não retiravam jalecos ou pijamas cirúrgicos, pois era a vestimenta com a qual circulavam nos demais ambientes hospitalares. Portanto, na UA01, o percentual de 96,4% (enfermeiros) e 87,5% (técnicos de enfermagem) de não avaliados apontam para tais profissionais que utiliza-

ram jalecos ou pijamas cirúrgicos no ambiente de trabalho, sem retirá-los quando se dirigiam a outras unidades assistenciais. Na unidade UA02, o percentual de 94,6% (enfermeiros) e 85% (técnicos de enfermagem) de não avaliados derivam das situações que também não puderam ser avaliadas pelos mesmos motivos acima expostos.

CONCLUSÃO

O presente estudo caracterizou as práticas de administração de quimioterapia antineoplásica em duas unidades ambulatoriais de hospitais públicos do Distrito Federal e identificou as fragilidades na execução de tais procedimentos.

De início, apontou-se como fragilidade a ausência de processos de capacitação sistemáticos que incluíssem protocolos de segurança para administração de antineoplásicos, os quais deveriam ser constituídos pelas principais vias de exposição ocupacional, os seus efeitos terapêuticos e adversos, o possível risco à saúde a longo e curto prazo, as normas e os procedimentos padronizados relativos ao manuseio, preparo, transporte, administração, distribuição e descarte e as normas e procedimentos a serem adotadas na ocorrência de acidentes como derramamentos e extravasamentos.

A constatada fragilidade em termos de educação permanente e/ou continuada vem atrelada à baixa adesão dos profissionais às normativas derivadas de instâncias, como as do Conselho Profissional, e de órgãos reguladores, como a Anvisa. As lacunas de conhecimento das referidas equipes de enfermagem acerca dos riscos laborais a que estão sujeitas derivam de ausência de processos de capacitação permanentes, no entanto, os profissionais demonstraram ciência dos riscos a que estão expostos em suas respostas aos questionários, inclusive das medidas mínimas de segurança e precaução que devem ser adotadas, porém, não apresentaram aderência a tais medidas.

Infere-se que a não adesão às medidas de proteção pode estar relacionada à disponibilidade de equipamentos adequados no setor, conhecimento sobre as formas de proteção, carga de trabalho, percepção da eficácia de utilização de práticas seguras e ao dimensionamento do quantitativo de profissionais necessários para atuar nos serviços, bem como à crença de que os riscos ocupacionais são irrisórios ou irrelevantes e, portanto, nem todos os equipamentos de proteção são necessários. De qualquer modo, cabe às instituições, por meio de

seus gestores, investigar as causas de não aderência às medidas de segurança e proteção, de modo que os profissionais possam atuar com eficácia em situações de rotinas e emergenciais, com o intuito de evitar acidentes ou ocorrências que possam causar algum dano físico a si próprios e aos pacientes atendidos.

Os profissionais de enfermagem entrevistados reconhecem a existência de regulamentações técnicas para o funcionamento dos serviços de terapia antineoplásica, especialmente no que se refere à atribuição e/ou responsabilidade das equipes na administração de antineoplásicos, no entanto, não souberam descrever, minimamente, o teor de tais regulamentações ou de que forma se aplica aos serviços, indicando a necessidade de adquirir e desenvolver tal conhecimento, de modo que venham a ser incorporados às práticas que realizam.

Por fim, indica-se a necessidade dos gestores de ambos os serviços investigados implantar protocolos assistenciais, normas e rotinas que possam conferir proteção aos profissionais de enfermagem e segurança aos pacientes no âmbito das suas

unidades, para evitar a contaminação e o contato com risco biológico, buscando também a prevenção e redução dos riscos terapêuticos envolvidos no processo. Além disso, os profissionais devem ser não somente estimulados, mas supervisionados no cumprimento, adesão e seguimento dado que, ao não aderirem aos protocolos e normativas assistenciais, colocam em risco tanto a sua saúde quanto a dos pacientes, podendo ser responsabilizados por imperícia, negligência ou imprudência, inclusive no âmbito do código de ética da enfermagem.

As pesquisadoras apontam como principais limites do estudo a constatação de que alguns profissionais podem ter alterado suas condutas durante as observações realizadas, em virtude da presença das pesquisadoras nos serviços e as divergências entre as atribuições de enfermeiros e técnicos de enfermagem nas duas unidades investigadas. Para estudos futuros que abordem a presente temática, recomenda-se o mapeamento das atribuições de ambas as categorias, conforme os protocolos das instituições, para melhor adaptação dos instrumentos de observação a serem utilizados.

REFERÊNCIAS

1. Bonassa EMA, Rodrigues MI. Terapia oncológica para enfermeiros e farmacêuticos. 4. ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2012.
2. Cruz FS, Rossato LG. Cuidados com o paciente oncológico em tratamento quimioterápico: o conhecimento dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. *Rev. bras. cancerol.* 2015;61(4):335-41. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2015v61n4.212.
3. Medeiros JRA, Medeiros APG, Costa CCM. Cuidados de enfermagem na administração de quimioterápicos. *Anais II CONBRACIS*; 14-16 de junho de 2017 [acesso em 2022 fev 13]. Campina Grande: Realize Editora, 2017. Disponível em: https://editorarealize.com.br/editora/anais/conbracis/2017/TRABALHO_EV071_MD4_SA4_ID335_16052017000322.pdf.
4. Mota IVR, Nascimento LES, Cardoso RA, Lemos LB, Lemos GS. Medicamentos sob controle especial: uma análise dos erros de medicação e indicadores de prescrição. *Rev. Eletr. Farm.* 2016;13(1):45-54. DOI: <https://doi.org/10.5216/ref.v13i1.36594>.
5. Ribeiro TS, Santos VO. Segurança do paciente na administração de quimioterapia antineoplásica: uma revisão integrativa. *Rev. Bras. Cancerol.* 2015;61(2):145-53. DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2015v61n2.554>.
6. Conselho Federal de Enfermagem (Brasil). Resolução nº 569/2018. Aprova o Regulamento Técnico da Atuação dos Profissionais de Enfermagem em Quimioterapia Antineoplásica. Diário Oficial da União 22 fev 2018;Seção 1.
7. ANVISA. (2013). Protocolo de Segurança na Prescrição, uso e Administração de Medicamentos. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/01/protoc_identificacaoPaciente.pdf.

8. Ferreira AR, Ferreira EB, Campos MCT, Reis PED, Vasques CI. Medidas de biossegurança na administração de quimioterapia antineoplásica: conhecimento dos enfermeiros. *Rev. bras. Cancerol.* 2016;62(2):137-45. DOI:10.32635/2176-9745.RBC.2016v62n2.169.
9. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Resolução nº 220, de 21 de setembro de 2004. Aprova o Regulamento Técnico de funcionamento dos Serviços de Terapia Antineoplásica. *Diário Oficial da União* 23 set 2004; Seção 1.
10. Rodrigues AR, *et al.* Medidas de Biossegurança na Administração de Quimioterapia Antineoplásica: Conhecimento dos Enfermeiros. *Revista Brasileira de Cancerologia.* 2016; 62(2): 137-145.
11. 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* 16 nov 2005; Seção 1.
12. Jesus ALTB, Santos LSB. Ações de enfermagem: boas práticas na administração de terapias oncológicas [TCC]. Aracaju (SE): Universidade Tiradentes; 2015. 23 p.
13. Coyne E, Northfield S, Ash K, Brown-West L. Current evidence of education and safety requirements for the nursing administrations of chemotherapy: integrative review. *Eur J Oncol Nurs.* 2019;41:24-32. DOI: 10.1016/j.ejon.2019.05.001.
14. Kim JM, Suarez-Cuervo C, Berger Z, Lee J, Gayleard J, Rosenberg C, *et al.* Evaluation of patient and Family engagement strategies to improve medication safety. *Patient.* 2018;11(2):193-206. DOI: 10.1007/s40271-017-0270-8.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. *Diário Oficial da União* 2 abr 2013; Seção 1.
16. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada- RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013. Disponível em: www.anvisa.gov.br/legis.
17. Gozzo TO, Santos LAC, Cruz LAP. Conhecimento da equipe de enfermagem acerca da prevenção e manejo de extravasamento de drogas quimioterápicas. *Rev enferm UFPE on line.* 11(12):4789-97. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a15191p4789-4797-2017>.
18. Porto JS, Marziale MHP. Motivos e consequências da baixa adesão às precauções padrão pela equipe de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.* 2016;37(2):e57395. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.57395>.
19. Sangoi TP, Gehlen MH, Stobäus CD. Riscos ocupacionais para trabalhadores da enfermagem em oncologia: uma revisão narrativa. *Ciênc. Saúde.* 2016; 17(2):301-17.
20. United States Department of Labor. Occupational Health and Safety Administration. Controlling occupational exposure to hazardous drugs. In: OSHA technical manual. [Internet]. Washington, DC: US Department of Labor; 2016. Available from: https://www.osha.gov/dts/osta/otm/otm_vi/otm_vi_2.html.
21. National Institute for Occupational Safety and Health. NIOSH Alert: preventing occupational exposure to antineoplastic and other hazardous drugs in health care settings [Internet]. Cincinnati: National Institute for Occupational Safety and Health; 2004. Available from: www.cdc.gov/niosh/docs/2004-165/pdfs/2004-165.pdf.
22. Borges GG, Silvino ZR, organizadores. Manual de boas práticas: exposição ao risco químico na central de quimioterapia: conceitos e deveres. Rio de Janeiro: Inca, 2015. 32 p.

23. Cavalleiro AC, Trentino JP, Alves FC, Puggina AC. Proibição do uso de adornos pela Norma Regulamentadora 32 e autoconceito profissional da equipe de enfermagem. *Rev Bras Med Trab.* 2019;17(2):219-27. DOI: 10.5327/Z1679443520190312.
24. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Nota Técnica N° 01/2018 GVIMS/GGTES/ANVISA: Orientações Gerais para Higiene das Mãos em Serviços de Saúde. Brasília: Anvisa; 2018 [acesso 2022 fev 13]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota-tecnica-01-2018-higienizacao-das-maos.pdf/view>.
25. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Segurança do paciente em serviços de saúde: Higienização das mãos. Brasília: Anvisa; 2009 [acesso 2022 fev 13]. 105 p. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_servicos_saude_higienizacao_maos.pdf.
26. Custódio CS, Goulart CB, Reis PED, Silveira RCCP, Santos BN, Silva KRM, *et al.* Acessos vasculares em oncologia. In: Santos, M, organizador. *Diretrizes oncológicas 2.* São Paulo: Doctor Press Ed. Científica; 2019. p. 641-82.
27. Conselho Federal de Enfermagem (Brasil). Guia de recomendações para registro de enfermagem no prontuário de paciente e outros documentos de enfermagem. Brasília: Cofen, 2016 [acesso 2022 fev 13]. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/Guia-de-Recomenda%C3%A7%C3%B5es.pdf>.

Distribuição e movimentações geográficas dos egressos de uma escola pública de medicina do Distrito Federal

Distribution and geographical movements of medical graduates from a public institution in the Federal District

Sérgio Eduardo Soares Fernandes¹ 

João Gabriel de Melo Silva² 

Fylipe Dias Coelho² 

Gustavo Dantas Pessoa²

Fernanda Alves Ramires² 

¹Médico. Mestre em Saúde Coletiva. Docente da Escola Superior de Ciências da Saúde – ESCS. Brasília, DF, Brasil.

²Discente do curso de graduação em Medicina; Escola Superior de Ciências da Saúde; Brasília, DF, Brasil.

Autor correspondente:

Sérgio Eduardo Soares Fernandes.
E-mail: sergio.fernandes@escs.edu.br

Recebido em 16/08/2022

Aprovado em 10/01/2023

RESUMO

Objetivos: descrever a distribuição e as movimentações geográficas dos médicos graduados em uma instituição pública do Distrito Federal.

Método: estudo transversal que descreveu o registro dos egressos nas 27 unidades da Federação. Uma busca foi realizada nas bases de dados do Conselho Federal de Medicina e na Plataforma Lattes.

Resultado: registro de egressos em todos os estados brasileiros, menos Sergipe. As regiões Centro-Oeste (85,80%) e Sudeste (13,81%) se destacam com maior número de registros, seguidas pelas demais regiões. O Distrito Federal (DF), Goiás (GO) e São Paulo (SP) concentram a maior parte dos indivíduos, com 75%, 24% e 10% respectivamente.

Conclusão: os egressos se mantêm em constante movimentação, embora se concentrem principalmente no DF e em GO. Esse perfil reflete o atual cenário de privatização da educação médica e seu consequente aporte de profissionais no mercado de trabalho.

Palavras-chave: Universidades; Educação Médica; Demografia.

ABSTRACT

Objectives: to describe the distribution and geographical movements of medical graduates from a public institution in the Federal District.

Method: cross-sectional study that described the registration of graduates in the 27 Federative Units. A search was carried out in the databases of the Federal Council of Medicine and the Lattes Platform.

Result: registration of graduates in all Brazilian states, except Sergipe. The Midwest (85.80%) and Southeast (13.81%) regions stand out with the highest number of registrations, followed by the other regions. The

Federal District (DF), Goiás (GO), and São Paulo (SP) concentrate most individuals, with 75%, 24%, and 10%, respectively.

Conclusion: graduates remain in constant movement, although they are mainly concentrated in the DF and GO. This profile reflects the current scenario of privatization of medical education and its consequent contribution of professionals to the labor market.

Keywords: Universities; Education, Medical; Demography.

INTRODUÇÃO

Entende-se hoje que a distribuição dos médicos brasileiros é concentrada principalmente na Região Sudeste, agrupando cerca de 53,2% dos médicos do país¹. Essa desigualdade se repete dentro das próprias Regiões. Quando se realiza uma análise de médico/mil habitantes segundo as unidades da Federação e grandes regiões, o Distrito Federal possui cerca de 5,11 médicos por mil habitantes, enquanto Goiás se mantém com 2,28. As regiões Norte e Nordeste se encontram abaixo da média nacional de concentração de médicos. Portanto, o cenário atual concentra ilhas com muitos profissionais espaçadas por grandes desertos desassistidos².

Mesmo dentro dos estados, os profissionais tendem a concentrar-se, com uma relação de médicos por mil habitantes em média quase quatro vezes maior nas capitais que nas cidades do interior¹. Esse dado permite questionar o impacto de Instituições de Ensino Superior na assistência local².

Segundo Boelen², a responsabilidade social de uma escola de medicina envolve a convergência do seu ensino e das demandas de saúde de sua comunidade². Tal conceito está de conformidade com as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina de 2001³.

Nessa perspectiva, é fundada em 2001 uma escola de medicina para atender as necessidades do SUS nos diversos níveis de assistência do Distrito Federal (DF) e entorno⁴. Nesse sentido, cabem os seguintes questionamentos: a Instituição de Ensino Superior (IES) em estudo contribui para a saúde pública do DF por meio de seus egressos? Existe alguma tendência de movimentações dos egressos para outras regiões do Brasil? O padrão de distribuição desses egressos por região segue o padrão nacional?

Este estudo tem como objetivo descrever a distribuição e as movimentações geográficas dos médicos formados na IES pública do DF e comparar seus resultados com os dados nacionais.

MÉTODO

Desenho do estudo

Este é um estudo transversal que buscou descrever a distribuição e o registro dos egressos de medicina de uma IES pública do DF nas 27 unidades da Federação. Uma busca ativa foi realizada em bases de dados públicas durante o período de agosto a novembro de 2019. O estudo foi dispensado do parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) por utilizar apenas dados disponíveis em bases de dados de acesso público.

População estudada e coleta de dados

A amostra estudada incluiu todos os egressos do curso de medicina da IES mantida pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), desde sua criação até 2018. A partir da lista de egressos disponibilizada pela Escola em repositório de acesso, contendo nome completo, data de nascimento, ano de entrada e saída do curso e matrícula, consultaram-se as bases de dados públicas do Conselho Federal de Medicina, a fim de coletar informações sobre as Unidades da Federação nas quais os egressos se registraram desde a formação, e suas respectivas especialidades. Os dados foram complementados, quando necessário, com informações coletadas da Plataforma Lattes.

Do total de 13 turmas formadas no período, totalizaram-se 1014 médicos. Dentre estes, apenas uma estudante não foi encontrada mesmo com a complementação da busca em redes sociais e mineradores de dados profissionais com variações de nomes e sobrenomes. Para efeitos de análise, o registro dessa graduanda foi mantido e assumiu-se que, após a conclusão do curso, ela não se registrou para a atividade profissional em qualquer dos Conselhos Regionais de Medicina (CRM) do país.

Análise estatística

Por meio de busca ativa, as especialidades e as áreas de atuação foram descritas, conforme os re-

gistros nos CRM; e as unidades da federação que mantêm ou mantiveram registros foram sumarizadas e organizadas em uma planilha Microsoft Excel 2016 por uma equipe de quatro pesquisadores. As entradas duplicadas foram removidas e os dados inconsistentes foram corrigidos a partir de nova consulta à base de dados do Conselho Federal de Medicina. Essas variáveis foram registradas em um campo para cada especialidade.

As variáveis categóricas tiveram suas frequências relativas com seus respectivos intervalos de confiança de 95% calculados. As associações entre as variáveis coletadas foram testadas com testes de hipótese estatísticos. Utilizou-se Teste T de Student para as variáveis que envolviam médias e o Teste Qui quadrado ou teste exato de Fisher para as que envolviam proporções, conforme o tamanho da amostra.

RESULTADOS

A amostra foi caracterizada por indivíduos que se matricularam no curso de medicina com a idade média de 19,55, e se formaram com 25,47 anos. Houve uma distribuição similar entre os sexos (Tabela 1 – vide APÊNDICE).

Foi observada a passagem dos egressos por quase todos os estados brasileiros. A exceção foi o estado de Sergipe. As regiões Centro-Oeste (85,80%) e Sudeste (13,81%) se destacam com maior número de registros, seguidas pelas demais regiões. Quanto às Unidades Federativas, o Distrito Federal, Goiás e São Paulo concentram a maior parte dos indivíduos, com 75%, 24% e 10% respectivamente (Tabela 2 e Figura 1 – vide APÊNDICE).

O número médio de inscrições ativas nos Conselhos Regionais de Medicina não variou significativamente, porém a quantidade das inativas apresentou uma curva com regressão linear com o R^2 sugerindo alta adesão ao modelo (Figura 2 – vide APÊNDICE).

DISCUSSÃO

Índices e indicadores de saúde são utilizados e definidos a fim de orientar a descrição epidemiológica de um evento, de modo a auxiliar uma elaboração diagnóstica⁵. Para compreender a oferta de saúde a uma população, o principal indicador recomendado é a densidade dos profissionais de saúde, definido como a razão entre o número absoluto de profissionais de uma área e a população

total desta região geográfica⁶. O segundo indicador recomendado é a distribuição desses profissionais, podendo ser geográfica, por ocupação, por especialização, entre outras. A partir desse indicador, é possível avaliar a equidade do serviço ofertado⁶. Por isso, é importante entender a movimentação dos egressos pelo país, de modo reconhecer desigualdades e buscar seus determinantes.

No Brasil, é possível observar uma concentração de médicos na Região Sudeste, com 3,15 médicos por mil habitantes em comparação à Região Norte e Nordeste, com 1,30 e 1,69 respectivamente. A situação se torna mais preocupante quando a razão é analisada conforme os estados da federação: Pará e Maranhão com 1,07 e 1,08 respectivamente, enquanto São Paulo concentra 3,20 médicos por mil habitantes¹.

Os egressos da Escola mostraram uma trajetória por todo o país, entretanto o tamanho desse efeito não foi expressivo, com tendência à fixação na região de origem, isto é, o local de formação acadêmica – Distrito Federal, de modo que a instituição mantém uma forte influência local. Na literatura, esse achado pode ser justificado a partir dos principais determinantes descritos por Scheffer⁷ (2018): (1) Local de nascimento, (2) Local da graduação, (3) Local da residência médica. Pode-se compreender São Paulo como um grande concentrador a partir da maior oferta de residência médicas, ficando em segundo lugar nacional em número de residentes/100 mil habitantes – 39,7 residentes por mil habitantes, quando a média nacional é de 25,59¹. O DF se destaca pela sua densidade de médicos em relação ao tamanho da população, liderando com 56,28 médicos residentes por 100 mil habitantes⁷. Dessa forma, entende-se que o DF possui muitos dos principais fatores fixadores, visto que a maioria dos estudantes é local e sua alta oferta de vagas de residência/100 mil habitantes, tornando-se atrativo para o egresso se fixar na região.

Por meio da observação da curva de inscrições inativas, nota-se que ainda não houve a estabilização esperada nos primeiros anos de formatura. Isto é, os egressos ainda mantêm um deslocamento pelo país, acumulando inscrições inativas. Concomitantemente, nota-se a passagem desses por quase todas as Unidades Federativas. Esse efeito pode ser explicado a partir de um cenário de trabalho mais competitivo, resultado de um crescimento vertiginoso da privatização da educação médica brasileira, com proporcional ampliação da inserção de novos profissionais no mercado^{1,7}.

A principal limitação desse estudo consiste no número reduzido de variáveis que podem ser coletadas das fontes utilizadas quando comparadas a outros artigos com busca ativa de egressos⁸⁻¹⁰. Nestes, a coleta foi realizada por meio de questionários, permitindo a coleta de informações diretas e variáveis como renda mensal, satisfação em relação ao curso. Contudo, esses artigos apresentam desafios metodológicos quanto à taxa de resposta, que se manteve na média de 40%. Isso pode introduzir sérios vieses de seleção, a partir de uma baixa aderência, e prejuízo à capacidade de generalização do estudo¹¹. Como esse estudo é baseado em fontes públicas, todos os 1014 egressos foram analisados. Os autores declaram que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho.

CONCLUSÃO

Os egressos estudados apresentaram dispersão consistente pelo país, embora se concentrem principalmente no DF e em GO. Esse perfil pode estar associado ao atual cenário de privatização da educação médica e seu consequente aporte de novos profissionais no mercado de trabalho. Dessa maneira, pode-se esperar um fluxo de médicos mais intenso pelo país, com a possibilidade de modificar os principais fatores fixadores atuais (local de nascimento, local da graduação, local da residência médica)⁷. São necessários mais estudos a fim de acompanhar esse momento de transição, e estudar como preparar os futuros médicos para esse ambiente mais competitivo.

REFERÊNCIAS

1. Scheffer M, Cassenote A, Guerra A, Guilloux AG, Brandão AP, Miotto BA, *et al.* Demografia Médica no Brasil 2020. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, 2020. 312 p. ISBN: 978-65-00-12370-8.
2. Boelen C. Improving medical education through the paradigm of social accountability. *Inter J Health Educ.* 2019;3(1):5-7. DOI: 10.17267/2594-7907ijhe.v3i1.2299.
3. Brasil. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 4, de 07 de novembro de 2001.
4. Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, Escola Superior de Ciências da Saúde. Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina da ESCS. Brasília: Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde; 2012.
5. Pereira MG. Epidemiologia – Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Grupo GEN; 1995.
6. World Health Organization (WHO). (2010). Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Available from: bit.ly/2px7FHN.
7. Scheffer M, Cassenote A, Guilloux AG, Biancarelli A, Miotto BA, Mainardi GM. Demografia Médica no Brasil 2018. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, 2018. 312 p. ISBN: 978-65-00-12370-8.
8. Sakai MH, Cordoni-Junior L. Os egressos da Medicina da Universidade Estadual de Londrina: sua formação e prática médica. *Rev Espaço para a Saúde.* 2004;6(1):34-47.
9. Maués CR, Barreto BA, Portella MB, Matos HJ de, Santos JC dos, Maués CR, *et al.* Formação e Atuação Profissional de Médicos Egressos de uma Instituição Privada do Pará: Perfil e Conformidade com as Diretrizes Curriculares Nacionais. *Rev Bras Educ Med [Internet].* 2018 Sep [citado em 2020 Ago 21];42(3):129-45. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022018000300129&tlng=pt.
10. Torres AR, Ruiz T, Müller SS, Lima MC. Inserção, renda e satisfação profissional de médicos formados pela Unesp. *Rev Bras Educ Med [Internet].* 2012 Mar [citado em 2020 Set 24];36(1):32-40. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000100005&tlng=pt.
11. Catalogue of Bias Collaboration, Nunan D, Bankhead C, Aronson JK. Selection bias. *Catalogue Of Bias [Internet].* 2017 [citado em 2023 Fev 27]. Available from: <http://www.catalogofbias.org/biases/selection-bias/>.

APÊNDICE

TABELAS E FIGURAS

Tabela 1

Distribuição de frequências para as variáveis: sexo, duração do curso, média de inscrições e especialidades registradas por turma de egressos.

Ano	Total	Sexo		Duração do curso			Média de inscrições no Conselho			Especialidades registradas					
		Feminino	Masculino	Média (anos)	p-value (2006) ¹	p-value (Todos) ²	6 anos	7 anos	8 anos	mais de 6 anos	Ativas	Inativas	Total	Especialidades	Áreas de atuação
2006	73	37 (50,68%±11,47%)	36 (49,32%±11,47%)	6,000	-	0,000	73 (100,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1,21	0,93	2,14	0,92	0,05
2007	72	45 (62,50%±11,18%)	27 (37,50%±11,18%)	6,000	1,000	0,000	72 (100,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1,17	0,79	1,96	1,18	0,14
2008	79	30 (37,97%±10,70%)	49 (62,03%±10,70%)	6,089	0,034	0,350	74 (93,67%)	3 (3,80%)	2 (2,53%)	5 (6,33%)	1,18	0,72	1,90	0,94	0,09
2009	78	32 (41,03%±10,92%)	46 (58,97%±10,92%)	6,038	0,083	0,643	75 (96,15%)	3 (3,85%)	0 (0,00%)	3 (3,85%)	1,14	0,72	1,86	1,10	0,15
2010	87	46 (52,87%±10,49%)	41 (47,13%±10,49%)	6,023	0,158	0,148	85 (97,70%)	2 (2,30%)	0 (0,00%)	2 (2,30%)	1,26	0,61	1,87	1,03	0,16
2011	77	42 (54,55%±11,12%)	35 (45,45%±11,12%)	6,065	0,058	0,654	73 (94,81%)	3 (3,90%)	1 (1,30%)	4 (5,19%)	1,26	0,70	1,96	0,84	0,08
2012	79	39 (49,37%±11,02%)	40 (50,63%±11,02%)	6,000	1,000	0,000	79 (100,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1,23	0,52	1,75	0,72	0,06
2013	80	35 (43,75%±10,87%)	45 (56,25%±10,87%)	6,025	0,320	0,357	79 (98,75%)	0 (0,00%)	1 (1,25%)	1 (1,25%)	1,11	0,44	1,55	0,55	0,05
2014	70	41 (58,57%±11,54%)	29 (41,43%±11,54%)	6,157	0,002	0,031	60 (85,71%)	9 (12,86%)	1 (1,43%)	10 (14,29%)	1,17	0,50	1,67	0,56	0,01
2015	82	52 (63,41%±10,43%)	30 (36,59%±10,43%)	6,000	1,000	0,000	82 (100,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1,23	0,30	1,54	0,26	0,00

Ano	Total	Sexo		Média (anos)	p-value (2006) ¹	p-value (Todos) ²	Duração do curso				Média de inscrições no Conselho			Especialidades registradas	
		Feminino	Masculino				6 anos	7 anos	8 anos	mais de 6 anos	Ativas	Inativas	Total	Especialidades	Áreas de atuação
2016	84	45 (53,57%±10,67%)	39 (46,43%±10,67%)	6,048	0,159	0,961	82 (97,62%)	0 (0,00%)	2 (2,38%)	2 (2,38%)	1,24	0,33	1,57	0,06	0,00
2017	75	36 (48,00%±11,31%)	39 (52,00%±11,31%)	6,200	0,001	0,011	63 (84,00%)	9 (12,00%)	3 (4,00%)	12 (16,00%)	1,24	0,32	1,56	0,00	0,00
2018	78	39 (50,00%±11,10%)	39 (50,00%±11,10%)	6,013	0,320	0,017	77 (98,72%)	1 (1,28%)	0 (0,00%)	1 (1,28%)	1,10	0,17	1,27	0,00	0,00
TOTAL	1014	519 (51,18%±3,08%)	495 (48,82%±3,08%)	6,049	-	-	974 (96,06%)	30 (2,96%)	10 (0,99%)	40 (3,94%)	1,20	0,54	1,73	0,62	0,06

¹Teste T de Student bicaudal para médias comparado com o ano de 2006; ²Teste T de Student bicaudal para médias comparado com todos os anos; Intervalos de confiança (IC) Calculados com grau de 95%.

Tabela 2

Número de inscrições atuais e cumulativas nos CRM dos egressos estratificada por ano de graduação e região geográfica.

Ano	Inscrições atuais					Inscrições cumulativas*				
	Centro Oeste	Sudeste	Nordeste	Sul	Norte	Centro Oeste	Sudeste	Nordeste	Sul	Norte
2006	62 (84,93%)	10 (0,00%)	5 (0,00%)	2 (0,00%)	1 (0,00%)	73 (100,00%)	31 (0,00%)	8 (0,00%)	5 (0,00%)	3 (0,00%)
2007	65 (90,28%)	8 (0,00%)	4 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	72 (100,00%)	25 (0,00%)	6 (0,00%)	0 (0,00%)	2 (0,00%)
2008	72 (91,14%)	8 (0,00%)	4 (0,00%)	1 (0,00%)	1 (0,00%)	76 (96,20%)	24 (0,00%)	4 (0,00%)	2 (0,00%)	4 (0,00%)
2009	64 (82,05%)	12 (0,00%)	2 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (0,00%)	77 (98,72%)	21 (0,00%)	3 (0,00%)	3 (0,00%)	1 (0,00%)
2010	78 (89,66%)	10 (0,00%)	4 (0,00%)	1 (0,00%)	1 (0,00%)	86 (98,85%)	25 (0,00%)	8 (0,00%)	3 (0,00%)	1 (0,00%)
2011	66 (85,71%)	11 (0,00%)	3 (0,00%)	3 (0,00%)	0 (0,00%)	76 (98,70%)	23 (0,00%)	7 (0,00%)	5 (0,00%)	5 (0,00%)
2012	69 (87,34%)	13 (0,00%)	1 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	76 (96,20%)	21 (0,00%)	4 (0,00%)	0 (0,00%)	6 (0,00%)
2013	70 (87,50%)	8 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (0,00%)	1 (0,00%)	79 (98,75%)	18 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (0,00%)	2 (0,00%)
2014	56 (80,00%)	13 (0,00%)	1 (0,00%)	2 (0,00%)	2 (0,00%)	68 (97,14%)	15 (0,00%)	1 (0,00%)	2 (0,00%)	2 (0,00%)
2015	69 (84,15%)	16 (0,00%)	1 (0,00%)	2 (0,00%)	0 (0,00%)	80 (97,56%)	18 (0,00%)	3 (0,00%)	2 (0,00%)	0 (0,00%)
2016	66 (78,57%)	16 (0,00%)	1 (0,00%)	3 (0,00%)	0 (0,00%)	83 (98,81%)	16 (0,00%)	2 (0,00%)	4 (0,00%)	0 (0,00%)
2017	63 (84,00%)	12 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	75 (100,00%)	13 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (0,00%)	0 (0,00%)
2018	70 (89,74%)	3 (0,00%)	0 (0,00%)	6 (0,00%)	0 (0,00%)	78 (100,00%)	4 (0,00%)	0 (0,00%)	6 (0,00%)	0 (0,00%)
TOTAL	870 (85,80%)	140 (13,81%)	26 (2,56%)	21 (2,07%)	7 (0,69%)	999 (98,52%)	254 (25,05%)	46 (4,54%)	34 (3,35%)	26 (2,56%)

* As inscrições cumulativas representam as inscrições atuais nos conselhos regionais de medicina acrescidas das inscrições inativas.

Figura 1

Distribuição geográfica das inscrições atuais e cumulativas nos CRM dos egressos.

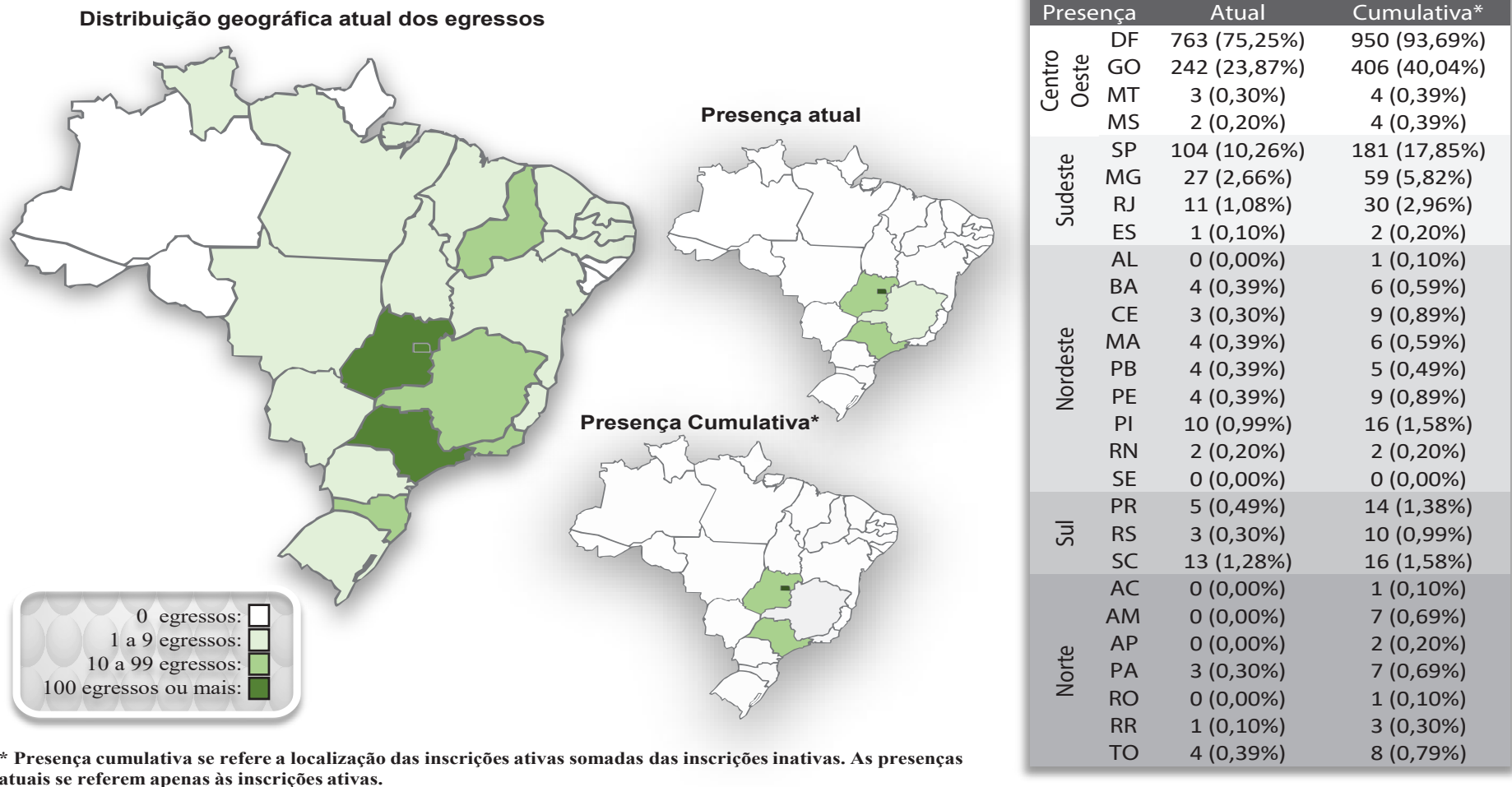
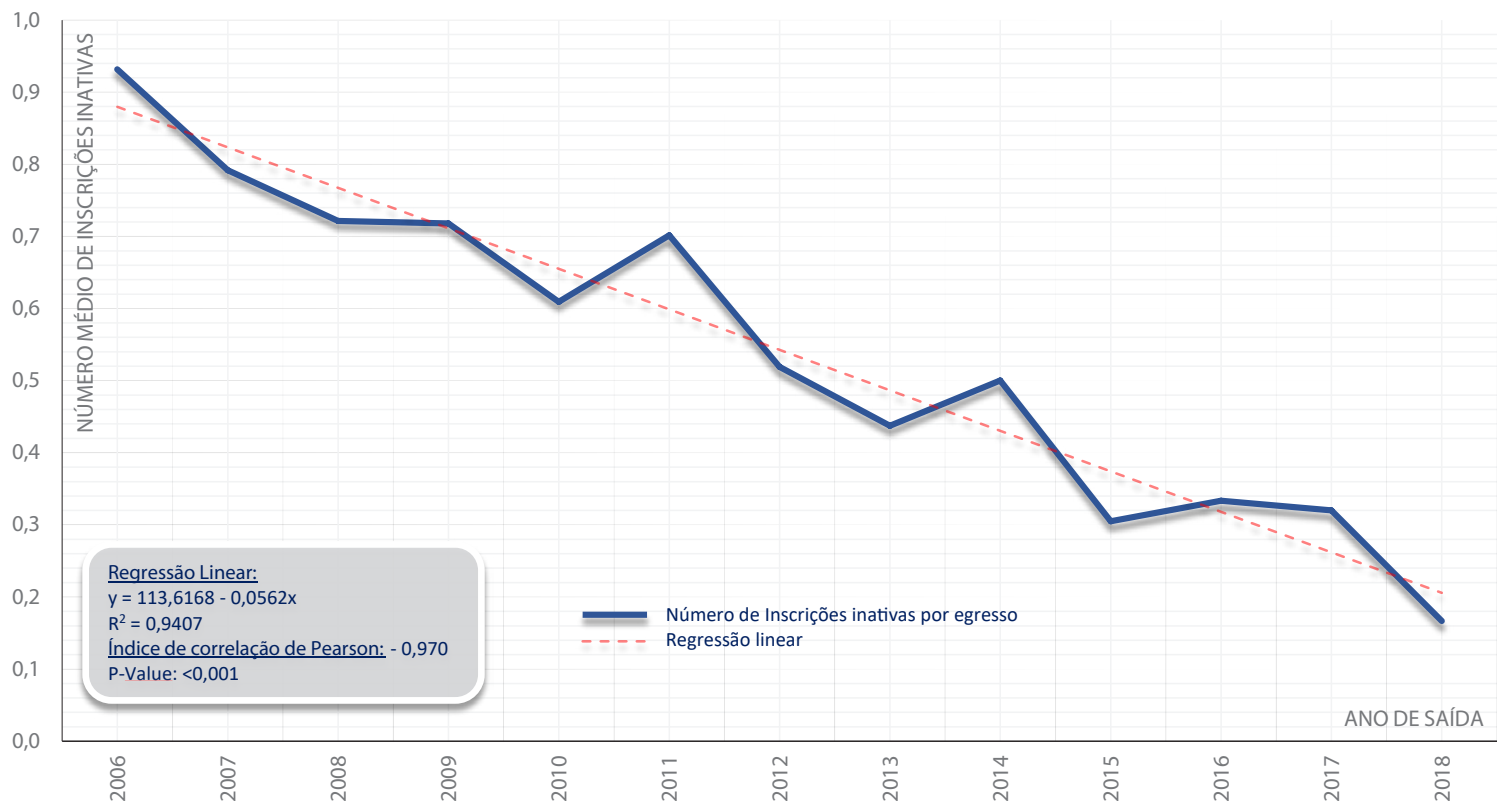


Figura 2

Comportamento das inscrições inativas por egresso nos Conselhos Regionais de Medicina por turma de egressos em 2019.



Conflitos bioéticos vivenciados por enfermeiras neonatologistas e obstetras no contexto da prática cotidiana: revisão integrativa

Bioethical conflicts experienced by neonatologists and obstetricians in the context of daily practice: integrative review

Jéssica de Souza Paes Landim¹ 

Alessandra Lima Fontenele² 

Dirce Bellezi Guilhem³ 

¹Acadêmica de Enfermagem. Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde Universidade de Brasília (UnB). Brasília, DF, Brasil.

²Enfermeira. Doutoranda em Ciências da Saúde (Bioética) pelo Programa de Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (PPGCS). Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB). Brasília, DF, Brasil.

³Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde (Bioética). Pós-Doutora em Bioética e Pesquisa com Seres Humanos. Professora Titular do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade de Brasília (UnB). Brasília, DF, Brasil.

Autor correspondente:

Jéssica de Souza Paes Landim.

E-mail: jessica.d.s.p.114@gmail.com

Recebido em 01/08/2022

Aprovado em 23/03/2023

RESUMO

Objetivo: verificar por meio da literatura nacional e internacional, quais são os principais conflitos bioéticos vivenciados pelas(os) enfermeiras(os) neonatologistas e obstetras e sua influência no processo de cuidado dos pacientes.

Método: trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada no período de agosto de 2020 a agosto de 2021, utilizando-se de artigos oriundos das bases de dados BVS, CINAHL, LILACS, MEDLINE/PubMed e a Web of Science.

Resultados: identificou-se 7.497 publicações, após a seleção e elegibilidade foram incluídos 12 artigos na amostra final. Após a análise e a categorização evidenciou-se a dificuldade na aplicação dos princípios para beneficiar a assistência dos pacientes e na mediação e resolução dos conflitos por parte das equipes multiprofissionais e dos familiares, ocasionando sobrecarga laboral e influenciando na saúde mental e física.

Conclusão: o papel de conscientização da relevância dos princípios bioéticos favorece os pacientes, consolidando no julgamento moral no processo de tomada de decisão.

Palavras-chave: Bioética; Ética Baseada em Princípios; Assistência Perinatal; Enfermagem Obstétrica; Enfermagem Neonatal.

ABSTRACT

Objective: to verify through national and international literature, which are the main bioethical conflicts experienced by neonatology and obstetric nurses and their influence on the patient care process.

Method: this is an integrative literature review, carried out from August 2020 to August 2021, using articles from the BVS, CINAHL, LILACS, MEDLINE/PubMed, and Web of Science databases.

Results: 7,497 publications were identified, after selection and eligibility, 12 articles were included in the final sample. After the analysis and categorization, the difficulty in applying the principles to benefit patient care and in the mediation and resolution of conflicts by multidisciplinary teams and family members was evidenced, causing work overload, and influencing mental and physical health.

Conclusion: the role of raising awareness of the relevance of bioethical principles favors patients, consolidating moral judgment in the decision-making process.

Keywords: Bioethics; Principle-Based Ethics; Perinatal Care; Obstetric Nursing; Neonatal Nursing.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o combate à morte neonatal no mundo não tem solução única. Mesmo com intervenções intensivas qualificadas e baseadas em evidências utilizadas na atualidade, as complicações durante a gestação ou a presença de partos prematuros continuam a ocorrer. Os avanços tecnológicos proporcionam à equipe neonatal e obstétrica a possibilidade de tomada de decisão relacionada à sobrevivência prematura de maneira mais concreta. Nos últimos anos, os profissionais da saúde, incluindo-se enfermeiras(os) neonatologistas e obstetras, tem vivenciado conflitos morais na assistência em relação à sobrevivência neonatal, quando sentem pressionados ao tomarem decisões que acreditam serem eticamente errada¹⁻³.

As(os) enfermeiras(os) e profissionais de saúde que trabalham no campo obstétrico e neonatal devem utilizar os princípios bioéticos durante o cuidado com a prematuridade extrema. A exemplo, podemos mencionar algumas situações em que a utilização dos princípios é de extrema valia, como: 1) Autonomia no processo de tomada de decisão: emergem conflitos entre a equipe e os pais que são os tutores legais e devem decidir qual o melhor tratamento para seus filhos. Nesse caso, cabe ao comitê de bioética hospitalar indicar a melhor situação em casos de impasse para as situações que se apresentam; 2) Beneficência e Não maleficência: a equipe neonatal e a família chegam a um consenso sobre o melhor tratamento, atuando no melhor interesse do neonato. Isso inclui o processo de reanimação do recém-nascido na sala

de parto para evitar consequências gravíssimas ao prematuro; e 3) Justiça: distribuição justa de benefícios, acesso a leitos de UTI neonatal, oferecimento de cuidados humanizados para o recém-nascido e sua família²⁻⁴.

A presença de enfermeiras(os) neonatologistas e obstetras é de suma importância na equipe neonatal e obstétrica. Além de serem bons líderes de equipe, sua formação multifacetada contribui para estabelecer comunicação efetiva entre os membros da equipe e familiares, concorrendo para minimizar conflitos no processo de atenção ao prematuro, visto que podem auxiliar no processo de tomada de decisões e na aplicabilidade dos princípios bioéticos. Grande parte dessas habilidades atitudinais são desenvolvidas no processo de formação em residências ou especializações, proporcionando recursos para poderem lidar com situações litigiosas no processo de cuidar da prematuridade extrema⁵⁻⁶.

Verifica-se, portanto, a relevância de abordar as opiniões, os conhecimentos e as práticas das(os) enfermeiras(os) neonatologistas e obstetras que emergem no início da vida, no que se refere aos conflitos bioéticos, em sua tomada de decisão difícil diante de problemas morais a fim de oferecer benefícios aos pacientes conforme os seus valores morais, e também perante aos conflitos éticos relacionado a dilemas que necessitam de decisões morais complexas. Paralelamente aos conflitos já existentes, emergem sentimento de impotência e desacordos entre suas próprias crenças pessoais e a viabilidade dos prematuros acarretando, assim, sofrimento moral no enfrentamento das situações conflitivas⁷⁻⁸.

Existem, ainda, poucas pesquisas sobre essa temática e, justamente por isso, torna-se necessário ampliar o processo de análise dessas situações, a fim de conhecer as vivências desses enfermeiros nos campos de prática. Logo, esta pesquisa demonstra bastante relevância, pois permitirá compreender os conflitos bioéticos e morais vivenciados pelos enfermeiros(as) neonatologistas, sua influência no cuidado ofertado a esses pacientes e, também, motivará debates e discussões sobre essa temática. Considerando essas questões, o objetivo desta pesquisa foi verificar por meio da literatura nacional e internacional, os principais conflitos bioéticos vivenciados pelos enfermeiros(as) neonatologias e obstetras e sua influência no processo de cuidado dos pacientes. Para alcançar o objetivo proposto, foi formulada a seguinte questão norteadora: “quais são os conflitos bioéticos enfrentados por enfermeiros(as) neonatologistas e obstetras durante a assistência ofertada na prática cotidiana?”.

MÉTODOS

Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura (RI)⁹⁻¹¹. Este método tem por finalidade sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre um determinado tema ou questão, de forma sistemática, ordenada e abrangente. Foi utilizado o protocolo Prisma¹² para sistematizar a coleta de dados e selecionar as publicações que fariam parte do estudo. Esse desenho de estudo contribui para o aprofundar o conhecimento do assunto investigado. E, se bem conduzida, a RI possibilita identificar as lacunas do conhecimento em relação ao fenômeno do estudo, identifica a necessidade de futuras pesquisas, revela questões centrais da área em análise e aponta marcos conceituais e teóricos⁹⁻¹¹.

Nesta pesquisa o percurso metodológico seguiu as seguintes etapas⁹⁻¹², descritas a seguir:

Etapas 1 – Identificação do tema e formulação da pergunta norteadora

A identificação da temática e a formulação da questão norteadora desta pesquisa, foi formulada em acordo com a estratégia PICO (População, Intervenção, Comparação, Resultados): “quais são os principais conflitos bioéticos vivenciados pelos enfermeiros(as) neonatologistas e obstetras e sua influência no processo de cuidado dos pacientes?”.

Etapas 2 – Buscas das evidências científicas

Os dados foram coletados no período compreendido entre agosto de 2020 a agosto de 2021, nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature (CINAHL), Literatura Latino-americana e do Caribe de Ciências da Saúde (LILACS), a Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE/ PubMed) e a Web of Science. Para a construção e formulação da estratégia de busca utilizaram-se os descritores registrados nos sistemas MeSH (Medical Subject Headings) e DeCS (Descritores em Ciências da Saúde). Os descritores utilizados foram utilizados, sendo: em português: “Bioética”, “Ética”, “Atitude do Pessoal de Saúde”, “Princípios Morais”, “Conflito de interesses”, “Consciência”, “Tomada de Decisão”, “Assistência perinatal”, “Recém-Nascido”, “Prematuro”, “Enfermagem Neonatal”, “Neonatal Nursing”; em inglês: “Bioethics”, “Ethics”, “Attitude of Health Personnel”, “Morals”, “Conflict of interest”, “Conscience”, “Decision

making”, “Perinatal care”, “Infant”, “Premature”, e em espanhol: “Bioética”, “Ética”, “Actitud del Personal de Salud”, “Principios Morales”, “Conflicto de intereses”, “Conciencia”, “Toma de Decisiones”, “Atención perinatal”, “Recien Nacido”, “Prematuro”, “Enfermería Neonatal”, e de modo combinado com os operadores booleanos AND e OR – sendo AND uma combinação restritiva e OR uma combinação aditiva –, de forma que pudessem ser recuperados artigos nas línguas inglesa, portuguesa e espanhola. Nesta etapa também foi utilizado o *software* Rayyan¹³ elaborado por Qatar Computing Research Institute (QCRI) que auxiliou na captura, seleção, ordenamento e organização dos artigos.

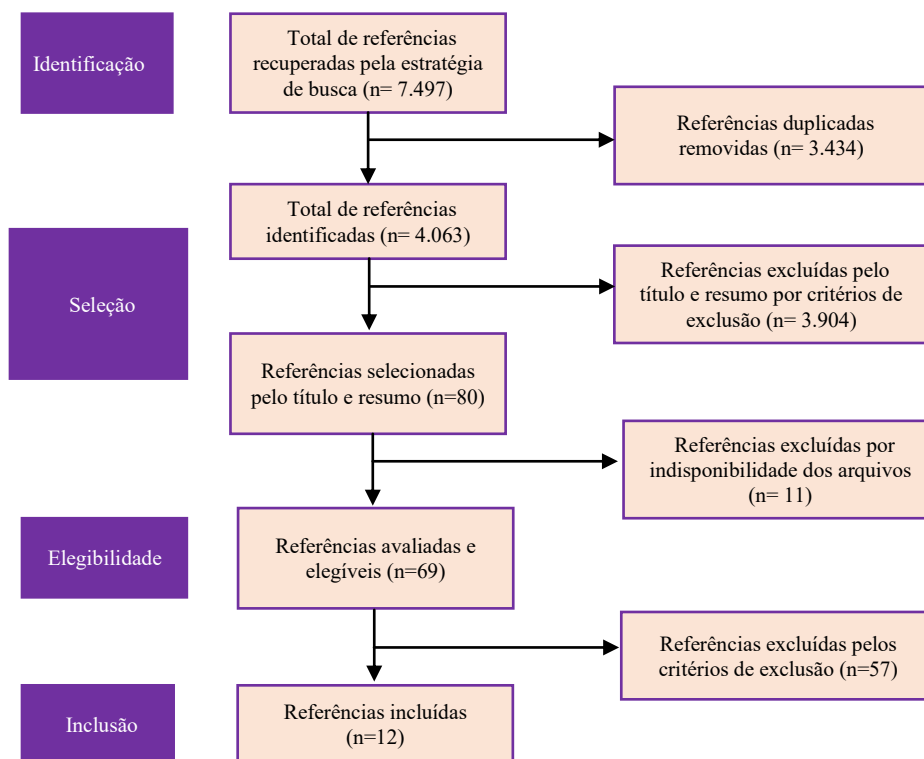
O processo de seleção dos artigos ocorreu por meio dos seguintes critérios de inclusão: artigos publicados em inglês, português e espanhol, indexados nas bases de dados selecionadas, que apresentavam qualquer categoria de delineamento e estudos publicados no período 2015 e 2020 devido à realização da Iniciação Científica (ProIC/DPG/UnB) do respectivo edital 2020/2021. Foram excluídos artigos que não respondiam à questão norteadora, estudos com indisponibilidade de resumo, os que não abordaram questões relacionadas a temática da pesquisa e/ou que não foram disponibilizados na íntegra após solicitação pelo sistema de empréstimo entre bibliotecas. Foram excluídos também artigos de revisão, resumos de congressos, artigos duplicados e estudos não elegíveis. E a fim de captar pesquisas publicadas em revistas não indexadas foi efetuada uma busca no Google Acadêmico, utilizando-se os mesmos procedimentos.

Etapas 3 – Seleção, categorização e interpretação das evidências encontradas

Após a realização das buscas das publicações e a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, realizou-se a leitura na íntegra dos 69 estudos e a análise do seu conteúdo e, dentre estes, 57 publicações não tratavam sobre o tema pesquisado e foram excluídos. Após o processo de seleção, 12 artigos científicos foram incluídos na amostra final da revisão (Figura 1). Os mesmos foram organizados em uma planilha contendo as seguintes variáveis: ano de publicação, periódico, autores, título do artigo, país e o tipo conflito ético. E, por fim, os artigos foram agrupados em 3 categorias temáticas do tipo conflito ético que surgiram após a releitura do conteúdo e a articulação entre a teoria do principialismo bioético proposto por Beauchamp e Childress¹⁴ e por pesquisas atuais sobre o tema.

Figura 1

Fluxograma utilizado para captura e seleção dos artigos que compuseram o *corpus* de análise do estudo. Brasília, 2021.



RESULTADOS

Inicialmente a busca nas bases de dados resultou em um montante de 7.497 publicações e, após a aplicação dos critérios de inclusão e a leitura na íntegra, foram selecionados para compor a amostra 12 artigos científicos. Tais artigos foram agrupados em categorias de tipos de conflitos éticos do que emergiram após apreciação de seu conteúdo, sendo que alguns foram incluídos em mais de uma categoria de tipo conflito ético, conforme observado a seguir: 1) Dilemas éticos no fim de vida de neonatos, prematuros e gestantes (2 artigos); 2) Conflitos éticos laborais (12 artigos); e 3) Dilemas éticos no processo de tomada de decisão na assistência (3 artigos). Os artigos analisados foram provenientes de diferentes periódicos e o maior número de publicações ocorreu no ano de 2019 (5 artigos). Houve predominância de pesquisas qualitativas (05 artigos) e o país com o maior número de publicações foi dos Estados Unidos (05 artigos).

A síntese das publicações analisadas pode ser observada nos Quadros 1 e 2 (vide APÊNDICE).

DISCUSSÃO

A discussão dos resultados será efetuada por meio das categorias temáticas que emergiram a partir da análise das publicações e, também, através de referências da literatura nacional e internacional sobre a temática.

Conflitos éticos laborais

Os estudos selecionados apontaram que enfermeiras(os) obstetras experimentam conflitos éticos profissionais relacionados às mortes perinatais e vivenciam conflitos com colegas enfermeiras(os) obstetras ao lidarem diferentemente com familiares enlutados. Indicaram que os colegas tratam com frieza tais familiares, o que consideram ser uma conduta incorreta¹⁵. Outro aspecto observado diz respeito aos conflitos que emergem no relacionamento com colegas enfermeiras(os) obstetras intervencionistas que lançam mão de intervenções desnecessárias durante o parto e atuam negligentemente ao abandonarem puérperas e recém-nascidos na sala de parto, ocasionando grande sentimento de frustração por parte da equipe¹⁸. As(os) profissionais dos artigos analisados alegam, ainda, possuir conflito ético profissional para lidar com

erros do sistema institucional que as culpabiliza pelo ocorrido. Paralelamente a isso, sentem-se culpadas(os) por mortes e erros que ocorrem na sala de parto, uma vez que a hierarquia da instituição inferioriza. Assinalam que a ausência de diretrizes e protocolos técnicos dificulta o processo de lidar com a reanimação neonatal, sendo que a falta de familiaridade sobre como os procedimentos devem ser conduzidos torna-se impeditiva para iniciar a ventilação ou causam hesitação para tomar decisões em situações críticas¹⁷.

Outra vivência de conflito ético na profissão mencionada relaciona-se à assistência prestada que pode ser deficitária devido à sobrecarga laboral ocasionada pela falta de profissionais e de médicas(os), o aumento do número de parturientes impossibilitando a identificação de problemas precocemente, a ausência de medicamentos necessários para o atendimento, a escassez de ambulâncias para encaminhar parturientes graves diagnosticadas com pré-eclâmpsia das unidades de atenção primária à saúde para um hospital de referência, e transferência de parturiente para uma clínica particular logo após o parto em função da morte do neonato pela falta de medicamentos²⁴.

Uma das pesquisas assinala que enfermeiras(os) obstetras que vivenciaram experiências traumáticas anteriores decorrente de conflito ético laboral podem ter sentimentos de angústia despertados em função dos seguintes aspectos: 1) falha na realização da intubação de neonatos graves na sala de parto; 2) críticas por parte dos pediatras; 3) histeria dos pais de bebês prematuros quando visualizam seu corpo flácido e acianótico; e 4) grande medo de receberem citações e/ou processos judiciais ocasionados pelos desfechos dos partos. Muitas(os) enfermeiras(os) obstetras desejam mudar de campo de atuação, parar de prestar assistência aos partos, uma vez que mesmo que não sejam diretamente responsáveis pelo desfecho do nascimento, sentem-se culpadas(os) por erros e/ou cuidados deficitários prestados aos neonatos. Evitam participar em partos com distocia de ombro – por exemplo –, pois já colocaram os neonatos em situação de risco em outros situações semelhantes²⁵.

Um dos estudos apontou que as enfermeiras(os) obstetras afirmam que vivenciam conflitos éticos em que a comunicação e a competência profissional dos colegas são ineficazes na maioria das vezes, gerando erros no processo de trabalho da equipe na prestação e continuidade dos cuidados

ofertados aos prematuros. Esses e outros fatores, como o sofrimento moral resultante do enfrentamento às falhas do sistema organizacional, à realização de exames e de tratamentos desnecessários nos prematuros, continuidade de tratamentos inadequados – desejados pelos pais ou realizados pelos médicos – em contraposição ao melhor interesse da criança, estão na gênese da Síndrome de Burnout que acomete enfermeiras(os) obstetras²⁶.

Alguns artigos selecionados para este estudo evidenciaram que as(os) enfermeiras(os) neonatologistas vivenciam conflitos bioéticos ao se auto-questionarem sobre a manutenção dos cuidados e a qualidade de vida do prematuro extremo em situação irreversível, especialmente quando há grandes chances de ocorrer um desfecho negativo no caso¹⁶. Em decorrência disso, reconhece haver falhas na assistência aos neonatos, e se questionam sobre a extensão da permanência dos familiares com os neonatos porque temem a responsabilidade de lidar com prováveis intercorrências¹⁹. Mencionam a presença de obstáculos éticos na profissão provenientes da administração organizacional ineficaz e desinteressada, equipe despreparada e falta de adesão às políticas e protocolos para cuidados direcionados aos recém-nascidos. Indicam, ainda, o barulho das UTIN ocasionado por equipamentos e pessoas (equipe de cuidados e familiares), o que pode prejudicar os neonatos, além disso, afirmam que a superlotação de pacientes na UTIN gera recursos insuficientes que são substituídos por outros materiais, com o propósito de ficar menos caótico a situação²⁰. Emergem, também, conflitos com a equipe médica no que se relaciona aos cuidados no fim de vida direcionado para os prematuros e o não cumprimento de promessas de participação conjunta em decisões no tratamento de manutenção de vida dos neonatos^{21,22}.

Por outro lado, o relacionamento da equipe com a família pode ser dificultado devido a comunicação ineficiente do diagnóstico e do tratamento estabelecido²². Os profissionais declaram sentirem-se frustradas em decorrência da sobrecarga laboral, referindo diminuição do clima ético positivo relacionado ao aumento do estresse no trabalho²³. Sentem-se culpadas(os) pelos cuidados que ocasionam dor aos neonatos graves, quando participam de ressuscitação malsucedida ou por uma tentativa de intubação que não deu certo. Nesse contexto, surge o questionamento se poderiam ter feito mais para diminuir o sofrimento destes pacientes²⁵.

Identificou-se a aplicação da conduta de ética profissional por parte de enfermeiras(os) obstetras ao evitarem realizar técnicas complexas em pacientes pela ausência de conhecimento. Defendem a diminuição de práticas intervencionistas e medicalização dos procedimentos na sala de parto para evitar de colocar as mulheres e neonatos em condição de risco e/ou danos irreversíveis. No entanto, estas(es) profissionais também violam os deveres da ética profissional quando abandonam neonatos e puérperas que apresentam distocia de ombro na sala de parto, por exemplo. Outros aspectos que podem ser mencionados, e que poderiam ser classificados como violações na ética profissional são: continuidade de manutenção de vida de recém-nascidos inviáveis e não terem atuado no melhor benefício dos pacientes, realização de exames e tratamentos desnecessários em prematuros e se eximir quando presenciam execução de procedimentos errados da equipe aos neonatos¹⁴.

As(os) enfermeiras(os) neonatologistas também infringem os princípios bioéticos quando falham nos cuidados prestados, ocasionam danos aos prematuros¹⁴. Uma pesquisa aponta que enfermeiras(os) obstetras e neonatologistas devem fazer o bem aos pacientes realizando seus desejos, o que se torna bastante complexo em situações em que uma das partes não pode decidir. Justamente por isso, a equipe deve trabalhar no sentido de fortalecer seu julgamento moral para subsidiar o processo de tomada de decisão que creem como correta²⁹. Cumprindo a ética profissional se atentando sempre em não ocasionar danos aos neonatos durante a realização dos cuidados prestados. Mesmo frente a contextos caóticos, onde há a substituição de materiais devido à ausência de recursos suficientes¹⁴. Estes devem buscar, ainda, contribuir para melhorar a qualidade de vida desses pacientes, mesmo que tenham chances mínimas ou se encontrem em situação irreversível de vida. Por exemplo, ao favorecerem a aproximação dos neonatos com seus familiares permitem o benefício do vínculo e esta poderia ser considerada uma vontade dos bebês ainda que não tenham capacidade e verbalizar²⁹.

Pesquisas afirmam que a presença de enfermeiras(os) gestores capacitadas(os) ou com especialização em gestão são importantes no processo de intermediação de conflitos na assistência pois fornecem, por meio de estratégias de comunicação eficaz, uma gestão de pessoal e de recursos

mais adequado, o treinamento contínuo da equipe e a promoção da saúde laboral. Esses procedimentos atenuam o sofrimento moral e o *burnout* das(os) profissionais, ajuda na solução de problemas, prevenindo erros na assistência, beneficiando e reduzindo os danos aos pacientes^{27,30}. Outro estudo aponta que enfermeiras(os) que utilizam estratégias de enfrentamento como o *coping* – que se refere a esforços cognitivos e comportamentais empregados pelos indivíduos para lidar com situações de ameaças, desafios ou situações estressantes –, adotam comportamentos de evitação, diminuindo danos psicológicos e físicos do trabalho, estimulando a auto reavaliação das situações vivenciadas para saber como agir perante circunstâncias semelhantes²⁸.

Conflitos éticos no fim de vida de neonatos, prematuros e gestantes em trabalho de parto

A análise das publicações elegidas apontou também que enfermeiras(os) obstetras vivenciam conflitos bioéticos ao prestarem cuidados relacionados à morte perinatal, uma vez que apresentam dificuldade de se encontrar com familiares que perderam recém-nascido porque temiam dizer algo errado ou poder magoar os pais enlutados^{15,25}. Os traumas decorrentes de experiências anteriores podem levar ao medo de errarem na assistência perinatal e a possibilidade de morte materna. Estas se questionam se haveria outras decisões que poderiam ter salvado a vida das gestantes em trabalho de parto, além de desenvolverem o sentimento de culpa por abandonarem as parturientes que dariam luz a bebês natimortos, delegando os cuidados a outros colegas e afastando-se da situação, pois recordam de desfechos de traumas semelhantes²⁵.

Para as(os) enfermeiras(os) obstetras, presenciar a morte perinatal pode remeter a experiências antigas. Embora empreguem os princípios de não-maleficência e beneficência, temem errar ou ter errado na prestação dos cuidados ofertados¹⁴. O processo de autorreflexão antes da tomada de decisão sobre a melhor conduta a ser adotada na situação apresentada evita danos e riscos presumíveis, propiciando benefícios para os pacientes sob seus cuidados³¹. A elaboração de estratégias de enfrentamento como o *coping* possibilita que as(os) enfermeiras(os) mantenham o equilíbrio psicológico perante situações estressantes. Nesses casos, é possível aplicá-lo de duas maneiras: a primeira seria utilização do *coping* centrado no problema, sendo possível solucionar a situação apresentada por meio da escolha ou tomada de decisão da alternativa que julgar a mais ade-

quada; segunda seria o uso do *coping* centrado na emoção, que implica no afastamento emocional do acontecimento onde os danos, desafios e ameaças são irreversíveis²⁸.

Conflitos éticos no processo de tomada de decisão na assistência

Outro ponto observado nos artigos analisados refere-se aos conflitos bioéticos vivenciados por enfermeiras(os) neonatologistas relacionado à realização da ressuscitação em prematuros extremos. Estas(es) profissionais admitem que possuem capacitação para executar o procedimento, mas deparam-se com o dilema: salvá-los ainda que temporariamente ou serem cautelosas na tomada de decisões fundamentadas e baseadas no conceito de qualidade de vida¹⁶. Enfermeiras(os) neonatologistas mencionaram que existe maior dificuldade em interromper o tratamento relacionado à manutenção da vida do que o iniciar. Isso ocorre porque se sentem responsáveis e encontram-se envolvidas(os) emocionalmente²². Uma das pesquisas citou que enfermeiras(os) obstetras têm *burnout* relacionado ao sofrimento moral no trabalho especialmente quando tem que prestar cuidados extensivos nos neonatos, a fim de salvar sua vida, uma vez que nenhum outro membro da equipe toma essa decisão²⁶.

Pôde-se observar o cumprimento, principalmente, do princípio da beneficência por parte das(os) enfermeiras(os) neonatologistas e obstetras. O benefício se traduz na redução dos danos possíveis aos neonatos quando é necessária a realização de procedimentos invasivos e no processo de tomada de decisão para salvar sua vida¹⁴. Um artigo menciona que a prática da sensibilidade moral permite que enfermeiras(os) se adaptem ao ambiente de trabalho, capacita para a tomada de decisão em situações de difícil solução baseando-se em seus princípios e valores²⁹. Outra pesquisa aponta que o ambiente de trabalho saudável, promovido pelas(os) enfermeiras(os) gestores, especialistas ou capacitados é eficaz para a manutenção de ambiente salutar necessário ao desenvolvimento das boas práticas científicas e éticas, o que contribuirá para atenuar o sofrimento psíquico e moral das(os) enfermeiras(os) assistenciais²⁸.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As principais temáticas evidenciadas na análise dos artigos demonstram que os principais con-

flitos bioéticos vivenciados pelas(os) enfermeiras(os) neonatologistas e obstetras, cuja influência atua no processo do cuidado de pacientes, são: conflito ético laboral, desafio ético laboral, conflitos éticos no fim de vida e conflitos éticos na tomada de decisão assistencial. Esses assuntos demonstram que enfermeiras(os) neonatologistas e obstetras(os) vivenciam conflitos na prática cotidiana e nem sempre encontram apoio para sua resolução na gestão, na equipe multiprofissional e nos próprios familiares dos pacientes. Existe dificuldade na aplicação dos princípios bioéticos e dos valores éticos presentes no Código Deontológico na profissão da enfermagem para beneficiar a assistência dos pacientes. Esses conflitos afetam a saúde mental e física dos enfermeiros e ocasionam sobrecarga laboral, uma vez que são responsáveis pela mediação de crises no contexto de atuação da equipe multiprofissional. As(os) enfermeiras(os) assistenciais e gestores têm o papel de conscientizar a equipe sobre a relevância do uso dos princípios bioéticos para o benefício dos pacientes, contribuindo para auxiliar na consolidação do julgamento moral subjacente ao processo de tomada de decisão.

Logo, este estudo contribuiu para o entendimento dos conflitos bioéticos e éticos laborais que emergem do processo de cuidar no cotidiano assistencial das(os) enfermeiras(os) neonatologistas e obstétricos. No entanto, outras pesquisas precisam ser realizadas para desvelar as estratégias utilizadas para o enfrentamento das situações complexas enfrentadas por esses profissionais. Além disso, é preciso conhecer melhor como as(os) profissionais colocam em prática os princípios bioéticos para maximizar benefícios e minimizar riscos e danos.

AGRADECIMENTOS E FINANCIAMENTOS

O presente trabalho foi realizado com financiamento da Fundação de Apoio à Pesquisa do Distrito Federal – FAPDF, através da concessão de bolsa de Iniciação Científica (ProIC/DPG/UnB – Edital 2020/2021); da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001, através da concessão de bolsa de Mestrado Acadêmico (Edital 2017/2020); e com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela concessão de bolsa de Produtividade em Pesquisa 1-D (2016/2020), que foram fundamentais para a realização desse estudo.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Sobrevivência Neonatal. *The Lancet*. [Internet]. 2005 [acesso em 2020 jun 5]; 6(1):1-9. Disponível em: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/pdfs/lancet_neonatal_survival_series_pr.pdf?ua=1.
2. Pereira VT, Oliveira MAN, Fontoura EG, Servo ML, Freitas KS, Portela PP, Góis JA. Sofrimento moral vivenciado pelo enfermeiro em unidade de terapia intensiva neonatal. *Braz. J. Hea. Rev.* 2020 [acesso em 2020 jun 5]; 3(4): 7590-7602. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/12797/10745>.
3. Silva L. Neonatologia e terminalidade da vida: as implicações bioéticas da relação equipe de saúde-paciente-família. *Rev. Bio.* 2010 [acesso em 2020 jun 5]; 18(3):677-690. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/593/599.
4. Alves R, Silva VRS. Dilemas bioéticos em neonatologia. *SBP.* 2016 [acesso em 2020 jun 10]; 6(1): 59-62. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/residenciapediatrica.com.br/pdf/v6s1a12.pdf>.
5. Feerel B, Thaxton CA, Murphy H. Preparing Nurses for Palliative Care in the NICU. *Adv. Neonatal Care.* 2020 [accessed 2020 jun 10]; 20(2):142-150. Available from: https://journals.lww.com/advancesinneonatalcare/Abstract/2020/04000/Preparing_Nurses_for_Palliative_Care_in_the_NICU.9.aspx.
6. Carlos GAV, Matozinhos FP, Carmo JMA, Manzo BF, Duarte ED, Souza KV. Perfil dos participantes de um curso de aprimoramento em enfermagem obstétrica. *REME.* 2019 [acesso em 2020 jun 10]; 23(1153):1-7. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/remede.org.br/pdf/1153.pdf>.
7. Ford NJ, Austin N. Conflicts of conscience in the neonatal intensive care unit: Perspectives of Alberta. *Nursing Ethics.* 2017 [accessed 2020 jun 10]; 25(8):992-1003. Available from: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0969733016684547?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed. Acesso em 7 de jun de 2022.
8. Rocha M de S, Rocha SA. Resolução de Conflitos Bioéticos no Cenário Hospitalar Brasileiro: Uma Revisão Sistemática da Literatura. *RBB.* 2019 [acesso em 2020 jun 10]; 15(e7):1-12. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/26671>.
9. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa da Literatura: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto contexto enferm.* 2008 [acesso em 2020 jun 12]; 17:758-764. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ/?format=pdf&lang=pt>.
10. Crosseti MGO. Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem o rigor científico que lhe é exigido. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2012 [acesso em 2020 jun 12]; 33(2):8-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n2/01.pdf>.
11. Alcoforado CL. Revisão Integrativa versus revisão sistemática. *REME.* 2014 [acesso em 2020 jun 12]; 18(1):09-11. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/904>.
12. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2015 [acesso em 2020 jun 14]; 24(2):335-342. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/TL99XM6YPx3Z4rxn5WmCNCf/?lang=pt>.
13. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan-a web and mobile app for systematic reviews. *Syst. Ver.* 2016 [accessed 2020 jun 14]; 5(210):1-10. Available from: <https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13643-016-0384-4.pdf>.

14. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 7. ed. New York: Oxford University Press; 2013.
15. Steen SE. Perinatal death: bereavement interventions used by US and Spanish nurses and midwives. *Int J Palliat Nurs*. 2019 [accessed 2021 jun 6]; 48(1):27-36. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25715163/>.
16. Green J, Darbyshire P, Adams A, Jackson D. Quality versus quantity: The complexities of quality-of-life determinations for neonatal nurses. *Nurs Ethics*. 2016 [accessed 2021 jun 6]; 24(7):802-820. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26811402/>.
17. Wrammert J, Sapkota S, Baral K, KC A, Målqvist M, Larsson M. Teamwork among midwives during neonatal resuscitation at a maternity hospital in Nepal. *Women Birth*. 2017 [accessed 2021 jun 6]; 30(3):262-269. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1871519216301202?via%3Dihub>.
18. Adams ED. Workplace Challenges: The Impact of Personal Beliefs and the Birth Environment. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. 2017 [accessed 2021 jun 6]; 31(1):20-31. Available from: https://journals.lww.com/jpnnjournal/Citation/2017/01000/Workplace_Challenges__The_Impact_of_Personal.8.aspx.
19. Marski BSL, Facio BC, Ichisato SMT, Barba PCSD, Wernet M. Developmental Care: assistance of nurses from Neonatal Intensive Care Units. *Rev Bras Enferm*. 2018 [accessed 2021 jun 6]; 71(6):2758-66. Available from: <https://www.scielo.br/j/reben/a/J4NTW4KKKPvsV4GsPQGJqdB/?lang=en>.
20. Austin B, Downing C, Hastings-Tolsma M. Experience of neonatal intensive care unit nurses in providing developmentally supportive care: A qualitative study. *Nurs Health Sci*. 2019 [accessed 2021 jun 6]; 21(3):336-344. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30932291/>.
21. Beckstrand RL, Isaacson RE, Macintosh JLB, Eden MKEL. NICU Nurses' Suggestions for Improving End-of-Life Care Obstacles. *Jour Neo Nur*. 2019 [accessed 2021 jun 6]; 21 (3):336-344. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S135518411830053X>.
22. Famuyide M, Compretta C, Ellis M. Neonatal nurse practitioner ethics knowledge and attitudes. *Nur Ethics*. 2019 [accessed 2021 jun 6]; 26(7-8):2247-2258. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30319013/>.
23. Alonso-Castillo MM, Armendáriz-García NA, Alonso-Castillo MTJ, Alonso-Castillo BA, López-García KS. Clima ético, estrés de conciencia y laboral de enfermeras y médicos que laboran en cuidados intensivos neonatal. *Rev Latinoam bioét*. 2019 [accessed 2021 jun 6]; 19(2): 63-74. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-47022019000200063.
24. Raney JH, Morgan MC, Christmas A, Sterling M, Spindler H, Ghosh R, Gore A, Mahapatra T, Walker DM. Simulation-enhanced nurse mentoring to improve preeclampsia and eclampsia care: an education intervention study in Bihar, India. *BMC Preg Chil*. 2019 [accessed 2021 jun 6]; 19(41):2-9. Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12884-019-2186-x.pdf>.
25. Beck CT. Secondary Traumatic Stress in Maternal Newborn Nurses: Secondary Qualitative Analysis. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. 2019 [accessed 2021 jun 6]; 26 (1): 55-64. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31747860/>.
26. Barr P. Burnout in neonatal intensive care unit nurses: relationships with moral distress, adult attachment insecurities, and proneness to guilt and shame. *J Peri Medi*. 2020 [accessed 2021 ago 23]; 48(4):416-422. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32112704/#:~:text=Results%20Burnout%20was%20reported%20by,of%20the%20variance%20in%20burnout>.

27. Silva AGI, Silva FJN, Costa F, Alcântara GC, Costa GF. Boas práticas de liderança do enfermeiro no contexto hospitalar. *Rev Nursing*. 2021 [acesso em 2021 ago 23]; 24(276):5726-5730. Disponível em: <https://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/1253#:~:text=Conclus%C3%A3o%3A%20as%20boas%20pr%C3%A1ticas%20de,administra%C3%A7%C3%A3o%20de%20recursos%20humanos%3B%20enfermagem>.
28. Milioni KC. Relação entre o grau de complexidade do cuidado de pacientes, nível de estresse e coping nos profissionais de enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Tese [Mestre em enfermagem]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2017 [acesso em 2021 ago 23]. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/164884#:~:text=Os%20resultados%20sugerem%20que%20os,racionaliza%C3%A7%C3%A3o%20e%20do%20extravasamento%20emocional>.
29. Yasin JCM, Barlem ELD, Barlem JGT, Andrade GB, Silveira RS, Dalmolin GL. Elementos da sensibilidade moral presentes na atuação de enfermeiros clínico-hospitalares. *Texto & contexto enferm*. 2020 [acesso em 2021 ago 23]; 29(e20190002):1-14. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/T9Nnn5YbfWF7x8bfjxxMmWn/abstract/?lang=pt>.
30. Luz EMF, Munhoz OL, Morais BX, Greco PBT, Camponogara S, Magnago TSBS. Repercussões da covid-19 na saúde mental dos trabalhadores de enfermagem. *Recom*. 2020 [acesso em 2021 ago 23]; 10(3824):1-8. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/3824/0#:~:text=Destas%2C%20o%20Estresse%20Ocupacional%2C%20a,ps%C3%ADquica%20da%20equipe%20de%20enfermagem>.
31. Koerich MS, Machado RR, Costa E. Ética e bioética: Para dar início à reflexão. *Texto contexto Enferm*. 2005 [acesso em 2021 ago 29]; 14(1):106-10. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/NrCmm4mctRnGGNpf5dMfbCz/abstract/?lang=pt>.
32. Yonekura T, Quintans JR, Soares CB, Negri Filho AA. Revisão realista como metodologia para utilização de evidências em políticas de saúde: uma revisão integrativa. *Rev Esc Enferm USP*. 2019 [acesso em 2021 ago 29]; 10(03515):1-12 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/rjqwwyL4qFck3LxRRGs7Sp/?lang=pt>.
33. Moreira GS, Alves MdP, Souza Vd, Freire PB, Reis LBdSM. Estado nutricional, comorbidades e desfechos clínicos de pacientes internados por Covid-19. *Com em Ciências Saúde*. 2022 [acesso em 2022 jun 29]; 33(2) Ahead of Print. Disponível em: <https://revistaccs.escs.edu.br/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/956/592>.
34. Monteiro MM. Análise das publicações nacionais sobre o uso da Problematização na formação do Enfermeiro: uma revisão integrativa. *Com em Ciências Saúde*. 2018 [acesso em 2022 jun 29] 29(3):201-206. Disponível em: <https://revistaccs.escs.edu.br/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/309/181>.
35. Rezende GMR, Lino AldA, Morais TCP. Assistência de Enfermagem aos pacientes com extravasamento de medicamentos antineoplásicos: revisão integrativa. *Com em Ciências Saúde*. 2021 [acesso em 2022 jun 29] 32(1):69-76. Disponível em: <https://revistaccs.escs.edu.br/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/633/481>.
36. Capella VB. Problemas bioéticos en la prestación de los cuidados enfermeros durante la pandemia del COVID-19. *Index de Enfem*. 2020 [accessed 2021 ago 25] 29(1/2): 46-50. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962020000100011.

APÊNDICE

Quadro 1

Síntese dos resultados analisados nos artigos incluídos no estudo. Brasília, 2022.

Ano	Autor(es)	Título do artigo	Periódico	Fator de impacto	Conflito ético
2015	Steen SE.	Perinatal death: bereavement interventions used by US and Spanish nurses and midwives ¹⁵ .	International Journal of Palliative Nursing	0,718	Conflitos éticos laborais. Conflitos éticos no fim de vida de neonatos, prematuros e gestantes em trabalho de parto.
2016	Green J, Darbyshire P, Adams A, Jackson D.	Quality versus quantity: The complexities of quality-of-life determinations for neonatal nurses ¹⁶ .	Nursing Ethics.	2.874	Conflitos éticos laborais. Conflitos éticos no processo de tomada de decisão na assistência.
2017	Wrammert J, Sapkota S, Baral K, KC A, Målqvist M, Larsson M.	Teamwork among midwives during neonatal resuscitation at a maternity hospital in Nepal ¹⁷ .	Women and Birth	3.172	Conflitos éticos laborais.
2017	Adams ED.	Workplace Challenges – The Impact of Personal Beliefs and the Birth Environment ¹⁸ .	Journal of Perinatal & Neonatal Nursing.	2.522	Conflitos éticos laborais.
2018	Marski BSL, Facio BC, Ichisato SMT, Barba PCSD, Wernet M.	Developmental Care: assistance of nurses from Neonatal Intensive Care Units ¹⁹ .	Revista Brasileira de Enfermagem.	0,705	Conflitos éticos laborais.
2018	Austin B, Downing C, Hastings-Tolsma M.	Experience of neonatal intensive care unit nurses in providing developmentally supportive care: A qualitative study ²⁰ .	Nursing & Health Sciences.	1.857	Conflitos éticos laborais.
2019	Beckstrand RL, Isaacson RF, Macintosh JLB, Eden MKEL.	NICU Nurses' Suggestions for Improving End-of-Life Care Obstacles ²¹ .	Journal of Neonatal Nursing.	0,958	Conflitos éticos laborais.
2019	Famuyide M, Compretta C, Ellis M.	Neonatal nurse practitioner ethics knowledge and attitudes ²² .	Nursing Ethics.	2.874	Conflitos éticos laborais. Conflitos éticos no processo de tomada de decisão na assistência.
2019	Alonso-Castillo MM, Armendáriz-García NA, Alonso-Castillo MTJ, Alonso-Castillo BA, López-García KS.	Clima ético, estrés de conciencia y laboral de enfermeras y médicos que laboran en cuidados intensivos neonatal ²³ .	Revista Latino-americana de Bioética.	0,100	Conflitos éticos laborais.

Ano	Autor(es)	Título do artigo	Periódico	Fator de impacto	Conflito ético
2019	Raney JH, Morgan MC, Christmas A, Sterling M, Spindler H, Ghosh R, Gore A, Mahapatra T, Walker DM.	Simulation-enhanced nurse mentoring to improve preeclampsia and eclampsia care: an education intervention study in Bihar, India ²⁴ .	BMC Pregnancy and Childbirth.	2.938	Conflitos éticos laborais.
2019	Beck CT.	Secondary Traumatic Stress in Maternal Newborn Nurses: Secondary Qualitative Analysis ²⁵ .	Journal of the American Psychiatric Nurses Association.	2.385	Conflitos éticos laborais. Conflitos éticos no fim de vida de neonatos, prematuros e gestantes em trabalho de parto.
2020	Barr P.	Burnout in neonatal intensive care unit nurses: relationships with moral distress, adult attachment insecurities, and proneness to guilt and shame ²⁶ .	Journal of Perinatal Medicine.	1.901	Conflitos éticos laborais. Conflitos éticos na tomada de decisão na assistência.

Quadro 2

Síntese de aspectos analisados nos artigos: objetivos, metodologia, evidências produzidas e aplicabilidade recomendações. Brasília, 2022.

Objetivo(s)	Metodologia	Evidências produzidas	Aplicabilidade e/ou recomendações
Identificar as necessidades e preocupações das enfermeiras(os) obstetras americanas e espanholas que trabalharam com morte perinatal, e verificar as intervenções de luto utilizadas no auxílio das famílias com essa experiência ¹⁵ .	Transversal.	Enfermeiras(os) obstetras têm evitação de familiares enlutados, presenciam a comunicação ineficaz na equipe, testemunham condutas insensíveis dos colegas enfermeiras(os) obstetras com famílias enlutadas, possuem conflitos e pressão de colegas enfermeiras(os) ao lidarem de maneira diferente com famílias em luto.	A educação para o luto perinatal nos currículos de enfermagem e nos ambientes de prática de enfermagem obstétrica, na cultura americana e espanhola é fundamental para aumentar a qualidade do padrão de atendimento em mortes perinatais.
Investigar os dilemas de cuidados frequentemente enfrentados por enfermeiras(os) neonatologistas na Austrália em bebês extremamente prematuros, explorar o raciocínio filosófico e ético das enfermeiras(os) sobre a qualidade de vida de prematuros com 24 semanas de gestação ¹⁶ .	Método misto.	Enfermeiras(os) neonatologistas se autoquestionam durante os cuidados sobre a qualidade de vida dos prematuros extremos em situação irreversível, afirmam que o aumento de chance do desfecho negativo dificulta a prestação da sua assistência, têm o dilema em salvá-los na ressuscitação e dilema de tomarem decisões essenciais baseado na qualidade de vida dos prematuros.	A aplicação do processo de reflexão e educação sobre a qualidade de vida na prematuridade para as(os) enfermeiras(os), auxiliam na tomada de decisão e em discussões sobre situações difíceis, e também aos lidarem com dilemas éticos na assistência neonatal de prematuridade extrema.

Objetivo(s)	Metodologia	Evidências produzidas	Aplicabilidade e/ou recomendações
Identificar as percepções das(os) enfermeiras(os) obstetras em Nepal, sobre o trabalho em equipe no oferecimento de cuidados aos recém-nascidos que precisam de reanimação neonatal ¹⁷ .	Qualitativa.	Enfermeiras(os) obstetras têm conflitos com erros institucionais culpabilizando em ressuscitações neonatais em sala de parto, sentem culpa dos eventos de mortes e de erros, sofrem inferioridade pela hierarquização assistencial, a escassez de protocolos que as dificultam nas reanimações neonatais, e a falta de conhecimento hesitam na tomada de decisão e de iniciarem ou não a ventilação de recém-nascidos.	A presença de diretrizes efetivas nas instituições ambientes de saúde de baixa renda, proporciona qualidade na assistência aos recém-nascidos e no trabalho das(os) enfermeiras(os) obstetras, por determinar responsabilidades compartilhadas, liderança forte e transparente, e a administração organizacional se compromete com os processos assistenciais, e com os processos para lidar com incidentes de ressuscitações neonatais, isto efetiva o desenvolvimento de treinamento contínuo.
Identificar os desafios no local de trabalho das enfermeiras obstetras nos EUA ¹⁸ .	Qualitativa.	Enfermeiras(os) obstetras que promovem parto vaginal são contra a assistência intervencionista e medicalizada têm conflitos com colegas enfermeiras(os) obstetras que são favor, e sentem frustração ao presenciarem condutas de abandono de puérperas e de recém-nascidos na sala de parto por enfermeiras(os) medicalistas.	O desenvolvimento de processos eficazes, planejados para superar diversos desafios que as enfermeiras(os) obstetras enfrentam, ajuda na qualidade da assistência perinatal às mulheres e aos recém-nascidos.
Analisar o Cuidado Desenvolvidor fornecido pelas(os) enfermeiras(os) neonatologistas aos recém-nascidos críticos, durante à assistência na Unidade de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) no Brasil ¹⁹ .	Campo, documental e qualitativa.	Enfermeiras(os) neonatologistas se autoquestionam sobre a permissão familiar longa na UTI neonatal e temem como lidarem caso tenha futuras intercorrências, assumem que falham em não ofertarem instruções aos familiares na participação do método canguru, possuem conflitos com médicas(os) que não autorizam os neonatos no colo dos familiares.	Elaborar reflexões acerca do cuidado desenvolvimental dos recém-nascidos para as(os) enfermeiras(os) neonatologistas, adotando protocolos, rotinas assistenciais e o registro influencia na qualidade assistencial dos neonatos.
Descrever a adesão dos princípios e dos cuidados de suporte no desenvolvimento de recém-nascidos, que foram implementados em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) pelas enfermeiras neonatologistas na África do Sul ²⁰ .	Exploratório e qualitativa.	Enfermeiras(os) neonatologistas têm obstáculos na assistência pela desimportância da administração organizacional inadequada, presença de equipe ineficaz, pelas políticas sem adesão, a superlotação de pacientes que causa recursos insuficientes que são substituídos por outros materiais afim da situação ficar menos caótica, muito barulho pela lotação de profissionais afeta negativamente os neonatos, e idem a sobrecarga laboral causa frustração.	A aplicação de conhecimento sobre o desenvolvimento de recém-nascidos, e a realização da revisão de políticas e também de práticas, são fundamentais na implementação de cuidados no desenvolvimento neonatal, principalmente em locais com poucos recursos, onde os desafios são geralmente complexos.

Objetivo(s)	Metodologia	Evidências produzidas	Aplicabilidade e/ou recomendações
Obter sugestões de enfermeiras(os) de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) para melhorar os obstáculos nos cuidados de fim de vida (EOL) de bebês moribundos na UTIN nos EUA ²¹ .	Transversal.	Enfermeiras(os) neonatologistas têm conflitos com a equipe e com a família, devido a comunicação inepta com a equipe sobre o diagnóstico e do tratamento estabelecido em cuidados de fim de vida dos recém-nascidos.	Os obstáculos frequentes em cuidados de fim de vida de bebês moribundos e conflitos com seus familiares, necessita de enfermeiras(os) que influenciam nos fatores ambientais, pois ajudam na melhora da comunicação, e utilizam ferramentas de autoavaliação para identificarem as práticas atualizadas baseadas em evidências, sobre cuidados de fim de vida (EOL) nos neonatos.
Investigar a base de conhecimento ético das(os) enfermeiras(os) neonatologistas, sendo este que se conecta com a tomada de decisão na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), e se também determina atitudes relacionada aos dilemas éticos na UTIN nos EUA ²² .	Método misto.	Enfermeiras(os) neonatologistas declaram que é mais difícil interromper o tratamento do que iniciar, possuem dificuldade de tomarem decisões éticas no tratamento de manutenção de vida, por serem responsáveis e estarem envolvidas(os) emocionalmente, e a maioria das(os) colegas médicas(os) não cumprem promessas de participação conjunta em decisões difíceis.	A realização de educação continuada enfatiza os conceitos éticos, permite conhecer os dilemas mais proeminentes enfrentados por enfermeiras(os) neonatais na unidade de terapia intensiva neonatal pode levar a “insights”, estabelecendo a compreensão sobre as possíveis soluções diante de situações árduas.
Analisar a relação entre a percepção do clima ético, do estresse moral e do relacionado ao trabalho das(os) enfermeiras(os) neonatologistas no México ²³ .	Descritivo, correlacional e preditivo.	Enfermeiras(os) neonatologistas obtêm maior estresse relacionado ao trabalho percebido de clima ético não positivo.	O conhecimento de bioética é competência das(os) enfermeiras(os) neonatologistas, pois vivenciam constante desafios éticos e morais na assistência, principalmente em áreas críticas devido às políticas, regulamentos e a disponibilidade de recursos no trabalho, o clima ético quanto o estresse moral e laboral devem serem avaliados pelas instituições de saúde, por influenciarem negativamente na saúde das(os) enfermeiras(os) e consequentemente limita a qualidade da assistência.
Avaliar programa de mentoria de enfermagem da AMANAT na Índia que fornece treinamento por enfermeiras(os) obstetras mentoras, e como o impacto do treino de simulação e de práticas baseadas em evidências na elaboração do diagnóstico e do gerenciamento de pré-eclâmpsia e eclâmpsia (PE/E) em parturientes, influencia em ambientes com poucos recursos ²⁴ .	Método misto.	Enfermeiras(os) obstetras têm o desafio de sobrecarregada de trabalho pela falta de profissionais e ocasionalmente ausência de médicos, superlotação de parturientes causa a impossibilidade da identificação das clientes, a falta de medicamentos, de tiras de teste de proteína, e de ambulâncias para encaminhar parturientes em situação grave de pré-eclâmpsia da atenção primária até o hospital de referência, tendo ocorrência de transferência para uma clínica particular no qual o parto falta medicamentos, assim acarreta morte de recém-nascido e a sobrevivência da mãe.	O treinamento de simulação melhorou o uso de práticas baseadas em evidências em casos simulados de pré-eclâmpsia e eclâmpsia (PE/E), e possui o potencial de aumentar a competência da(o) enfermeira(o) no diagnóstico e no gerenciamento de complicações maternas complexas, em PE/E. Porém há lacunas de conhecimento, limitações de recursos necessários e barreiras interpessoais, devendo serem abordadas a fim de melhorar o atendimento aos recém-nascidos e às mulheres. No trabalho em equipe, a comunicação e a liderança são estratégias essenciais para facilitar o atendimento de pré-eclâmpsia e eclâmpsia de alta qualidade em instituições de atenção primária na Índia.

Objetivo(s)	Metodologia	Evidências produzidas	Aplicabilidade e/ou recomendações
<p>Analisar os dados qualitativos secundários de três conjuntos de dados primários, sobre o estresse traumático secundário em enfermeiras(os) obstetras nos EUA²⁵.</p>	<p>Qualitativa.</p>	<p>Enfermeiras(os) obstetras enfrentam o desafio de experiências traumáticas anteriores na assistência, que leva a sentirem angústia ao fazerem intubação por já terem feito realizado sem sucesso nos neonatos graves na sala de parto enquanto temia da voz dos pediatras, a histeria dos pais e do corpo mole e acianótico do recém-nascido, têm medo de errarem na assistência perinatal por presenciarem morte materna e se questionam terem outras decisões que poderiam ter salvado e logo sentem culpa, possuem pavor de receberem processos judiciais de desfecho dos partos, por já terem sido citadas, e também por serem responsáveis desejam que os partos sejam excepcionais, mesmo que não tenham a responsabilidade direta do desfecho do nascimento, vista disso desejam pararem de prestarem assistência nos partos aos pacientes. Afirnam sentirem culpa por erros que não fizeram aos neonatos, evitam participarem de nascimentos com distocia de ombro, devido às experiências anteriores de deixarem suas/seus pacientes em uma situação de risco, ainda entregam parturientes que dariam luz a bebês natimortos para outras colegas enfermeiras(os) obstetras em razão de lembranças de traumas semelhantes. As enfermeiras(os) neonatologistas sentem culpa ao prestarem cuidados por causarem dor e infringem neonatos graves, inclusive se culpa em participação de ressuscitações fracassadas, ou por tentarem realizar intubação de teve deslace negativo e foi necessário fazer a traqueostomia, e ainda se questionam que poderiam ter feito mais para diminuir o sofrimento dos recém-nascidos.</p>	<p>A presença de sintomas do transtorno de estresse pós-traumático em enfermeiras(os) obstetras são consequentes da luta de desfechos negativos nos cuidados de bebês gravemente enfermos e/ou parturientes em partos traumáticos, vista disso carece de estratégias preventivas hospitalares e de intervenções para o estresse traumático secundário em enfermeiras(os) obstetras.</p>
<p>Investigar as relações de moral relacionada com o ambiente, a angústia e a ansiedade, associada com a pessoa evitar o adulto, inseguranças de apego, disposição de culpa, e vergonha com <i>burnout</i> em cuidados intensivos neonatais em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) com enfermeiras obstetras na Inglaterra²⁶.</p>	<p>Coorte, multicêntrico transversal.</p>	<p>Enfermeiras(os) obstetras têm <i>burnout</i> referente ao sofrimento moral causado pela falha do sistema organizacional relativo à ineficácia na comunicação, na competência profissional ou de erros da equipe na continuidade do cuidado, em realização de exames e de tratamentos desnecessários indicado pelos médicos, participação em cuidados extensivos para salvar a vida de doença desesperadora por ninguém tomar a decisão, e testemunham continuidade de tratamento inadequado nos prematuros desejado pelos pais ou realizados por médicos, e acreditam que não é o desejo do prematuro.</p>	<p>A necessidade do manejo do <i>burnout</i> em enfermeiras(os) obstetras em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), exige atenção não apenas ao sofrimento moral relacionado ao ambiente, mas também em inseguranças de apego adulto ansioso e do comportamento de evitação, isto é relacionado as(os) enfermeiras(os) obstetras terem predisposição de sentimento de culpa e de vergonha, assim devem receber avaliação psicológica nas intuições da Inglaterra onde trabalham, pois isso influencia na qualidade do fornecimento na assistência da UTIN pelas(os) enfermeiras(os) obstetras.</p>

Construção de um Projeto Terapêutico Singular para um idoso assistido em uma Clínica da Família no Distrito Federal

Construction of a Unique Therapeutic Project to an elderly assisted at a Family Clinic in the Federal District

Isabela Lemos Ferrer¹
Melorie Kern Capovilla Sarubo Baptistella¹
Adriana Mendonça Silva Alexandrino²
Abel de Castro Vieira³

¹Acadêmica de Medicina, Curso de Graduação em Medicina, Escola Superior de Ciências da Saúde – ESCS, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

²Médica, Docente do Curso de Graduação em Medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde – ESCS, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

³Médico, Graduado em Medicina pela Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

Autor correspondente:
Isabela Lemos Ferrer.

E-mail: isabelalemospic@outlook.com

Recebido em 16/08/2021

Aprovado em 27/03/2023

RESUMO

Objetivo: descrever a experiência de construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) realizado por acadêmicos de medicina.

Método: trata-se de um relato de experiência, realizado durante 6 meses por acadêmicos de uma Faculdade de Medicina de Brasília, onde utilizou-se como ferramenta o PTS.

Discussão: durante visitas domiciliares e consultas, foram observados diversos problemas e fatores pessoais, sociais e familiares do paciente que necessitavam de atenção. Foi possível visualizar durante o projeto um progresso positivo na construção de um vínculo com o paciente. Contudo, considerando que adesão é uma ação multidimensional que envolve a interação de diversos fatores que afetam o comportamento e a capacidade de um indivíduo de seguir o tratamento, não foi possível ter uma completa adesão às metas estabelecidas.

Considerações finais: apesar do conhecimento, experiência e sucessos obtidos, ainda é necessário maior suporte profissional, acadêmico e tempo dedicado para que o PTS atinja todas as suas metas sugeridas.

Palavras-chave: Doenças Crônicas; Atenção Primária à Saúde; Estudantes de Medicina.

ABSTRACT

Objective: describe the experience of medical students in the constructions of Unique Therapeutic Project (PTS).

Method: this is an experience report, carried out for 6 months by students from a Medical School in Brasília, where the PTS was used as a tool.

Discussion: during home visits and appointments, several problems and personal, social, and family factors of the patient that needed

attention were observed. During the project, it was possible to see positive progress in building a bond with the patient. However, considering that adherence is a multidimensional action that involves the interaction of several factors that affect an individual's behavior and ability to follow the treatment, it was not possible to achieve complete adherence to the established goals.

Final considerations: despite the knowledge, experience and success obtained, greater professional and academic support and dedicated time are still needed for the PTS to achieve all its suggested goals.

Keywords: Chronic Disease; Primary Health Care; Students, Medical.

INTRODUÇÃO

A Clínica Ampliada é uma diretriz norteadora da Política Nacional de Humanização (PNH)¹ e baseia-se na compreensão ampliada do processo saúde-doença, construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas, ampliação do objeto de trabalho, transformação dos instrumentos de trabalho e suporte para os profissionais de saúde². Para cumprir tais eixos, essa diretriz criou dispositivos resolutivos para atenção e gestão em saúde, como o Projeto Terapêutico Singular (PTS), a Equipe de Referência e o Apoio Matricial².

A Equipe de Referência é, na Atenção Básica, a equipe multiprofissional de Saúde da Família, que funciona como referência de um grupo populacional e torna mais fácil o vínculo entre profissionais e pacientes¹. O Apoio Matricial é o processo em que um profissional oferece apoio técnico, em forma de orientação e em sua especialidade a outros profissionais, equipes e setores, com objetivo de aumentar a capacidade de Equipes de Referência de resolver problemas, garantindo que a conduta seja apropriada para aquele caso específico¹. O PTS é um instrumento de organização e sistematização do cuidado, que traz um conjunto de condutas terapêuticas para um indivíduo ou coletivo e é elaborado por uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário^{1,2}.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) consiste no diagnóstico biopsicossocial do paciente (1); na definição de metas de tratamento a curto, médio e longo prazo (2); na divisão de responsabilidades entre equipe, família e paciente (3) e na reavaliação do paciente (4). Dentro dessas etapas, a reu-

nião da Equipe de Referência com o paciente e seus familiares constitui uma etapa importante do processo, onde todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o sujeito e definir propostas de ações¹.

O PTS, através de sua metodologia, traz como elemento principal a abordagem individualizada de cada caso, evitando que doenças comuns igualem sujeitos diferentes e minimizem suas singularidades. Além disso, este dispositivo pode contribuir significativamente para o entendimento de que olhar ampliado sobre determinada condição de saúde e o trabalho em equipe transformam a assistência e asseguram resultados mais efetivos³.

No âmbito da educação permanente, a PNH traz como uma de suas estratégias gerais a proposta de que seus princípios e diretrizes façam parte do conteúdo da graduação em saúde⁴. Desta forma, o Programa Curricular da Unidade Educacional Interação Ensino-Serviço-Comunidade do Curso de Medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), possui como um de seus objetivos educacionais a realização de Projetos Terapêuticos Singulares durante o 3º ano da graduação⁵.

Portanto, esse relato teve como objetivo descrever a experiência de construção de um Projeto Terapêutico Singular realizado por acadêmicos de medicina em conjunto com uma Equipe de Saúde da Família (ESF) de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do Distrito Federal.

MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência sobre o processo de elaboração de um Projeto Terapêutico Singular para um idoso portador de comorbidades crônicas não controladas, como diabetes mellitus tipo 2 (DM2) e hipertensão arterial sistêmica (HAS), assistido em uma Unidade Básica de Saúde no Distrito Federal.

O PTS foi elaborado por estudantes da 3ª série do curso de medicina da ESCS, sob supervisão e orientação do docente e de uma enfermeira, preceptora da faculdade e membro da Equipe de Referência do paciente, com duração de seis meses.

O processo de construção e implementação do PTS foi dividido em 4 pilares: as visitas domiciliares, a pesquisa em prontuários do TrackCare® e e-SUS®, o contato com os familiares durante as visitas e as consultas na UBS e a discussão de

caso com os profissionais de saúde da Equipe de Referência. Foram realizadas 5 visitas domiciliares, nas quais estiveram presentes os acadêmicos de medicina e docente da ESCS responsável pelos alunos, e 1 consulta na UBS, presente também a enfermeira da ESF do paciente e preceptora do curso de medicina da ESCS no serviço.

O encontro com os familiares ocorreu durante as visitas domiciliares e a consulta previamente marcada, sempre na presença do paciente, e teve como objetivo o esclarecimento acerca das ideias, percepções e sentimentos deles em relação às condições de saúde do paciente e as repercussões em suas vidas. Além disso, foram realizadas pactuações sobre as responsabilidades de cada familiar na assistência ao paciente e no auxiliar no cumprimento das metas definidas no PTS.

Após cada visita domiciliar e consulta com o paciente e seus familiares (filha e esposa), foi realizada uma reunião com a enfermeira da Equipe de Referência do paciente para discussão do caso. O contato com os profissionais de saúde da equipe que assistia o paciente teve como objetivos entender o contexto dele; conhecer as informações às quais a equipe de referência tem contato; e entender a relação da Equipe de Referência com o paciente.

Para viabilização do PTS, foram aplicados os princípios da PNH e as estratégias de cuidado da pessoa com doença crônica, conforme preconizado pela Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas⁶. A metodologia de elaboração de um Projeto Terapêutico Singular incluiu as seguintes etapas: diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação^{1,7}. Foram usadas também classificações e estratificações, com base nas comorbidades do paciente, suas condições de saúde e suas necessidades.

Avaliação da Capacidade de Autocuidado

Esta avaliação classifica o paciente em suficiente ou insuficiente para o autocuidado, segundo o julgamento clínico realizado pelo profissional ou equipe de saúde. Foram usados como referência alguns fatores que interferem na capacidade de autocuidado do paciente e podem classificá-lo como insuficiente. São estes: pacientes com dificuldade de compreensão sobre a condição crônica, sua expectativa de cura e seu controle em curto prazo (1); com dificuldade de compreensão acerca das necessidades farmacológicas e de um plano de

cuidados em médio e longo prazos (2); pacientes que não demonstram interesse em realizar mudanças nos próximos meses ou possuem baixo suporte social (3); que não acreditam em si mesmas como agentes de mudança de suas condições (4); que possuem postura reativa às condições crônicas, com menor sociabilidade e reclusão devido às limitações secundárias (5); que abandonam o acompanhamento por não atingirem metas (6); e que possuem depressão grave, com prejuízo no desempenho de suas atividades (7)⁸.

Grau de Severidade da Condição Crônica Estabelecida

É classificado como Grau 1 o paciente portador de fatores de risco ligados aos comportamentos e estilos de vida na ausência da doença crônica. Grau 2 quando há presença de condição crônica simples, com fatores biopsicológicos de baixo ou médio risco. Grau 3 quando há condição crônica complexa ou presença de fatores de alto risco. Grau 4 quando a condição crônica é muito complexa ou de muito alto risco (complicações estabelecidas com grande interferência na qualidade de vida)⁸. O paciente do caso em questão foi considerado Grau 04 de severidade.

Através da avaliação do autocuidado e do grau de severidade da condição crônica do paciente, o paciente foi estratificado em cinco níveis que orientam o tipo de atenção profissional necessária. Para o nível 5 de atenção é preconizada a gestão de caso, com atividades como discussão de caso, visitas domiciliares e abordagem familiar. No nível 3 e 4, recomenda-se a atenção individual com consultas sequenciais e multidisciplinares. No nível 2 e 3 também recomenda-se atenção compartilhada em atividades de grupo e consultas coletivas. No nível 1, a ação de saúde predominante devem ser os grupos de educação em saúde, como por exemplo, grupos de tabagismo, caminhada, alimentação saudável⁸.

Estratificação de risco do paciente em relação ao DM tipo 2

Esta classificação voltada para uma comorbidade específica, a diabetes mellitus (DM) tipo 2, permite que se avalie o grau de vulnerabilidade e necessidade de atenção do paciente. Foi considerado como baixo risco o paciente com glicemia de jejum alterada ou intolerância à sobrecarga de glicose. Médio risco o paciente que possui diagnóstico

de DM e adequado controle metabólico e pressórico, sem internações por complicações agudas nos últimos 12 meses e sem complicações crônicas. Alto risco o que possui diagnóstico de DM e inadequado controle metabólico e pressórico ou adequado controle metabólico e pressórico, mas com internações por complicações agudas nos últimos 12 meses ou complicações crônicas. Muito alto risco o paciente com diagnóstico de DM e controle metabólico ou pressórico inadequado com internações por complicações agudas nos últimos 12 meses e/ou complicações crônicas⁹. O paciente do relato foi estratificado em Alto risco.

DISCUSSÃO

Etapa 1: diagnóstico

O diagnóstico do paciente baseou-se no levantamento de dados sobre as condições de saúde do paciente, através da anamnese durante visitas domiciliares, consulta aos sistemas de saúde, TrackCarer[®] e o e-SUS[®], conversa com familiares e com os profissionais de sua equipe de referência.

O paciente foi avaliado com capacidade de autocuidado insuficiente⁸ preenchendo como critérios os fatores um, dois, três, cinco e seis, presentes na descrição da classificação de autocuidado da metodologia. Essas observações foram explanadas ao paciente e este foi estimulado a mudar algumas posturas em relação ao seu autocuidado, como explicitado no passo de definição de metas e responsabilidades abaixo. Além disso, a família foi esclarecida sobre a situação de saúde e avaliações do paciente, e orientada sobre como auxiliar o paciente nesse processo.

Ele também foi avaliado em grau 4 de severidade das doenças crônicas estabelecidas⁸ e classificado como de alto risco em relação a DM2⁹, devido inadequado controle metabólico e pressórico. Conforme classificação, estratificou-se o paciente no nível 5 de atenção à saúde e os exemplos de ações predominantemente recomendadas foram ações de gestão de caso, com discussão de caso, visitas domiciliares e abordagem familiar⁸.

Durante visitas domiciliares e consultas, observou-se dificuldade de adesão aos tratamentos não-farmacológicos de suas complicações secundárias ao DM2 e HAS, dificuldade no manejo das medicações do paciente em casa e presença de sintomas e queixas que demonstravam mau controle de suas doenças de base ou presença de complicações

ainda não diagnosticadas. Dessa forma, percebeu-se a necessidade de uma escuta ativa durante os atendimentos ao paciente (visitas domiciliares, consultas e acolhimentos) e trabalho multidisciplinar e integrado com a família, uma vez que diversos fatores pessoais, sociais e familiares associados à dificuldade do paciente de realizar corretamente seus tratamentos, como analfabetismo, polifarmácia, falta de motivação para realização de atividades diárias, baixa autoestima e pouco contato com filhos e netos, também foram encontrados durante a construção deste PTS. Desta forma, no seguimento das consultas domiciliares foram feitas tais abordagens.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) registrou que a falha na adesão a tratamentos de longo prazo na população geral é de cerca de 50%¹⁰. Um estudo constatou uma grande associação entre o maior número de doenças crônicas e baixa adesão¹¹. Com a transição demográfica atual existe um aumento crescente da carga de doenças crônicas e consequentemente um maior uso de medicamentos, principalmente na população idosa¹⁰.

A adesão é uma ação multidimensional que envolve a interação de diversos fatores que afetam o comportamento e a capacidade de um indivíduo de seguir o tratamento¹². Existem diversos fatores que podem influenciar a adesão ao tratamento de um paciente, como as características do paciente (sexo, idade, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico), as características da doença (cronicidade, ausência de sintomas e consequências tardias), as crenças de saúde, hábitos de vida e culturais (percepção da seriedade do problema, desconhecimento, experiência com a doença no contexto familiar), as características do tratamento (custo, efeitos indesejáveis, esquemas terapêuticos complexos) e, por fim, o relacionamento do paciente a equipe de saúde¹³.

Algumas condições de saúde ou tratamentos podem ter características que levam a obstáculos específicos para adesão. Quando a doença é assintomática, como a hipertensão e a diabetes, pode haver dificuldade no uso contínuo dos fármacos, tanto pela ausência de sintomas quanto pela falta de compreensão sobre o prognóstico da doença¹⁴. As doenças que necessitam de um tratamento complexo (polifarmácia, várias administrações diárias, dificuldades associadas à via de administração), e as próprias dificuldades diárias associadas ao uso dos medicamentos podem ser barreiras à adesão ao tratamento¹⁵.

É necessário levar em consideração a escolaridade do paciente, pois a baixa adesão ao tratamento foi maior na população com menor escolaridade, demonstrando a relevância desse fator no processo de cuidado¹¹. A dificuldade na autopercepção de sua saúde mostrou uma adesão ruim ao tratamento em pacientes com doenças crônicas¹¹. Uma metanálise descreveu que os pacientes com melhor entendimento do seu processo saúde-doença, têm melhor adesão ao tratamento, contribuindo para retardar a progressão da doença, principalmente naqueles que possuem doenças crônicas¹⁶. Pesquisas mostraram também que a compreensão do paciente sobre sua doença influencia na compreensão da sua família sobre sua situação de saúde, sendo um fator importante para consolidação de uma rede de suporte, que auxilia na adesão ao tratamento e às consultas¹⁷. Portanto, a educação em saúde com esclarecimento sobre suas doenças, à medida do possível de acordo com a possibilidade de compreensão do paciente, devido sua escolaridade, eram necessárias para melhor adesão ao tratamento.

Um aspecto interessante que a literatura mostra é a associação da adesão com a autoestima do indivíduo, mostrando que a autoestima diminuída e uma atitude geral de insatisfação e desânimo frente à vida, podem se espelhar no pessimismo em relação à efetividade do tratamento, favorecendo a baixa adesão, pois o indivíduo não vê sentido em investir na própria vida¹⁷.

Etapa 2: Definição de metas

Definiu-se, com base nas avaliações realizadas na etapa 1, metas de curto e longo prazo para o paciente. As metas de curto prazo foram o preenchimento da caderneta do idoso pela equipe de referência; a realização de um café da manhã educativo sobre alimentação saudável para o paciente, seus familiares e a equipe; e envolvimento da família, filhos, netos e esposa, no processo de cuidado do paciente; referenciamento do paciente para especialidades para acompanhamento das complicações de suas condições crônicas; inclusão do paciente no grupo de idosos da Clínica da Família; orientação para o paciente acerca da importância dos medicamentos e do uso correto dos medicamentos; e apresentação do PTS à Equipe de Referência do paciente, realizada pelos estudantes.

As metas de longo prazo foram o controle da HAS e DM2, com o controle da alimentação e uso ade-

quado e regular de medicamentos, e a sensibilização da Equipe de Referência sobre o caso dele para continuidade do PTS após a saída dos estudantes.

Etapa 3: definição de responsabilidades

Foram divididas responsabilidades entre o paciente, família e equipe que estava realizando o Projeto (acadêmicos, docente responsável e enfermeira da Equipe de Referência do paciente).

Equipe: encaminhamento para especialidades necessárias e orientações para cuidado da saúde, sendo realizada a marcação das consultas necessárias pela UBS e reforçada a importância de comparecer às consultas; preenchimento da caderneta do idoso; entrar em contato com familiares do paciente para convidá-los a participar do café da manhã educativo sobre alimentação adequada para o paciente e para envolvimento da família no processo de cuidado do paciente; providenciar local para realização do café da manhã educativo; orientar o paciente sobre o horário correto de uso de cada medicação; explicar ao paciente sobre a importância da organização de seu porta comprimidos para não deixar de tomar nenhuma medicação; checar a cada visita se o paciente está fazendo uso correto das medicações; informar a ESF referência do paciente sobre o projeto realizado e sensibilizar a equipe para que haja continuidade do cuidado iniciado pelos estudantes.

Paciente: corresponsabilização do paciente no processo de cuidado no controle de suas comorbidade através da alimentação e uso correto de medicamentos; participação no grupo de idosos da Clínica da Família; participação no café da manhã educativo; seguir orientações da equipe acerca dos horários de uso de cada medicação e sobre como organizar seu porta comprimidos para não confundir horários dos remédios; deixar o seu porta comprimidos sempre em local visível para não esquecer de tomar as medicações; seguir orientações sobre controle da alimentação, realizadas a cada visita domiciliar, durante atividades do grupo de idosos da Clínica da Família e durante café da manhã educativo: não ficar períodos prolongados em jejum, evitar ingestão de alimentos hiperlipídicos e hiperglicêmicos, e preferir alimentos integrais e naturais.

Família participação no café da manhã educativo; ajudar o paciente na organização e uso correto das medicações, perguntando, sempre que possível, se o paciente já organizou seu porta comprimidos

ou fez uso da medicação. Os familiares demonstraram-se abertos as propostas e se dispuseram a ajudar o paciente.

Etapa 4: reavaliação

Entende-se que o PTS não se deve limitar ao momento que acontece um problema único pontual, uma vez que tem também o objetivo de auxiliar o indivíduo a restabelecer suas relações afetivas e sociais, “buscar a autonomia afetivo-social e o incremento da incorporação desta na vida social e política”¹⁸. Logo, o trabalho atual obteve sucesso em detectar diversos aspectos biopsicossociais importantes da vida do paciente que necessitavam de atenção e acompanhamento continuado por profissionais da saúde, tanto nos atendimentos domiciliares quanto na unidade de saúde. Ainda foi possível visualizar um progresso positivo na construção de vínculo com o paciente ao longo dos 6 meses de vigência do projeto. Durante os primeiros contatos o paciente demonstrava-se menos aberto ao diálogo. No entanto, ao longo do trabalho foi se mostrando mais comunicativo e passou a manter com a equipe conversas mais abertas, fazendo brincadeiras e sendo sincero sobre suas opiniões, sentimentos e sintomas. Esse processo foi muito importante para visualizar quais ações seriam melhor recebidas pelo paciente e evitar a quebra de vínculo com a equipe de saúde.

Por outro lado, durante a reavaliação do PTS, percebeu-se a importância da continuidade ao acompanhamento do paciente iniciado pelos estudantes envolvidos, uma vez que mesmo após as orientações e trabalho realizado ao longo de 6 meses, o paciente ainda encontrava-se com suas comorbidades de base (HAS e DM2) causando complicações e descompensadas e ainda apresentava dificuldades para adesão ao tratamento e cumprimento metas sugeridas pela equipe.

O tempo para reavaliação do caso do PTS deve ser o mínimo possível com o intuito de alcançar o efeito esperado pelas ações planejadas. Deve durar o máximo de tempo possível, sem trazer riscos ou danos ao sujeito ou que permita que a equipe perca a familiaridade com a problemática em questão¹⁹.

O trabalho atual realizou uma reavaliação contínua do paciente em curtos intervalos de tempo, o que foi benéfico para construção de um vínculo com o paciente, no entanto, o tempo estabelecido para adesão às medidas propostas não foi o sufi-

ciente para trazer mudanças efetivas nos principais problemas de saúde do paciente.

No PTS, a primeira etapa possui objetivo de realizar uma avaliação biopsicossocial para estabelecer o momento e a situação vivenciada pelo sujeito. O segundo momento é a hora de traçar metas, definindo em conjunto com o paciente, o tempo necessário para que essas metas sejam cumpridas. Em seguida deve-se dividir as responsabilidades entre os profissionais e negociar propostas, considerando as diferenças e peculiaridades do sujeito. O quarto passo é reavaliar o trabalho e suas evoluções e trazer novas propostas de cuidado²⁰. Apesar dessas etapas terem sido cumpridas, não houve um detalhamento do tempo de dedicação semanal ou mensal necessária para cumprimento das metas ou do tempo esperado para tais metas surtirem efeito, o que afetou a perspectiva dos estudantes envolvidos sobre o sucesso do projeto, que participaram ativamente das etapas de diagnóstico, definição de metas e reavaliação do paciente, durante as visitas domiciliares e consultas na UBS.

Também é importante ressaltar que existem dificuldades para o desenvolvimento de um PTS, como: dificuldade da equipe em identificar a base teórica de sua prática; sobrecarga de responsabilidade assistencial ocasionada pela alta demanda; falta de qualificação da equipe; e a dinâmica proposta para as reuniões.

A organização das Equipes de Referência pode dificultar a troca de informações e a coordenação necessária para a organização do trabalho e definição de metas e prioridades das ações em um PTS²¹. Por envolver poucos profissionais da saúde, os estudantes apresentaram em diversos momentos dificuldades para organizar as ações, definir prioridades e dar continuidade às metas de curto e longo prazo propostas para o projeto.

Soma-se a esses fatores limitantes como: a falta de espaços para discutir o PTS com o usuário e família; a dificuldade da equipe para compreender e atender às necessidades do usuário; a fragmentação no desenvolvimento do PTS nas etapas de prevenção, tratamento e reabilitação ao invés de uma concepção contínua e integrada entre esses aspectos; a falta ou insuficiência de registros em prontuários; a formação profissional inadequada para as necessidades da nova política assistencial, a rotatividade da equipe²¹, a falta ou insuficiência de comunicação da equipe; o uso de modelos fechados e a compreensão do PTS como um mero dispositivo administrativo²².

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todo indivíduo deve ser considerado como um ser humano complexo, pois possui diversas facetas a serem compreendidas. Dessa forma, a dificuldade de adesão de um paciente a propostas de cuidado à saúde, sejam estas farmacológicas ou não, pode envolver diversos fatores sociais, pessoas e/ou familiares. A construção de um Projeto Terapêutico Singular exige, portanto, que o indivíduo seja observado como um todo por uma equipe multidisciplinar, que sua família e outras redes de apoio estejam envolvidas e que diversos instrumentos e estratégias sejam utilizados para tornar possível a adesão às medidas traçadas em conjunto com a equipe de saúde.

Trabalhos como este demonstram a importância do cuidado continuado e contato próximo de profissionais da saúde com a população idosa com

comorbidades crônicas para melhoria do vínculo entre pacientes e sua equipe de saúde, e melhor compreensão do processo de construção de um PTS na Atenção Primária à Saúde, além de levantarem discussões acerca das dificuldades de aplicar o PTS no contexto de saúde pública atual.

O fato deste PTS fazer parte da matriz curricular de um curso de medicina também mostra a importância da inclusão de Projetos como este no currículo prático de Faculdades de Saúde para melhor compreensão do processo de criação de vínculo com o paciente e da atuação da Atenção Primária no cuidado longitudinal de paciente. Por outro lado mostra também que apesar do conhecimento, experiência e sucessos obtidos, ainda é necessário maior suporte profissional, acadêmico e tempo dedicado para que o PTS atinja todas as suas metas sugeridas.

REFERÊNCIAS

1. Brasil, Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Caderno de Textos. Cartilhas da Política Nacional de Humanização. 2ª ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde; 2010. 32 p. [Acesso em 15 de maio 2021]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_textos_cartilhas_politica_humanizacao.pdf.
2. Brasil, Ministério da Saúde. Clínica Ampliada e Compartilhada. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009. 68 p. [Acesso em 16 de agosto 2021]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf.
3. Wagner D, Rameh CA, Fonseca GL, Ribeiro MM, Ávila MPW. Vista do Implementação do Projeto Terapêutico Singular em um hospital universitário: relato de experiência. HU Rev. 2020;46:1-6. DOI: 10.34019/1982-8047.2020.v46.30630.
4. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 2004. 51 p. [Acesso em 16 de agosto 2021]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf.
5. Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina da ESCS [Internet]. Brasília; 2018. [Acesso em 16 de agosto 2021]. Disponível em: http://www.escs.edu.br/arquivos/PPCMedicina2018__3_.pdf.
6. Brasil M da S. Cadernos de Atenção Básica: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília, DF; 2014. 162 p. [Acesso em 15 de maio 2021]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf.
7. Junior C. Projeto Terapêutico Singulas (PTS) [Internet]. Telessaúde-Santa Catarina. 2018 [Acesso em 15 de maio 2021]. Disponível em: www.redehumanizasus.net/sites/default/files/1392720408.ppt.
8. Sturmer P, Bianchini I. Atenção às condições crônicas cardiovasculares: uma proposta de estratificação baseada nas necessidades das pessoas. 2012. p. No prelo.

9. Cavalcanti AM. Diabete Melito Tipo 2: diretriz de atenção à pessoa com Diabete Melito Tipo 2. Curitiba, PR: Secretaria Municipal da Saúde; 2010.
10. Tavares N, Bertoli A, Thumé E, Facchini L, França G, Mengue S. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(6):1-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004834>.
11. Tavares N, Al E. Adesão ao tratamento de doenças crônicas no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2016;50(supl2):10s.
12. Organization WH. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva; 2003.
13. Gusmão JL, Mion Jr D. Adesão ao tratamento – conceitos. *Rev Bras Hipertens*. 2006;13(1):23-5.
14. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *New Engl J Med*. 2005;353(5):487-97. DOI: 10.1056/NEJMr050100
15. Coleman C, Limone B, Sobierai D, Lee S, Roberts M, Kaur R. Dosing frequency and medication adherence in chronic disease. *J Manag Care Pharm*. 2012;18(7):527-39. DOI: 10.18553/jmcp.2012.18.7.527.
16. DiMatteo M, Giordani P, Lepper H, Croghan T. Patient adherence and medical treatment outcomes: a meta-analysis. *Med Care*. 2002;40(9):794-811. DOI: 10.1097/00005650-200209000-00009.
17. Melchior R, Nemes M, Alencar T, Buchalla C. Desafios da adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2007;41:88-93. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000900014>.
18. Cosser A, Massuda A, Oliveira AMF de, Guerrero AVP, Pinto CAG, Vianna D, *et al*. O Projeto Terapêutico Singular. In: Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada. 1ª ed. São Paulo: Aderaldo e Rothschild (Hucitec); 2008. p. 283-97. [Acesso em 16 de Agosto 2021]. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/43319/2/manual_das_praticas_de_atencao_basica.pdf.
19. Zerbetto S, Pereira M. O trabalho do profissional de nível médio de enfermagem nos novos dispositivos de atenção em saúde mental. *Rev Lat Enferm*. 2005;13(1):112-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000100018>.
20. Linassi J, Strassburger D, Sartori M, Zardin MV, Rifhi LB. Projeto terapêutico singular: Vivenciando uma Experiência de Implementação. *Rev Context Saúde*. 2011;10(20):425-34. Disponível em: <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2011.20.425-434>.
21. Barros JO. A construção de projetos terapêuticos no campo da saúde mental: apontamentos acerca das novas tecnologias de cuidados [dissertação]. Universidade de São Paulo; 2010. DOI: 10.11606/D.5.2010.tde-21092010-093913.
22. Mororó MEM. Cartografias, desafios e potencialidades na construção de projetos terapêuticos em Centro de Atenção Psicossocial – CAPS III [dissertação]. Universidade de São Paulo; 2010. [Acesso em 16 de agosto 2021]. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7134/tde-23062010-093626/publico/Martha_Mororo.PDF.

Análise das notificações de violência contra idosos no Distrito Federal e Entorno de 2009 a 2018

Analysis of notifications of violence against the elderly in the Federal District and surroundings from 2009 to 2018

Maria Cecília Ribeiro¹ 

Teresa Christine Pereira Moraes² 

Fernanda Biscardi dos Santos³ 

Jennyfer Caroline Santos de Oliveira³

¹Enfermeira. Mestrado em Fundamentos e Práticas em Saúde Coletiva pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Secretaria de Saúde do Distrito Federal – SESDF. Brasília, Brasil.

²Enfermeira. Doutorado em Fundamentos e Práticas em Saúde Coletiva pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – EEUSP. Docente da Escola Superior de Ciências da Saúde – ESCS/FEPECS.

³Discente de Enfermagem da Escola Superior de Ciências da Saúde – ESCS/FEPECS. Brasília, Brasil.

Autor correspondente:

Teresa Christine Pereira Moraes.
E-mail: teresacpmoraes@gmail.com

Recebido em 01/08/2022

Aprovado em 16/10/2022

RESUMO

Objetivo: analisar as notificações de violência contra idosos, no período de 2009 a 2018, no Distrito Federal e municípios dos estados de Goiás e Minas Gerais que compõem a Região Integrada de Desenvolvimento do Entorno.

Método: estudo descritivo que utilizou a base de dados de notificações de violência do Sistema de Informação de Agravos de Notificação. As violências foram caracterizadas quanto ao local de ocorrência, tipo de violência, características do agressor e desfechos para o setor saúde.

Resultados: identificou-se 1.266 registros, sendo 914 no Distrito Federal, 301 no estado de Goiás e 51 em Minas Gerais. A residência foi o principal local de ocorrência, a violência física mais frequente e os filhos os principais agressores. Nos desfechos para o setor saúde, 63,11% das notificações estavam em branco, 23,85% de alta e 11,61% de ignorados.

Conclusões: as desigualdades raciais e econômicas impactam o fenômeno da violência contra a pessoa idosa. A aproximação domiciliar, dependência financeira e relacionamentos familiares marcados pela violência contribuem para a ocorrência de violência contra idosos, dado a possibilidade de conflitos geracionais. O total de notificações em branco/ignorado apontam para fragilidades no preenchimento da ficha de notificação de violência, no âmbito dos serviços.

Palavras-chave: Violência Doméstica; Saúde do Idoso, Assistência à Saúde.

ABSTRACT

Objective: to analyze reports of violence against the elderly, from 2009 to 2018, in the Federal District and municipalities in the states of Goiás and Minas Gerais that make up the Integrated Development Region of the Surroundings.

Method: descriptive study that used the violence notification database of the Notifiable Diseases Information System. The violence was characterized as to the place of occurrence, type of violence, characteristics of the aggressor and outcomes for the health sector.

Results: 1,266 records were identified, 914 in the Federal District, 301 in the state of Goiás and 51 in Minas Gerais. The residence was the main place of occurrence, the most frequent physical violence and the children the main aggressors. In the outcomes for the health sector, 63.11% of the notifications were blank, 23.85% were discharged and 11.61% were ignored.

Conclusions: racial and economic inequalities impact the phenomenon of violence against the elderly. Home proximity, financial dependence and family relationships marked by violence contribute to the occurrence of violence against the elderly, given the possibility of generational conflicts. The total number of blank/ignored notifications points to weaknesses in filling out the violence notification form, within the scope of the services.

Keywords: Domestic Violence; Elderly Health; Health Care.

INTRODUÇÃO

A transição demográfica, caracterizada pela diminuição da taxa de fecundidade e mortalidade, aponta para o crescimento da população envelhecida. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2019¹, do total de 210,1 milhões de brasileiros, 34 milhões eram idosos, o que corresponde a 16,2% da população do país, com perspectivas de alcançar 41,5 milhões em 2030. Diante de tal cenário, a compreensão sobre o que é ser idoso e do próprio processo de envelhecimento se mostra necessária e urgente, pois permitirá a identificação das principais demandas deste grupo, especialmente no que se refere aos agravos e adoecimentos, a fim de proporcionar a implementação e modificação nas políticas de saúde e sociais, com vistas à efetiva assistência dessa população de modo a preservar sua qualidade de vida.

Dado o natural processo de envelhecimento, a pessoa idosa passa a apresentar limitações físicas e cognitivas relacionadas à senilidade e senescência. Além disso, a depender do núcleo familiar onde se

encontra inserida, a pessoa idosa pode estar submetida a conflitos intergeracionais que impactam e potencializam as vulnerabilidades, dentre elas, a violência.

A violência contra o idoso consiste no ato ou falta de ato, único ou repetido, proposital ou impensado de força física ou do uso do poder, que cause danos psicológicos, lesões físicas ou até mesmo a morte. A mesma pode ser praticada dentro ou fora do ambiente doméstico, por algum membro da família ou ainda por pessoas que exerçam uma relação de poder sobre a pessoa idosa². A tipologia proposta pela OMS² indica três categorias de violência relacionadas ao agressor, a violência autoprovocada, a violência interpessoal e a violência coletiva. Os atos violentos são classificados de acordo com sua natureza, em físico, psicológica/moral, financeira/econômica patrimonial, estupro/violência sexual, negligência e tortura.

As pessoas idosas são especialmente vulneráveis à violência física, psicológica, negligência, assim como à econômica/patrimonial, podendo acarretar adoecimento físico- psicológico, danos na capacidade funcional, tentativa de autoextermínio, violação dos direitos humanos, diminuição da qualidade de vida e aumento das taxas de mortalidade³. Apesar de representar um grave problema de saúde pública, a violência contra o idoso ainda é um problema velado e subestimado tanto em países desenvolvidos quanto subdesenvolvidos, acarretando geralmente em subnotificações, surgindo assim, a necessidade de reconhecimento e discussão sobre a temática.

Os idosos possuem necessidades e vulnerabilidades variadas, exigindo políticas públicas distintas que visem o seu atendimento. No Brasil, o arcabouço legal conta com dois dispositivos que visam assegurar os direitos sociais, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, representadas pela Política Nacional do Idoso (PNI)⁴ e pelo Estatuto do Idoso⁵, que possuem o objetivo de garantir melhor qualidade de vida e inclusão.

Nesse contexto, a violência contra a pessoa idosa tornou-se objeto de vigilância epidemiológica no Brasil a partir de 2006, por meio da implantação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), atendendo ao estabelecido no Art.19 do Estatuto do Idoso, o qual determina que os casos de suspeita ou confirmação de violência praticada contra idosos devem ser objeto de notificação compulsória pelos serviços de

saúde públicos e privados à autoridade sanitária, bem como obrigatoriamente comunicados por eles. Em 2009 os dados passaram a integrar o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), sendo a violência incluída na relação de doenças e agravos de notificação compulsória em todo o território nacional. As análises demográficas do IBGE¹ prevêem que em 2031 o número de idosos brasileiros será maior que o de crianças e adolescentes até 14 anos. O painel de dados da ouvidoria do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH)⁶, aponta que no primeiro semestre do ano de 2020, do total de 1.018.615 milhões de violações registradas pelo Disque 100, 26,29% (267.867) foram contra a pessoa idosa.

Diante do exposto e com o propósito de identificar e comparar a violência contra idosos no Distrito Federal e Região Integrada de Desenvolvimento Entorno – RIDE, este estudo buscou analisar as notificações das situações de violência, a fim de identificar características sociodemográficas das vítimas, seus agressores, tipo e local da ocorrência da violência, no período de 2009 a 2018. A justificativa para o presente estudo decorreu do entendimento de que o conhecimento sobre a realidade da violência contra idosos no Distrito Federal e RIDE, pode subsidiar a identificação de fragilidades no preenchimento da ficha de notificação de violência, especialmente aquelas relacionadas à identificação e encaminhamento na rede de proteção ao idoso, além da escassez de pesquisas que incluam o cenário da RIDE e por conseguinte, do Distrito Federal.

MÉTODOS

Trata-se de estudo exploratório, descritivo e retrospectivo, de abordagem quantitativa, que buscou conhecer a realidade da violência contra idosos no Distrito Federal Região Integrada de Desenvolvimento Entorno – RIDE. Os dados foram extraídos do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde-DATASUS, criado com o objetivo de informatizar as informações de saúde para a democratização da saúde e o aprimoramento de sua gestão, por meio da base de dados de notificações de violência contra idosos registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Uma região integrada de desenvolvimento é conceituada como área semelhante às regiões metropolitanas brasileiras, porém, entre diversos entes fe-

derativos. A Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno foi instituída pela Lei Complementar n.º 94, de 19 de fevereiro de 1998 e, ampliada pela Lei Complementar nº 163/2018. Constitui-se em uma região composta pelo Distrito Federal (DF), 29 municípios do Estado de Goiás (GO) e 04 de Minas Gerais (MG), tendo com área territorial 56.433,53 km² e uma população de 4.627.771 habitantes⁶⁻⁷. A RIDE foi criada para efeitos de articulação e ações administrativas entre a União e os três estados com o intuito de proporcionar o desenvolvimento econômico e social abordando aspectos como saneamento ambiental, educação, turismo, segurança pública, saúde, habitação, geração de empregos, proteção ao meio ambiente, serviços de telecomunicação, infraestrutura, entre outros fatores.

De acordo com a Companhia de Planejamento do Distrito Federal – CODEPLAN⁷, no período de 2000 a 2015, a população idosa de 60 a 100 anos ou mais, nos estados correspondentes a RIDE, cresceu, pois em 2000, ele representava 5% e, em 2015, alcançou 9% do total de habitantes, com estimativa de atingir, até 2030, 16,6%. Utilizando o critério da autodeclaração, os idosos que se declararam como de raça branca correspondem a 52% dessa população, seguida de pessoas que se auto-declararam de raça preta ou parda correspondendo a 8,8% e 37%, respectivamente, sendo as raças indígenas e amarelas correspondentes ao percentual de 1%⁷.

A ficha de notificação de violência é preenchida por profissionais dos serviços de saúde e outras fontes notificadoras (asilos, centros de convivência, centros de referência para vítimas de violência), agrega informações sobre a vítima, agressor e natureza da violência e os dados são incluídos no SINAN em nível municipal e transferidos para as esferas estadual e federal para compor a base de dados nacional.

As notificações de violência contra idosos foram analisadas no período de 2009 a 2018, segundo características demográficas das vítimas quanto ao sexo, idade, raça/cor da pele, características da violência quanto ao local de ocorrência, tipo de violência e meio de agressão, características do agressor e desfechos para o setor saúde. Considerou-se no presente estudo o período inicial 2009 e final 2018, pois no ano de 2009 a violência foi incluída na relação de doenças e agravos de notificação compulsória em todo o território nacional e 2018

o último ano com dados disponíveis no momento da realização das buscas no SINAN.

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva simples e apresentados em tabelas na forma de frequência absoluta e percentual. Considerando que a pesquisa utilizou dados secundários disponíveis em sistemas públicos de informações, ou seja, de banco de dados de domínio público, não foi necessário submeter o projeto a Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dados sociodemográficos

Foram identificadas 1.266 registros de notificações que atenderam aos requisitos da pesquisa, sendo 914 no Distrito Federal, 301 nos municípios do estado de Goiás e 51 nas cidades de Minas Gerais. No Distrito Federal e nos municípios do estado de Minas Gerais, às vítimas foram predominantemente do sexo feminino com 65,09% e 58,82% respectivamente, sendo semelhante ao apontado em estudos nacionais e internacionais onde os valores são de aproximadamente 60% de casos notificados^{8,9}. É possível perceber que o Distrito Federal apresenta número de casos maior que a média dos demais estudos.

A violência contra idosas decorre de padrões de violência de gênero, situações comuns na realidade brasileira que beiram à naturalização e banalização do tema pela sociedade. As desigualdades entre os gêneros contribuem para a compreensão de que os homens possuem mais força e competência do que a mulher, tornando-se assim um dos fatores de risco para a violência contra o gênero feminino¹⁰. A violência contra o gênero masculino apresenta maior prevalência nos municípios do estado de Goiás, conforme os percentuais acima apontados e o boletim epidemiológico do Estado de Goiás, reforça esse achado¹¹.

Quanto à etnia, é possível verificar que em parte significativa das notificações foram deixadas em branco/ignorado, perfazendo 31,12%, ou seja, não foram respondidas, o que dificulta estabelecer inferências sobre os achados em relação à raça mais atingida. Apesar dessa subnotificação, é possível observar nos dados levantados que a raça branca apresenta 24,33% das notificações, seguida de 34,68% nos pardos, 8,69% nos idosos de raça preta e 1,18% englobando amarelos e indígenas. A violência contra idosos da raça de cor par-

da/preta foi predominante nas cidades de Minas Gerais, 68,62% e Goiás 67,44%. O DF apresentou o menor índice, 34,04%, de casos investigados.

Sendo a raça branca de maior predominância da população idosa, há o questionamento do porquê de as ocorrências de violências apresentarem maior percentual nos idosos pretos e pardos e alguns estudos ajudam a compreender essa disparidade. Quando se busca entender o fenômeno da violência contra a pessoa idosa tais estudos apontam para as desigualdades raciais como uma de suas principais consequências, por haver maior quantitativo de negros e pardos compondo o grupo de menor classe econômica. A vulnerabilidade socioeconômica, o desemprego, a habitação em baixas condições sanitárias e o conflito familiar são fatores predisponentes para todos os tipos de violência, uma vez que, pessoas de baixa renda em coletivo tendem a criar um local de instabilidade habitacional convergindo em inversão de valores e normas entre indivíduos, prejudicando o estabelecimento de vínculos sociais consistentes e redes de apoio, gerando assim condições favoráveis para situações de violência^{12,13}.

Os dados sociodemográficos apontam que trabalhadores pretos ou pardos integram o maior número de desempregados com o menor nível de escolaridade, menor salário e piores condições de moradia. Ademais, a população de pretos e pardos compõe o grupo de pessoas com os menores rendimentos no Brasil, ilustrando a desigualdade racial no país e justificando os dados encontrados, que indicam os idosos de raça preta e parda, como as que mais sofrem violência^{7,12}. Tal situação não é diferente nos municípios que integram a RIDE, que apresentam população predominantemente parda/preta, com a economia dependente das atividades de Brasília e entorno e profunda diferença de renda per capita quando comparados ao Distrito Federal⁸. Este cenário de desamparo e penúria socioeconômica contribui para que situações de violência se instaurem, especialmente entre os extremos de faixa etária, ou seja, entre crianças e idosos

Violência contra o idoso por tipo de agressor

Para compreender o fenômeno que envolve a violência intrafamiliar, é fundamental compreender como foi construída a relação entre o idoso e a família. O Estatuto do Idoso⁵, em seu artigo 3º, estabelece a obrigação da família de asses-

sorar a pessoa idosa gerando, ou seja, os parentes são obrigados, por lei, a atender a demanda dos idosos de suas famílias. Na maioria desses casos, devido às condições socioeconômicas, a família não consegue custear um cuidador com experiência, fazendo com que os filhos/cônjuges/sobrinhos/netos, sejam os principais cuidadores da pessoa idosa.

Apesar do núcleo familiar estar relacionado ao amparo, afeto e proteção, estudos mostram que parte significativa dos agressores são familiares do idoso agredido, principalmente, os filhos^{8,14,15,16}. Reforçando o que foi encontrado na literatura, no presente estudo é possível inferir, que a agressão cometida pelo filho de maior prevalente nas três regiões, conforme demonstrado na Tabela 1 abaixo, sendo o DF com maior taxa (43,54%).

O despreparo por parte dos familiares em prestar cuidados ao idoso pode influenciar no estabelecimento de relações familiares conturbadas. Muitos são os filhos que não têm bom relacionamento com seus pais durante toda uma vida e diante das circunstâncias do envelhecimento, passam a cuidar desses pais por obrigação, e com isso, podem acabar agindo de forma negligente em relação aos cuidados prestados. Nas relações familiares em que filhos são criados por meio de castigos físicos, as chances de reproduzir tal prática contra o idoso são maiores, pois introjetam a violência física como uma forma de resolução de problemas. Além disso, cenários

de relações familiares baseadas na violência propiciam com que os vínculos sejam carregados de sentimentos negativos como raiva e medo, ao invés de positivos, como respeito e amor, impossibilitando assim o estreitamento e fortalecimento de vínculos afetivos, atrelando o cuidado à obrigação e não ao desejo de cuidar¹⁴. Cabe sublinhar que anterior a qualquer julgamento no tocante a considerar o filho mau cuidador, é valoroso tentar compreender a relação que se construiu com esse idoso ao longo da vida e a forma com que esse filho aprendeu a se relacionar e a resolver os problemas com quaisquer sujeitos de seu círculo de convivência.

Os fatores apontados por Santos *et al.*¹⁴, elucidam o porquê do tipo de violência mais notificada na RIDE-DF ser a negligência, tendo o filho como principal agressor. Pelo fato dos filhos exercerem esse trabalho de cuidador sem o devido preparo, acaba sobrecarregado e estressado, por ter que modificar sua rotina e alterar sua própria dinâmica familiar, o que aumenta o risco da ocorrência de negligência¹⁶. Além disso, em situações de baixa condição socioeconômica, onde os filhos estão desempregados, o idoso assume o papel de principal fonte de renda da casa, sendo exposto a pagar empréstimos e as contas de consumo do domicílio como água, luz e alimentação, configurando-se em violência patrimonial.

Ao analisar os outros perfis de agressores, observa-se que cada região apresenta uma caracterís-

Tabela 1

Violência cometida contra a pessoa idosa, por tipo de agressor. Brasília, 2021.

Agressor	RIDE		Distrito Federal		Goiás		Minas Gerais	
		%		%		%		%
Amigo/conhecido	61	4,82	23	2,52	33	10,96	5	9,80
Cônjuge	112	8,85	81	8,86	21	6,98	10	19,61
Cuidador	41	3,24	36	3,94	2	0,66	3	5,88
Desconhecido	125	9,87	55	6,02	65	21,59	5	9,80
Filhos (a)	482	38,07	398	43,54	71	23,59	13	25,49
Ignorado/branco	259	20,46	182	19,91	67	22,26	10	19,61
Irmão(ã)	37	2,92	28	3,06	6	1,99	3	5,88
Namorado(a)	5	0,39	3	0,33	2	0,66	0	0,00
Própria pessoa	144	11,37	108	11,82	34	11,30	2	3,92
TOTAL	1266	100%	914		301		51	

tica distinta. No DF, o segundo tipo de agressor mais prevalente é a própria pessoa, correspondendo a 11,81% das notificações. A violência autoprovocada compreende a ideação suicida, autoagressões, tentativas de suicídio e suicídios, sendo que as mulheres apresentam mais ideação e tentativas suicidas, enquanto os homens têm o suicídio consumado¹⁷. No Brasil, apesar das taxas de suicídio serem baixas, a população na faixa etária acima de 60 anos apresenta o dobro de taxas em relação a população em geral, além de ter um aumento crescente das taxas em relação a homens idosos¹⁸.

Nos municípios mineiros, o segundo tipo de agressor mais prevalente é o cônjuge tendo como maior prática a violência física¹⁹. Ao descrever as mulheres como as mais agredidas pelos parceiros conjugais e os homens agredidos por desconhecidos, estudo pontua que ao longo da história foi criada uma naturalização da violência do homem em relação à mulher por conta do machismo. A vergonha de expor os maus-tratos praticados pelo parceiro e as promessas de não ocorrerem mais agressões causa e perpetua o ciclo de violência²⁰.

Percebe-se que a maioria dos agressores, depois dos filhos, eram desconhecidos nos municípios goianos (21, 59%) e o tipo de violência mais cometido por esse perfil foi a violência física. Frequentemente o idoso é violentado por um familiar ou conhecido, mas devido a dependência emocional e o medo prefere descrever o agressor como desconhecido. Além disso, os autores apontam que a maioria das violências cometidas por desconhecidos ocorrem em ambientes públicos, o que não condiz com a amostra do presente artigo onde aponta que a residência foi o maior local de prática de violências²¹.

Os tipos de violência contra idosos

Referente aos tipos de violência destacam-se como de maior notificação no SINAN a violência física, negligência, violência de repetição e violência psicológica, na qual percebe-se que cada região da RIDE-DF apresenta diferentes perfis de tipo de violência, conforme descrito a seguir.

A negligência foi a notificação de violência mais encontrada no DF (50,43%). A literatura ressalta que a ocorrência de negligência está associada à falta de preparo e estresse do cuidador frente às demandas do idoso, sendo um agravamento de difícil

detecção impedindo a efetuação da notificação. A negligência ocorre 3,31 vezes mais dentro da residência, o que explica a dificuldade de identificar esse achado, e conseqüentemente de notificar¹⁶. O Manual de Enfrentamento de Violência Contra a Pessoa Idosa²² descreve que a negligência é cometida tanto pelos órgãos públicos quanto pelos familiares do idoso, destacando que os tipos de negligência mais comuns, são a precariedade na assistência à saúde, casas inadequadas a necessidade do idoso, cuidados corporais inadequados, má formação dos profissionais da saúde e estresse do cuidador. A violência de repetição foi a segunda prática de violência mais notificada no DF (44,96%). Ser idoso longevo é fator de proteção para negligência, psicológica, econômica e física, pois devido a maior dependência e vulnerabilidade dos idosos associado ao fato de que os principais cuidadores serem os filhos ou pessoas próximas converge em um estado de insegurança, onde o idoso não delata os casos de maus-tratos¹³.

A violência física se destacou nos municípios mineiros e goianos pertencentes à RIDE- DF, porém é importante considerar que geralmente o idoso sofre mais de um tipo de violência, pois as marcas visíveis que são deixadas no corpo da vítima facilitam a identificação da violência física. Em outro estudo é destacado sobre a natureza das lesões e partes do corpo mais atingidas causadas pelo abuso físico, sendo cortes, perfuração e laceração as lesões mais prevalentes e as partes do corpo mais atingidas são a cabeça/face, tórax/dorso e membros superiores²³.

Quanto a violência psicológica o levantamento apresentou resultado com altos índices de notificação, no DF e GO (29,21%) e (36,54%), nessa ordem. O abuso psicológico está presente em todas as formas de violência, mas por não deixar marcas visíveis passa despercebida, deixando um extenso sofrimento mental nas vítimas, que se tornam dependentes do agressor. Destacam-se como consequências da violência psicológica a tristeza, depressão, isolamento social, solidão alcançando a ideação suicida, tentativas de suicídio e suicídio consumado¹⁸. É descrito que as mulheres são as que mais sofrem violência psicológica, o que geralmente está relacionado a hierarquia de gênero e aceitação das mulheres da violência devido a dependência afetiva em relação ao agressor, que se sente no direito de controlar o comportamento e bens da mulher²⁰. A Tabela 2 apresenta o consolidado dos números absolutos e percentuais dos tipos de violência identificados.

Tabela 2**Violência cometida contra a pessoa idosa, por tipo de violência. Brasília, 2021**

Tipo de violência	RIDE		Distrito Federal		Goiás		Minas Gerais	
	RIDE	%	Distrito Federal	%	Goiás	%	Minas Gerais	%
Ameaça	199	15,72	133	14,55	51	16,94	15	29,41
Arma de fogo	26	2,05	11	1,20	14	4,65	1	1,96
Enforcamento	42	3,32	26	2,84	13	4,32	3	5,88
Envenenamento	75	5,92	57	6,24	16	5,32	2	3,92
Financeira	152	12,01	126	13,79	23	7,64	3	5,88
Física	599	47,31	326	35,67	240	79,73	33	64,71
Força corporal/ espancamento	423	33,41	224	24,51	168	55,81	31	60,78
Negligência	508	40,13	461	50,44	42	13,95	5	9,80
Outra agressão	164	12,95	141	15,43	21	6,98	2	3,92
Psicológica/moral	398	31,44	267	29,21	110	36,54	21	41,18
Tortura	56	4,42	29	3,17	22	7,31	5	9,80
Violência de repetição	524	41,39	411	44,97	84	27,91	29	56,86
Violência sexual	51	4,03	40	4,38	7	2,33	4	7,84

No que se refere à localização da violência, a residência foi o principal local nas três regiões, com destaque para os municípios de Minas Gerais com maior prevalência (88,23%), sendo consensual com a literatura. O fato do filho e cônjuge serem os principais agressores, como afirmado no presente estudo, e conseqüentemente viverem no mesmo ambiente com a vítima, justifica esse cenário de ocorrência de violência. A aproximação domiciliar, dependência financeira e relacionamento marcado por violência são fatores determinantes para a ocorrência de violência domiciliar³.

A violência domiciliar facilita a subnotificação, pois os casos não chegam a público, devido ao fato de os familiares serem os principais agressores e há certo receio do idoso relacionado a dependência por seu agressor, medo da represália, perda de moradia e vínculos familiares, dificultando assim, a busca de suporte social e profissional através da denúncia quando em situação de violência¹⁸. Em consonância com o receio apresentado pelo idoso, a falta de discussões sobre a temática resulta em profissionais pouco envolvidos com essa realidade, resultando no baixo número de profissionais especializado em geriatria, sendo importante e necessário que se tenha mais compreensão acerca da dinâmica agressor-idoso, possibilitando imple-

mentação de políticas efetivas voltadas para prevenção dessas situações, resultando em uma menor taxa de subnotificações.

A lei nº 10.741/03, que cria o Estatuto do Idoso⁵, um instrumento do Estado para garantir direito e dignidade ao idoso, em seu art. 99 explica as consequências legais causadas a quem pratica violência contra idoso, como expor a integridade física ou psíquica, podendo resultar em pena de reclusão de dois meses a um ano e multa, com benefício da suspensão condicional. Se a violência estiver correlacionada com a lesão corporal de natureza grave, a pena será de reclusão de um a quatro anos, porém se resultar em morte, a reclusão será de quatro a 12 anos sendo que, nesse caso, não há benefício da suspensão condicional do processo.

Quanto aos dados relacionados ao encaminhamento de saúde e a evolução dos casos, nas três regiões, constatou-se que a maioria dessas informações foram deixadas em branco no momento do preenchimento, demonstrando altos índices de subnotificações. As razões descritas para a subnotificação, estão a dificuldade de denúncia da violência doméstica contra os idosos, o despreparo dos profissionais de saúde para investigar os casos (falta de capacitação e conhecimento de protoco-

los de investigação), a infraestrutura deficiente de atendimento e a fragilidade das redes de apoio²⁰.

Consoante as “Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral”²⁴, a pessoa idosa deve sempre estar vinculada à atenção primária mesmo que assistida por outro ponto de atenção. O documento traz uma série de ofertas que a atenção deve oferecer à população idosa, dentre essas, a orientação sobre a prevenção e acompanhamento das vítimas de violência, sendo esse cuidado expandido a seus familiares e cuidadores.

No art. 4º do Estatuto do idoso, é descrito que nenhum idoso deve ser vítima de qualquer tipo de violência e que todos devem prevenir qualquer violação aos seus direitos. Além disso o art. 6º destaca que todo cidadão deve comunicar à autoridade quando os direitos do idoso é violado. Mas, apesar do respaldo legal, a lei não é cumprida, principalmente nos serviços de saúde onde se observa bastante subnotificação dos casos de violência contra a pessoa idosa. A Unidade Básica de Saúde (UBS), como porta de entrada para o atendimento de idosos em situações de violência, possui o papel de identificar e notificar os casos de agravos, o que possibilita o dimensionamento das questões de violência, identificação da necessidade de investimentos de núcleos de vigilância, melhor compreensão sobre o fenômeno e o acionamento das ferramentas competentes de acordo com as necessidade apresentadas pelo idoso para que se possa alcançar o cuidado em sua integralidade²⁴.

Um estudo voltado para o atendimento de saúde para pessoas idosas no município do Rio de Janeiro, na atenção Básica, identificou por meio de apontamentos dos gestores das unidades de saúde, a não existência de profissionais especializado em geriatria e gerontologia e estes pouco sensibilizados a entender a complexidade que envolve o atendimento ao idosos, sendo assim, os autores apontam que nas UBS as atividades voltadas para a temática são diminutas, predominando ações educativas focalizadas nas doenças crônicas como hipertensão e diabetes. Os gestores também apontaram o déficit relacionado aos recursos financeiros, pois segundo eles, os recursos orçamentários, em grande parte são absorvidos pelas emergências hospitalares²⁵.

Ademais, quando conseguem identificar a situação, os profissionais relataram se sentirem perdidos em como proceder e encaminhar a pessoa

idoso, fazendo com que a conduta adotada na unidade seja de encaminhamento ao hospital, registro no prontuário, comunicação das suspeitas ao médico e ao assistente social. Ocorre que a atenção hospitalar também carece de preparo em atender as especificidades do idoso, pois o fluxo de atendimento da faixa etária, em caso de violência, não difere daquele que acontece com os demais pacientes, fazendo com que o setor de saúde também pratique algum grau de violência institucional, por não ofertar o suporte necessário ao idoso²⁵.

Além disso, deve ser pontuado a falta de busca de suporte social e profissional por parte dos idosos, quando em situação de violência. Esse receio está associado a dependência que o idoso apresenta por seu agressor, já que na maioria dos casos como apontado nos dados ao longo dessa discussão, a violência é praticada pelos filhos e pessoas próximas que moram na mesma residência, convergindo no medo a represália, perda do espaço onde mora e quebra dos vínculos familiares, por parte do idoso.

CONCLUSÃO

A pesquisa aponta que as desigualdades raciais e econômicas impactam o fenômeno da violência contra a pessoa idosa, dado que negros e pardos compõem o maior quantitativo da variável raça, assim como o grupo com maior fragilidade socioeconômica. Infere-se que filhos que desempenham o papel de cuidador do familiar idoso têm sua rotina e dinâmica familiar alterada, o que aumenta o risco de negligência e violência física. Os resultados oriundos da análise das notificações puderam ser corroborados pelos estudos que embasaram a presente pesquisa.

O número de notificações em branco/ignorado nas variáveis analisadas apontam para fragilidades no preenchimento da ficha de notificação de violência, especialmente no que se refere à realização da notificação no âmbito dos serviços de saúde. Atribui-se ao despreparo dos profissionais, no âmbito da atenção básica e da atenção secundária, as fragilidades na notificação das situações de violência que envolvem idosos, devido à ausência de capacitação para o reconhecimento e enfrentamento dos diversos tipos de violência no cotidiano de suas práticas assistenciais. Por estarem cotidianamente presentes em diversos níveis de atenção à saúde, os profissionais de saúde são fundamentais na identificação e na prevenção de violações con-

tra integridade do idoso, porém, para tanto, devem estar aptos na identificação de sinais de violência e em intervenções de prevenção, monitoramento e cuidado a tais vítimas.

Fatores como a aproximação domiciliar, dependência financeira e relacionamentos familiares marcados pela violência contribuem para a ocorrência de violência contra idosos, dado a possibilidade de conflitos geracionais. Neste sentido, é importante que se reconheça, a necessidade do fortalecimento e acompanhamento das famílias como uma das maneiras de prevenir atos de violência contra a pessoa idosa, por meio de monitoramen-

to contínuo e sistemático pelas redes de proteção, de forma intersetorial, no âmbito das políticas públicas de enfrentamento a violência, que ainda carecem de investimentos.

O presente estudo buscou preencher lacunas referente ao contexto de sua realização, a Região Integrada de Desenvolvimento do Entorno (RIDE) e Distrito Federal, tendo por base as notificações de violência contra idosos presentes no SINAN. Todavia, apesar dos avanços em termos de legislação e instâncias de discussão, as notificações nem sempre resultam numa ação efetiva de combate e apoio à pessoa idosa.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios: PNAD. Rio de Janeiro; 2019.
2. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
3. Silva CFS, Dias CMSB. Violência Contra Idosos na Família: motivações, sentimentos e necessidades do agressor. *Psicol Ciênc Prof* [Internet]. 2016;36(3):637-52. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932016000300637.
4. Presidência da República (Brasil). Subsecretaria de Direitos Humanos. Plano de ação para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa. Brasília: Subsecretaria de Direitos Humanos; 2005.
5. Brasil. Lei Nº10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 03 out. 2003, p. 1.
6. Brasil. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH). Painel de dados da Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/ondh/painel-de-dados/primeiro-semester-de-2020>.
7. Brasil. Lei Complementar Nº 163, de 14 de Junho de 2018. Dá nova redação ao § 1º do art. 1º da Lei Complementar nº 94, de 19 de fevereiro de 1998, que autoriza o Poder Executivo a criar a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno – RIDE e instituir o Programa Especial de Desenvolvimento do Entorno do Distrito Federal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 16 jun. 2018. Seção 1:1.
8. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Economia do Distrito Federal. Companhia de Planejamento do Distrito Federal – CODEPLAN. Um olhar demográfico para a região integrada de desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE-DF): natalidade e mortalidade – 2000-2015. Brasília, 2020.
9. Paraíba PMF, Maia MC. Perfil da violência contra a pessoa idosa na cidade do Recife-PE. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* [internet]. 2015 [acessado 10 Jul 2021]; 18(2): 295-306. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14047>.
10. Hohendorff J, Paz AP, Freitas CPP, Lawrenz P, Habigzang LF. Caracterização da violência contra idosos a partir de casos notificados por profissionais da saúde. *Rev. SPAGESP* [internet]. 2018 [acessado 2021 ago.];19(2):64-80. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702018000200006&lng=es.

11. Rolim KL, Falcke D. Violência Conjugal, Políticas Públicas e Rede de Atendimento: Percepção de Psicólogos(as). *Psicol. cienc. prof.* [internet]. 2017 [acessado 10 Jul 2021];37(04). DOI: 10.1590/1982-3703003332016.
12. Silva HC, Rodrigues MF. A violência intrafamiliar contra a pessoa idosa em Goiás. *Boletim Epidemiológico* [internet]. 2017 [acessado 22 jul.2021];18(8).
13. Lima M. “Raça” e pobreza em contextos metropolitanos. *Tempo soc.* [internet]. 2012 [acessado 20 ago. 2021];24(2):233-254. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-20702012000200012>.
14. Santos MA, Moreira RS, Faccio PF, Gomes GC, Silva VL. Fatores associados à violência contra o idoso: uma revisão sistemática da literatura. *Ciênc. saúde coletiva.* [Internet]. 2012 [acessado 228 ago. 2021];25(6):03. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.25112018>.
15. Pinto FNFR. Violência contra o idoso: Uma discussão sobre o papel do cuidador. *Rev Kairos* [Internet]. 2016 [acessado 20 ago. 2021.];19(2):107-119. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/30119/20879>.
16. Lopes EDS, *et al.* Elder abuse in Brazil: an integrative review. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* [internet]. 2018 [acessado 31 ago. 2021];21(5):628-638. DOI: 10.1590/1981-22562018021.180062.
17. Pampolim G, Leite FMC. Neglect and psychological abuse of older adults in a Brazilian state: analysis of reports between 2011 and 2018. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* [internet]. 2020 [accessed 15 jul. 2021];23(6).Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.190272>.
18. Meneghel SN, *et al.* Tentativa de suicídio em mulheres idosas – uma perspectiva de gênero. *Cien Saude Colet* [internet]. 2015 [acessado 29 jul.2021];20(6):1721-1730. DOI: 10.1590/1413-81232015206.02112015.
19. Minayo MCS, Gonçalves F. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. *Rev Saude Publica* [internet]. 2010 [acessado 21 jul.2021];44(4):750-757. DOI: 10.1590/S0034-89102010000400020.
20. Paiva MMT, Santos DM. Violência física e psicológica contra idosos: prevalência e fatores associados. *Rev Paul Enferm* [internet]. 2015 [acessado 25 jul.2021]; 68(6):1035-1041. DOI: 10.1590/0034-7167.2015680606i.
21. Mascarenhas MDM, *et al.* Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde 2 Brasil, 2010. *Cien Saude Colet* [internet]. 2012[acessado 25 jul.2021];17(9): 2331-2341. DOI: 10.1590/S1413-81232012000900014.
22. Dantas RCO, Davidson COD, Ângelo GR. Violência contra a pessoa idosa: baixa ocorrência ou a força do silêncio?. Rio de Janeiro: Poisson; 2019. P. 24-29. doi:10.36229/978-85-7042-181-4.
23. Brasil. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Brasil: manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa. É possível prevenir. É necessário superar. Brasília; 2014.
24. Assis SG, *et al.* Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. *Cien Saude Colet* [internet]. 2012[acessado 25 jul 2021]; 17(9):2305-2317. DOI: 10.1590/S1413-81232012000900012.

25. Brasil. Ministério da Saúde. XXX Congresso Nacional De Secretarias Municipais De Saúde. Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral. Brasília; 2014.
26. Ribeiro AP, Souza ER, Valadares FC. Atendimento de saúde para pessoas idosas vítimas de violência no município do Rio de Janeiro. Cien Saude Colet [internet]. 2012 [acessado 25jul.2021];17(5):1167-1177. DOI: 10.1590/S1413-81232012000500011.

Perfil de crianças com necessidades especiais de saúde (CRIANES) na Atenção Domiciliar

Profile of children with special health needs (CSHN) in Home Care

Luciangela Vasconcelos da Silva¹
Beatriz Correia Reis¹
Flavia da Costa Rodrigues Lima²
Valdenisia Apolinario Alencar³

¹Discente curso de Enfermagem da Escola Superior de Ciências da Saúde – ESCS. Bolsista do Programa de Iniciação Científica. Brasília, Brasil.

²Especialista em Enfermagem em Cardiologia na Modalidade de Residência – Universidade Estadual de Pernambuco – UPE. Docente de Enfermagem da ESCS. Enfermeira da Secretaria de Saúde do Distrito Federal – SESDF. Brasília, Brasil.

³Mestre em Enfermagem pela Universidade de Brasília – UnB. Enfermeira na Atenção Domiciliar – SESDF. Docente do Curso de Enfermagem da ESCS. Brasília, Brasil.

Autor correspondente:

Valdenisia Apolinario Alencar.
E-mail: valdenisiaenf@gmail.com

Recebido em 15/08/2022

Aprovado em 23/03/2023

RESUMO

Objetivo: compreender o perfil das crianças e adolescentes atendidas por um Serviço de Atenção Domiciliar do Distrito Federal, denominados Crianças com Necessidades Especiais de Saúde, para clarificar suas demandas e quais estratégias podem ser adotadas para atendê-las.

Metodologia: pesquisa quantitativa, descritiva, documental.

Resultados: as crianças e adolescentes corresponderam a 21% do total de pacientes assistidos. Verificaram-se múltiplas patologias, prevalecendo as doenças neurológicas (75%), causando dependência tecnológica, caracterizada pelo uso de dispositivos, como gastrostomia (70%), traqueostomia (60%) e oxigenioterapia (50%). No aspecto social detectou-se baixa renda familiar e femininização do cuidado. A equipe multi profissional de saúde e as visitas domiciliares constituíram estratégias de cuidado.

Conclusão: constatou-se um perfil de complexidade clínica, alta dependência tecnológica e vulnerabilidade social, sendo a Atenção Domiciliar potente estratégia de atenção a à saúde. Entre as fragilidades a baixa quantidade de pacientes infantojuvenil e a dificuldade de articulação com outros setores para um cuidado integral.

Palavras-chave: Criança; Adolescente; Acesso aos Serviços de Saúde; Serviços de Assistência Domiciliar; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to understand the profile of children and adolescents assisted by a Home Care Service in the Federal District, called Children with Special Health Care Needs, to clarify their demands and what strategies can be adopted to meet them.

Methodology: quantitative, descriptive, documentary research.

Results: children and adolescents accounted for 21% of all patients assisted. There were multiple pathologies, prevailing neurological diseases (75%), causing technological dependence, characterized by the use of devices, such as gastrostomy (70%), tracheostomy (60%) and oxygen therapy (50%). In the social aspect, low family income and feminization of care were detected. The multi-professional health team and home visits constituted care strategies.

Conclusion: there was a profile of clinical complexity, high technological dependence and social vulnerability, with Home Care being a potent health care strategy. Among the weaknesses, the low number of child and adolescent patients and the difficulty in articulating with other sectors for comprehensive care.

Keywords: Child; Adolescent; Health Services Accessibility; Home Care Services; Nursing Care.

INTRODUÇÃO

A Atenção Domiciliar (AD) é considerada hoje uma via efetiva para responder às crescentes demandas de saúde relacionadas às mudanças, marcadas pelo envelhecimento populacional e pelo crescente número de crianças, adolescentes e adultos com condições de saúde complexas, bem como as mudanças demográficas, caracterizadas pela cronificação de doenças infecciosas, aumento de condições crônicas e situações de saúde oriundas da violência¹.

Vasta literatura aponta que essa estratégia de cuidado domiciliar precede o modelo hospitalar desde os primórdios da humanidade, quando a vida em sociedade se organizou e a casa constituiu-se um lócus do cuidado².

Na realidade brasileira, há registros dessa modalidade de cuidado há mais de sete décadas, antes mesmo da constituição do Sistema Único de Saúde (SUS)³. Atualmente, o arcabouço normativo que trata dessa estratégia de saúde, a define como substitutiva ou complementar à atenção hospitalar, articulada à rede de saúde, abrangendo amplamente diversas faixas etárias, em vários níveis de complexidade assistencial, possibilitando ações de prevenção, tratamento de doenças, reabilitação, promoção à saúde e palição⁴. Apesar dessa possibilidade de cuidado, é fato que o público adulto, e principalmente idoso, é quem compõe majoritariamente a população assistida na AD brasileira, apesar do fenômeno de aumento da expectativa de vida de crianças em situação crônica de saúde⁵⁻⁷.

O fenômeno do aumento do quantitativo de crianças dependentes de tecnologia e/ou cuidados de saúde, com expectativa de vida alargada, mesmo frente a diagnósticos complexos, foi sinalizado a partir de década de 1995, na literatura internacional, por meio da expressão *Children With Special Health Care Needs* (CSHCN). No Brasil, esse público foi denominado Crianças com Necessidades Especiais de Saúde (CRIANES), sinalizado na literatura a partir de 1999. Essa população é real, tem necessidades prementes de cuidado de saúde, com demandas de tratamento, reabilitação e, também, palição⁸⁻⁹.

Essas crianças com doenças crônicas ou incapacitantes inserem-se na classificação de CRIANES, caracterizadas clinicamente por sua fragilidade e por precisarem de atenção peculiar de saúde, com necessidade de atendimentos além do que seria esperado para outras crianças e requerendo intervenções sanitárias específicas para manutenção da estabilidade^{6,8-11}. Para assistir a esse público, é preciso profissionais capacitados, amplo arsenal de recursos de saúde desde tecnologias leves (educação em saúde, monitoramento domiciliar, a duras (tecnologias, equipamentos, procedimentos), nos diversos níveis de atenção à saúde, além da interação com outros serviços para possibilitar cuidado integral e efetivo.

Tais crianças e adolescentes, as CRIANES, apresentam condições crônicas que exigem o fornecimento contínuo de cuidados de natureza temporária ou permanente, em diversos níveis de atenção à saúde¹⁰⁻¹¹.

Para a consolidação da proposta de cuidado domiciliar às CRIANES, é imprescindível conhecer o perfil de pacientes elegíveis para esse tipo de assistência, suas especificidades e complexidade¹². Conhecer a atenção a saúde domiciliar para este público infantojuvenil pode colaborar na consolidação dessa estratégia no SUS, portanto, justificando o presente estudo.

Objetivou-se, assim, averiguar a dinâmica do serviço de saúde no Distrito Federal (DF) com foco na oferta do cuidado infanto-juvenil no ambiente domiciliar. A questão que norteou a pesquisa foi: há oferta de assistência às CRIANES na AD?

Para responder a essa questão de pesquisa, foi investigado se havia CRIANES em um Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), bem como o perfil epidemiológico e clínico e, ainda, os recursos assistenciais investidos.

O DF tem se organizado no formato de regiões de saúde, onde, geograficamente, se organizam os recursos para atenção a determinada população; atualmente, são sete regiões de saúde que comportam todas as cidades, por conseguinte, toda a população do DF. A região de saúde estudada é formada por indivíduos que residem em cinco cidades do DF, alcançando uma população de 299.200 habitantes¹³. Para cobrir todo o território sanitário, o SAD é dividido em duas equipes denominadas Núcleo Regional de Atenção Domiciliar (NRAD), que atuam em áreas geográficas diferentes dentro da região. Esse serviço é diretamente ligado ao hospital e presta cuidados a pacientes em suas casas.

MÉTODOS

Trata-se de estudo de abordagem quantitativa, tipo documental, exploratório descritivo, longitudinal para compreensão da assistência domiciliar prestada às CRIANES em um serviço público de saúde.

A população-alvo foi composta por crianças e adolescentes assistidos por equipe de AD em uma região de saúde do DF.

Como critério para inclusão no estudo, foram identificadas crianças e adolescentes com idade entre 0 e 19 anos, que estavam em acompanhamento ativo pela equipe do SAD durante um ano (no período de janeiro a dezembro de 2019). Foram excluídas CRIANES que não estavam mais em acompanhamento no período selecionado do estudo, ou que entraram para o programa em período posterior a 2019, e, ainda, aquelas cujos registros assistenciais não foram localizados ou cujos responsáveis não aceitaram participar da pesquisa.

Os dados foram coletados de documentos do SAD, tais como registros assistenciais, planilhas de monitoramento, livros de registro, documentos da organização da atenção domiciliar, bem como de prontuário físico e eletrônico da população do estudo. Os dados foram tabulados e analisados no programa Microsoft Excel versão 16.0, utilizando-se estatística descritiva.

Foi analisada a Complexidade Clínica das CRIANES por meio do estudo das condições de saúde, dependência biotecnológica de recursos à saúde e arsenal sanitário investido para manutenção do paciente em assistência domiciliar. Embasou esta análise a Classificação de CRIANES proposta, no Brasil, por autores como Reis *et al.*⁹ e Góes e Cabral¹⁴, caracterizando essas crianças atípicas de acordo com o tipo de cuidado requerido, dividindo o cuidado em seis grupos, conforme segue: 1) desenvolvimento – inclui crianças com disfunção neuromotora muscular, limitações funcionais e incapacitantes, em estimulação de desenvolvimento e funcional; 2) cuidados tecnológicos – refere-se a crianças em uso de dispositivos mantenedores da vida, como gastrostomia, traqueostomia, colostomia etc.; 3) cuidados medicamentosos – em que estão as que fazem uso contínuo de medicamentos, farmacoterapia de sustentação da vida, como antirretrovirais, neurolépticos, anticonvulsivantes, cardiotônicos, etc.; 4) cuidados habituais modificados – trata-se da criança dependente de tecnologias adaptativas nos cuidados cotidianos e nas atividades de vida diária para locomover-se, alimentar-se, arrumar-se, higienizar-se, apoio nas eliminações; 5) de cuidados mistos – há uma combinação de uma ou mais demandas, excluindo-se a tecnológica; 6) demandas de cuidados clinicamente complexos, – há uma combinação de todas as anteriores, incluindo o manejo de tecnologias de suporte de vida.

Quanto ao aspecto ético, o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) do DF, e sob Parecer nº 3.685.581. Buscou-se autorização por parte de familiares responsáveis, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Perfil sociodemográfico

A análise do perfil geral de todos os pacientes assistidos pelo SAD revelou uma média mensal entorno de 100 pacientes atendidos na região de saúde estudada, entre todas as faixas etárias. Enfatiza-se que, do total de pacientes assistidos, apenas 21% (n=20) são crianças ou adolescentes. E que prevaleceu o sexo masculino (85%), com idade igual ou menor que 5 anos, ou seja, crianças na primeira infância (45%).

O cuidador principal das CRIANES foi a mãe (90%), atuando em tempo integral. Outro aspecto analisado foi a escolarização que, no caso das CRIANES, fica melhor caracterizado como inserção escolar, considerando que, devido aos déficits neurológico, cognitivo e motor, há especificidades na educação infantil desse público. Encontraram-se 55% das CRIANES inseridas em instituições educacionais (n=12). Destas, apenas uma criança inserida em Ensino Regular (5%). Prevalencem atividades escolares relacionadas à estimulação. Essa característica foi identificada como participação em atividade de estimulação precoce em 30% das CRIANES (n=6). Assim, prevaleceu a inserção de crianças na modalidade Educação Especial, onde há adequação escolar para recebimento dos estudantes, com singularidades como presença de monitor, administração de dietas enterais, uso de equipamentos como concentrador de oxigênio ou cilindro, para auxiliar no período em que as CRIANES estão na instituição de ensino.

Outro dado importante elencado para compreender o perfil sociodemográfico foi a análise econômica que foi prejudicada por não haver registro documental preciso da renda familiar de todas as CRIANES. Mas foi possível verificar que compõe parte da renda da família um benefício previsto na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), Lei nº 14.176, de 22 de junho de 2021, conhecido por Benefício de

Prestação Continuada (BPC), o que mostra sua vulnerabilidade, uma vez que, para ter direito ao BPC, é preciso demonstração de hipossuficiência familiar. Verificou-se que 80% das CRIANES recebiam BPC. O Quadro 1 expõe com mais detalhes o perfil socio-demográfico apresentado.

Perfil clínico de CRIANES atendidas na AD

Para a análise do perfil clínico, foram estudadas variáveis como doenças, tecnologias (sondas, cateteres, estomias), medicamentos, cuidados habituais modificados (dispositivos e adaptações no ambiente) e a interação entre estes grupos, buscando compreender seu perfil de complexidade clínica.

Foram identificadas 41 doenças distribuídas no grupo de CRIANES, categorizadas pela Classificação Internacional de Doença, 10ª versão (CID-10), seguindo agrupamento por doenças afins, conforme preconizado pela Organização Mundial da Saúde, em 1997. Cada paciente apresentou uma variação de uma até quatro patologias (comorbidades), com média de duas doenças por CRIANES. As doenças mais prevalentes na população do estudo foram as relacionadas ao sistema nervoso (Grupo G – CID-10), diagnóstico presente em 75% das crianças e adolescentes, conforme demonstrado no Quadro 2.

Quadro 1

Perfil Sociodemográfico CRIANES em Brasília – DF. Brasil, 2020.

Características	Variáveis	n	%
<i>Sexo</i>	Masculino	17	85
	Feminino	03	15
	Total	20	100
<i>Idade</i>	Criança (0 a 5 anos)	09	45
	Criança (6 aos 10 anos)	05	25
	Crianças (11 aos 18 anos)	06	30
	Total	20	100
<i>Inserção Educacional</i>	<i>Inseridas em Instituição de Ensino</i>		
	Ensino Especial	10	50
	Ensino Regular	01	5
	<i>Não Inseridas em Instituição de Ensino</i>		
	Crianças que não estudam	9	45
Total	20	100	
	Estimulação Precoce*	06	30

*Crianças que realizam atividades de estimulação precoce. O local de referência Para a estimulação precoce na região de saúde é uma instituição de ensino.

Quadro 2
Distribuição de Doenças nas CRIANES em Brasília – DF, Brasil, 2020.

Capítulo	Diagnóstico	Grupo	Específicos	n	%
II	Neoplasias/Tumores	CD	C71	01	5
	Doenças do sistema nervoso	G	G80.0 (5X) G71.0 (1X) G93 (1X)		
VI			G93.4 (2X) G80.9 (3X) G82.4 (3X)	15	75
IX	Doenças do Aparelho Circulatório	I	I27 (1X) J44.8 (1X)	1	5
X	Doenças do aparelho respiratório	J	J45.9 (1X) J47(1X) J96.(1X)	4	20
XI	Distúrbios do Desenvolvimento e da Erupção Dos Dentes	K	K21(2X)	2	10
XVI	Afecções originadas no período perinatal	P	P57(1X) P27.1 (2X) P07.2 (1X)	4	20
VII	Doenças congênicas, deformidades e anomalias cromossômicas.	Q	Q23.4 (1X) Q32(1X) Q02 (1X) Q40 (1X)	4	20
XVIII	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificadas	R	R23.0 (1X) R13(2X) R56 (1X)	4	20
XIX	Luxação de quadril	S	S06.9 (1X) S73.0 (1X)	2	10
	TOTAL			41*	205%

Na análise clínica, foram investigados ainda os dispositivos e biotecnologias utilizados pelas CRIANES. Registrou-se o uso de 37 tecnologias, entre sondas, cateteres e estomias (conforme Quadro 3), portanto, todas as CRIANES (100%) do estudo utilizavam alguma tecnologia. Do total das CRIANES do estudo, mais da metade (55%) dependiam de um dispositivo, 45% utilizavam dois ou mais dispositivos ou equipamentos, portanto, todas as crianças e adolescentes eram dependentes de algum tipo de biotecnologia para sobrevivência, utilizando uma ou duas tecnologias.

Destacou-se a dependência de dispositivo para alimentação em 75% da população. Destes, a gastrostomia esteve presente em 70% das CRIANES. O segundo dispositivo mais utilizado foi a traqueostomia (60%). Ainda metade das crianças necessitavam de oxigenoterapia suplementar não invasiva (50%), oferecido por cateter nasal ou por

máscara em traqueostomia. A dependência de tais dispositivos é apresentada no Quadro 3.

Frente a esse perfil de doenças e comorbidades, encontrou-se uso de terapia medicamentosa de caráter contínuo em 85% da população (n=17), sendo prevalente o uso de anticonvulsivantes, seguido de neurolépticos e antiespásticos. Dependendo do momento clínico, foram encontrados ainda medicamentos anti-inflamatórios, antipiréticos, analgésicos e antibióticos, adotados pontualmente em caso de infecção inflamação ou alterações agudas.

Foram verificadas, ainda, alterações ambientais em 90% das CRIANES (n=18), adoção de tecnologias facilitadoras de cuidados, como higiene, alimentação, eliminação, entre elas cama ou berço hospitalar, cadeira de rodas adaptada, banheira ou cadeira para banho, alterações estruturais em banheiros, ampliação de portas, montagem de quarto adaptado como leito domiciliar, entre outras

Quadro 3**Dispositivos utilizados nas CRIANES em Brasília – DF, Brasil, 2020.**

Dispositivos	n	%
Dispositivos Respiratório		
Traqueostomia	12	60%
Oxigenioterapia Não Invasiva*	10	50%
Dispositivo Alimentar		
Gastrostomia	14	70%
Sonda Nasoenteral	01	5%

*Oxigênio ofertado por Cateter Nasal ou por máscara de na Traqueostomia

demonstrando as mudanças habituais para atenção às crianças em seus lares. Tais modificações viabilizaram o reestabelecimento ou proporcionaram nova funcionalidade e/ou capacidade após sequelas geradas pela doença de base, possibilitando a manutenção de cuidados cotidianos habituais.

Recursos Assistenciais na atenção às CRIANES

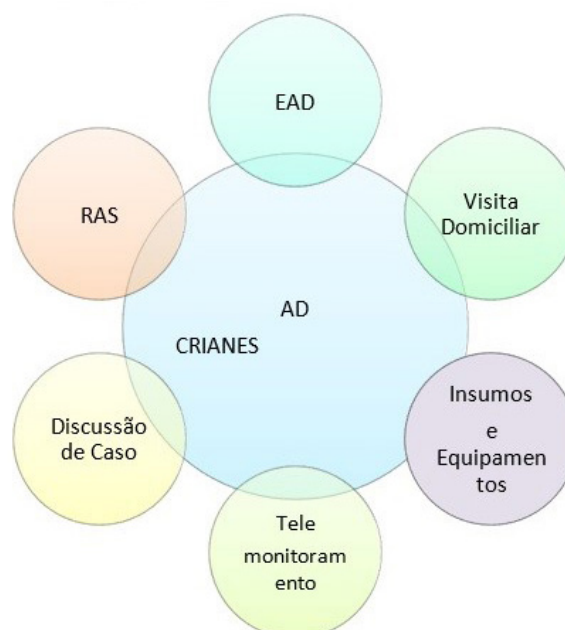
Na investigação dos recursos ofertados no cuidado às CRIANES, foram identificadas seis principais estratégias na AD: A Equipe Multiprofissional da Atenção Domiciliar (EAD), a visita domiciliar, o fornecimento de insumos e equipamentos para uso domiciliar pelo paciente, o telemonitoramento, a discussão de casos clínicos e as Redes de Atenção à Saúde (RAS) das CRIANES, conforme apresentado na Figura 1.

A **EAD**, que presta cuidado às CRIANES, é composta por servidores da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), lotados nos dois Núcleos (NRAD), estrategicamente alocados, cobrindo todo o território de saúde da região do estudo. Compõem a equipe: Enfermeiro, Médico, Técnico de Enfermagem, Nutricionista, Assistente Social, Fonoaudiólogo, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional e Psicólogo, que atuam de forma interdisciplinar na assistência direta aos pacientes em seus domicílios, colaborando para manter o paciente internado em casa com segurança e estabilidade clínica. Além dos profissionais de saúde, há ainda o apoio administrativo do chefe do SAD e do motorista que encaminha a equipe para atendimento domiciliar.

Uma das principais ferramentas do SAD é a **visita domiciliar**. Os profissionais da equipe programam visitas domiciliares para manter o paciente estável no domicílio, nas quais são verificados registros de diversos procedimentos, como aferição de sinais vitais, exame físico, coleta de material para exame, cuidado com estomas e dispositivos, curativo, avaliação nutricional para manter dieta adequada. São realizadas, ainda, orientações quanto a exercícios fisioterápicos, fonoaudiólogos, feitos encami-

Figura 1

Seis principais estratégias de AD nas CRIANES em Brasília – DF, Brasil, 2020.



nhamentos diversos pelo Serviço Social, registro de atendimento psicológico ao paciente e/ou suporte ao cuidador, e feitas medicações parenterais.

Outra estratégia dentro do SAD é a oferta do Programa de Terapia Nutricional Enteral Domiciliar (PTNED), que fornece produtos para nutrição enteral para os pacientes com necessidades de Terapia Nutricional Enteral. Há ainda o Programa de Oxigenoterapia Domiciliar (POD), que empresta concentrador de oxigênio e cilindros reserva de oxigênio para os pacientes dependentes de oxigenoterapia não invasiva, utilizando cateter nasal ou máscara para oxigenoterapia. São ainda prestados Cuidados Paliativos Domiciliares para pacientes com doença grave, progressiva e que ameaça a continuidade de sua vida.

Além da assistência à saúde em lócus no domicílio, a equipe também disponibiliza suporte aos familiares na unidade de saúde, onde ficam as bases de apoio da equipe de AD, nos NRAD. Esse suporte se dá por meio de grupo de apoio psicossocial e atendimento individualizado aos cuidadores, majoritariamente pelo serviço social e psicologia. São também realizadas pela EAD reuniões familiares, denominadas Conferência Familiar, entre membros da equipe e da família, para ajudar a fortalecer o vínculo e construir proposta de cuidado domiciliar. É promovida, ainda, educação para a saúde por meio de reuniões entre os profissionais e cuidadores responsáveis pelos pacientes.

O **fornecimento de equipamentos e insumos** trata do empréstimo de equipamentos para pacientes em acompanhamento domiciliar, tais como cama, nebulizador, aspirador portátil, cadeira de banho. Como o paciente está internado em domicílio, foi ainda detectado o fornecimento de insumos para o cuidado domiciliar, entre eles, fraldas descartáveis, luvas, sondas de aspiração, seringas, materiais para curativo, entre outros.

Outro aspecto importante checado, quanto aos recursos disponibilizados para o cuidado às CRIANES, foi o **telemonitoramento**, onde há registro em prontuário de contato telefônico da equipe para os cuidadores/familiares. São feitas ligações frequentes para monitorar alterações no quadro clínico, a necessidade de atualização de receitas e relatórios.

Há ainda **discussão de caso clínico** realizado pela equipe multiprofissional, com análise do quadro clínico de cada paciente e programação de inter-

venções a serem realizadas ou revisão dos encaminhamentos feitos.

O estudo possibilitou averiguar que a AD atua em conjunto com outros serviços para responder às diversas demandas dos pacientes. Constatou-se o diálogo de diversos setores e serviços, sinalizando uma intersectorialidade para atenção às CRIANES. Em relação à saúde, verificou-se o uso da **RAS** na atenção à criança e adolescente. Além da AD, há ainda outros setores de saúde que prestam cuidado, tais como Unidade Básica de Saúde (Imunização), atendimento ambulatorial com especialistas, como pneumologistas pediátrico, hospitais especializados públicos e terceirizados (Instituto Hospital de Base, Hospital da Criança José Alencar, Hospital Materno-Infantil de Brasília, Hospital da Rede Sarah).

Além das instituições de saúde, há instituições da assistência social (CRAS e CREAS), instituições de ensino (escola especial, escola regular, instituições que ofertam estimulação precoce – Centro de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente [CAIC]), órgãos do Poder Judiciário (Fórum, Defensoria Pública). Não foi possível determinar exatamente, por meio dos documentos e registros assistenciais analisados, como ocorre a comunicação e interação dos diversos serviços envolvidos na atenção às CRIANES. Verificou-se pontualmente o uso do Sistema Eletrônico de Informação (SEI) oficial do Governo do Distrito Federal, e-mail, mas, além desse, há contato telefônico, documentos encaminhados de forma física, entre outros. Existem, porém, falhas na comunicação, por exemplo, quando CRIANES são atendidas em pontos da RAS, onde o sistema de informação de saúde não é o mesmo da SES, não havendo claramente interação entre os pontos de saúde.

DISCUSSÃO

Perfil sociodemográfico de CRIANES na AD

A prevalência de pacientes adultos/idosos na AD foi detectada no presente estudo. Apenas 21% da população assistida no domicílio é composta por crianças ou adolescentes (0 a 19 anos). Tal característica é apontada por outros estudos brasileiros⁵. Em amplo estudo, que analisou o perfil de pacientes em 23 estados no Brasil⁷, verificaram a prevalência de idosos em cuidado domiciliar, característica também apontada por Braga *et al.*¹² que, em revisão de literatura acerca da AD, sinalizaram um perfil de atendimento de pacientes idosos. Tais es-

tudos corroboram com o dado encontrado e provocam quanto à necessidade de investigar o fato de as CRIANES ainda estarem em pequeno número no serviço, mesmo frente ao crescente número de dependentes de cuidado domiciliar.

Outra característica do perfil das CRIANES foi o maior quantitativo do sexo masculino, o que corrobora com os achados de outros estudos que objetivaram analisar CRIANES e famílias no domicílio⁹.

A feminização do cuidado e caráter materno, encontrada neste estudo, fica evidente frente ao dado de 90% das CRIANES cuidadas por suas mães em tempo integral. O que pode ser justificado pela sintomatologia de CRIANES que, desde o nascimento, é dependente de cuidado peculiar relacionado a tecnologias¹⁸⁻¹⁹, o que acarreta uma sobrecarga da mulher e impacta no orçamento familiar, uma vez que elas necessitam de afastamento temporário ou permanente do seu setor de trabalho para cuidar das CRIANES^{9,14-16}. A sobrecarga neste cuidado materno é apontada por outros autores, que ratificam a necessidade de apoio para essas famílias^{8-9,14-16}.

O estudo do aspecto financeiro, apesar de não demonstrar exatamente a renda dos familiares, por não haver registro exato dessa informação no prontuário, mostrou risco de vulnerabilidade das famílias das CRIANES, uma vez que o BPC, recebido por 80% das crianças, compõe parte da renda familiar, e sabendo que esse benefício apenas é fornecido a indivíduos com renda baixa, conforme normativa que trata do tema²⁰. Apesar de não conseguir o dado da renda familiar total, o fato de receber o benefício comprova a vulnerabilidade social associada à renda familiar *per capita* baixa. Esse aspecto também foi apontado por outros autores¹⁷⁻¹⁹, ao estudarem pacientes pediátricos, reafirmando que as famílias tendem a buscar estratégias para enfrentamento desse impacto financeiro, seja por meio de auxílio financeiro, seja na busca de medicamentos e insumos de forma gratuita pelo SUS, porém, a pesquisa demonstrou que o acesso aos medicamentos é escasso, o que gera uma barreira para o tratamento¹⁷.

Vale esclarecer que o BPC é a garantia de um salário mínimo por mês ao idoso com idade igual ou superior a 65 anos ou à pessoa com deficiência de qualquer idade. Para ter direito ao BPC, é necessário, além da questão da condição de saúde e faixa etária caracterizada por ser idoso, que a renda por pessoa do grupo familiar seja igual

ou menor que 1/4 do salário-mínimo, valor que representa o mínimo existencial e que, segundo a Organização das Nações Unidas, representa uma população vivendo na linha da miséria. Em 2015, o Banco Mundial atualizou o valor de referência para extrema pobreza como sendo pessoas que vivem com uma renda diária de U\$ 1,90, o que representa aproximadamente R\$300,00 (trezentos reais) mensais. Tais valores reforçam a vulnerabilidade socioeconômica dessa população de CRIANES e suas famílias²⁰⁻²¹.

Quando analisadas em conjunto, a questão da feminização do cuidado e da renda mostram intrínseca relação. A feminização, que pode ser denominada ainda maternização, pois a mãe assumiu o cuidado integral em 95% dos casos, gera impacto financeiro, uma vez que, para o cuidado integral, a maioria das mães opta por não trabalhar, ou conciliar a atividade laboral com o cuidado das CRIANES, frente a baixa renda familiar, comprovada pelo acesso ao auxílio governamental (BPC). É possível inferir que essa situação tende a repercutir, gerando instabilidade econômica familiar, conforme corroboram Leite *et al.*¹⁸ ao pesquisarem o impacto familiar do cuidado às CRIANES.

É possível afirmar que a vulnerabilidade clínica dessas CRIANES provoca um ciclo de vulnerabilidade social, fato corroborado por Okido *et al.*⁸ ao referirem que há uma transcendência da fragilidade clínica da criança implicando vulnerabilidade social, associada a fatores como baixa renda e baixo nível de escolaridade dos cuidadores.

O estudo da escolarização mostrou que não é possível a manutenção da maioria das crianças em estudo regular, justificado por suas condições de saúde, limitações físicas e cognitivas, apenas uma criança do estudo estava em atividades escolares para sua idade. Mas identificaram-se outra possibilidade vinculadas ao ensino, tais como a potencialidade de sociabilização, atividades lúdicas e de atividades de estimulação precoce por meio de instituições de ensino, o que corrobora com a importância das ações interssetoriais e em especial do setor educação⁶.

Perfil clínico de CRIANES atendidas na AD

O perfil clínico aponta para a complexidade das CRIANES. Confrontando o perfil clínico encontrado com a Classificação de CRIANES adotado por Reis *et al.*⁹ e Góes e Cabral¹⁴, foi possível verificar que a maioria das crianças do estudo se en-

quadram nos seis grupos de classificação citados pelos autores, o que, portanto, as classifica como Complexas do ponto de vista clínico.

No grupo 1, quanto às condições de saúde, verificaram-se doenças neurológicas, oncológicas, pneumopatias, distúrbios gastrointestinais, as quais acarretaram incapacidades em todas as crianças do estudo. Os múltiplos diagnósticos na população do estudo, ao todo 41 doenças, estão distribuídos entre todas as CRIANES, variando de uma a quatro comorbidades que evoluem cronicamente, e tal perfil foi detectado em outros estudos com crianças atípicas^{11-12,15,18}. A prevalência de doenças do sistema nervoso também foi apontado por outros estudos⁸⁻¹⁰. A análise das doenças e suas sequelas, incapacidades e disfuncionalidades, aponta o perfil de complexidade clínica que exige equipe capacitada para o manejo domiciliar das CRIANES, para que se alcancem os objetivos essenciais da AD de promover desospitalização e prevenir reospitalizações nesse público^{9-10,12}.

O grupo 2, dos cuidados tecnológicos e uso de dispositivos mantenedores da vida (gastrostomia, traqueostomia, e outras estomias), fortalece o conceito de complexidade dessa população infantojuvenil, por comprovar as múltiplas morbidades associadas, várias delas com sequelas que exigem a dependência de tecnologias, equipamentos, estomias e/ou sondas^{11-12,15}. Entre as tecnologias identificadas, destaca-se a dependência de equipamentos relacionadas à nutrição, eliminação e ao suporte para oxigenoterapia domiciliar.

No grupo 3, relativo aos cuidados medicamentosos, verificou-se a necessidade de farmacoterapia contínua domiciliar em maior parte das crianças do estudo. Apenas 15% da população (n=03) não necessitavam de medicação contínua, utilizando apenas sintomáticos em quadro infecciosos, inflamatórios. Essa necessidade de farmacoterapia é corroborada por Silva *et al.*¹⁹ ao estudarem a sintomatologia das doenças em CRIANES, identificando a necessidade de terapia medicamentosa, sendo esta considerada importante para diminuir os impactos das doenças, sendo eficazes para o controle de sintomas.

O grupo 4, que caracteriza cuidados habituais modificados, mostrou-se presente nas CRIANES, uma vez que houve modificações ambientais para estabelecimento do leito domiciliar. Diversos autores defendem que, para esse cuidado a crianças, fazem-se necessários suporte técnico-profissional

e recursos específicos capazes de promoverem um cuidado humano e resolutivo em domicílio^{9,12,14-16}.

No grupo 5, que tange aos cuidados mistos, há uma combinação de uma ou mais demandas, excluindo-se a tecnológica, descartado porque todas as crianças do estudo eram dependentes de alguma tecnologia, conforme já exposto.

O grupo 6, que se refere à combinação dos demais grupos de classificação, sinalizando demandas de cuidados clinicamente complexos, verificou-se na população do estudo, reforçando que as CRIANES assistidas em seu domicílio pelo SAD exigem estratégias amplas de cuidados, o que é ratificado por Moreira *et al.*⁶, que propõe a elaboração de uma linha de cuidados para crianças e adolescentes com condições crônicas complexas de saúde, e corroborando por Rossetto *et al.*¹¹, com a proposta de um fluxograma organizativo para o cuidado das CRIANES na AD.

Tais dados reforçam a complexidade clínica das crianças, comprovando a necessidade de estratégia de assistência domiciliar arrojada.

Recursos assistenciais na atenção às CRIANES

Entre os recursos assistenciais de saúde verificados, foram detectados diversos instrumentos de cuidado domiciliar, tendo destaque a equipe de profissionais da AD, a visita domiciliar, o fornecimento de equipamentos e insumos, e a integração de vários serviços que atuam na atenção às CRIANES.

Diversos estudos apontam a importância da visita domiciliar para efetivação da estratégia de cuidado extra-hospitalar. Silva *et al.*¹⁹, em trabalho que avaliou a sintomatologia das doenças em CRIANES, afirmam a importância da equipe, clarificando que, para obter um atendimento domiciliar, é imprescindível uma equipe multiprofissional, que atenda às diversas demandas apresentadas¹⁹.

Frente a complexidade clínica das CRIANES, foi possível verificar a oferta de equipamentos (cama, aspirador), insumos (fraldas, luvas, materiais para curativo), além das ferramentas humanas (telemonitoramento, visita domiciliar). A necessidade de recursos, para efetiva prestação do cuidado domiciliar a crianças, é corroborada por diversos autores^{15-17,19} e sinalizada como uma grande potencialidade no cuidado das CRIANES^{11,12,17}, visto sua abordagem longitudinal e multiprofissional, sen-

do possível o manejo de condições agudas a crônicas, oscilando até a condução de condições que envolvem dispositivos de alta tecnologia, como ventilação mecânica invasiva^{9-10,17-18}.

Ao estudar o adoecimento nas CRIANES, é importante observar a sintomatologia, tanto para reabilitar como para minimizar os impactos que prejudicam a progressão clínica, destacando a dificuldade de comunicação¹⁹, muitas vezes despercebida pelos profissionais da saúde e que pode acarretar o desenvolvimento de uma doença subclínica nas crianças, mais uma vez mostrando a importância da adoção da assistência domiciliar às CRIANES, pautada na promoção da melhor qualidade de vida possível ao longo do processo da doença, respeitando as especificidades da criança, permitindo que ela retorne ao seu lar, retomando mesmo que precariamente o ser criança¹⁶⁻¹⁹.

Acerca da equipe multiprofissional, é importante apontar a necessidade da presença de profissional psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, entre outros, que permita um atendimento diante das complexidades demandadas. No presente estudo, foi encontrada equipe multiprofissional de saúde composta por seis categorias: Enfermeiro, Médico, Nutricionista, Fisioterapeuta, Assistente Social, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional. A equipe multiprofissional é considerada um precioso recurso para o cuidado domiciliar^{16,17,19}.

Dentro da equipe, a importância da Enfermagem fica evidente ao analisar sua atuação na logística do cuidado, sendo constatado que é ela que gere logisticamente o fornecimento de insumos e equipamentos, realiza o telemonitoramento com os cuidadores, além da assistência prestada na casa, que ficou explícita pelo registro do cuidado e manejo de estomas e dispositivos, além das ações de educação em saúde¹⁻¹⁷. As famílias e os cuidadores podem obter uma troca positiva aprendendo novas habilidades com a equipe de enfermagem e com a prática social de cuidados das famílias, o que acarreta o retorno positivo para as CRIANES^{9-10,15}.

Outro recurso assistencial detectado foi a rede de suporte à criança. Verificaram-se vários serviços nas áreas da saúde, assistência, educação e direito, mas sem uma interação clara entre eles⁷.

Recomenda-se um cuidado para esse público, reafirmando que essas crianças desafiam as expectativas e, se anteriormente não sobreviviam, hoje ultrapassam as fronteiras hospitalares, portanto, necessitam de diversos equipamentos sociais, não

somente de saúde, fato também citado em outros trabalhos acerca das CRIANES^{7-10,17-19}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu verificar que as CRIANES compõem pequena parte do público assistido pela estratégia da AD, onde prevalece a atenção aos idosos e adultos. Com base nos avanços biotecnológicos e no aumento das crianças atípicas herdeiras de tecnologia, é imperativo que o SAD se adeque para receber e responder às demandas desse público infantojuvenil, que tende a aumentar progressivamente. Outro aspecto socio-demográfico identificado foi o socioeconômico de vulnerabilidade social oriunda de vulnerabilidade clínica, caracterizada pela baixa renda familiar, necessitando de suporte do Estado por meio de benefício social (BPC), para aporte financeiro familiar, e mesmo com tal aporte financeiro, as famílias sobrevivem com restrita renda que representa mínimo existencial, colocando-as em risco social, em faixa que caracteriza pobreza extrema.

Um ator que aparece de forma importante é a mãe das CRIANES, como cuidador principal, que se dedica a esse cuidado domiciliar. Tal situação impede colocação no mercado de trabalho, impactando na renda familiar e, ainda, ratificando a feminização do cuidado e, especificamente no caso das CRIANES, representando um cuidar de caráter integral e materno.

Detectou-se um caráter de Complexidade Clínica no perfil dessas crianças, quando analisado o perfil em relação à Classificação de CRIANES, no qual foram verificadas múltiplas patologias, tendo destaque as doenças neurológicas (75%), que geram dependência de tecnologias (100% das crianças utilizando dispositivos, sendo gastrostomia em 70% e 60% traqueostomia). O uso de medicamentos foi encontrado em 85% dos casos e houve modificações habituais em 90% das crianças assistidas na AD.

Constatou-se, ainda, a ampla gama de ferramentas investidas para o cuidado das CRIANES no ambiente domiciliar, tais como a visita domiciliar, a atuação da equipe multiprofissional de saúde, o fornecimento de insumos e equipamentos, a utilização de instrumentos como discussão de caso e monitoramento telefônico, demonstrando a capacidade da AD para responder às demandas das crianças e adolescentes, e sinalizando que o cuidado no domicílio é ferramenta necessária, resoluti-

va e potente para as complexas demandas desse público em específico, capaz de ofertar um lócus de cuidado efetivo, complementar e várias vezes substitutivo ao ambiente hospitalar, que humaniza e personifica o cuidado, ao garantir condições seguras de desospitalização e manutenção das CRIANES em seus lares.

A dificuldade de comunicação da RAS e de articulação com outros setores, como a educação, aponta desafios a serem vencidos para a construção do cuidado integral a crianças e adolescentes com condições complexas de saúde. Verificou-se que 55% das crianças estavam inseridas em alguma atividade educacional, o que tem potencial de viabilizar socialização, lazer por meio de atividades lúdicas e de atividades de estimulação precoce, em alguns casos, inclusive o ensino regular, desde que haja adaptações para acolhimento dessas crianças com suas especificidades.

Portanto ao estudar as CRIANES na AD domiciliar foi possível entender que essa é uma estratégia necessária, uma vez existem demandas reais em diversas áreas, com saúde, educação, entre outros setores. Os recursos assistências empreendidos pela AD respondem a demandas sanitárias dessas crianças. Verificamos que as crianças atendidas são atípicas, com múltiplas patologias, dependentes de dispositivos tecnológicos, e neste contexto há oferta de assistência a saúde, equipamentos e

insumos capazes de manter estes pacientes internados em seus domicílios. É fato a vulnerabilidade clínica associada a vulnerabilidade social, evidenciada pela renda familiar baixa. A mãe é a cuidador principal, apontando a feminização do cuidar. Além da saúde há outras necessidades sociais a serem respondidas, requerendo, a presença efetiva de outros setores e serviços para promover um cuidado integral a essas CRIANES, urge otimizar a interação entre os vários serviços o cuidado da criança e família.

A realização da pesquisa durante a pandemia de Covid-19 dificultou e limitou o alcance do estudo. Entretanto, como forma de sugestão dessa pesquisa, busca-se que ela seja replicada em outros serviços de AD para checar o perfil de CRIANES e possibilitar a ampliação de cuidado singular para essas crianças e adolescentes.

Outra limitação da pesquisa foi a metodologia proposta de pesquisa documental, com base nos registros assistenciais. Devido ao fato de os registros estarem por vezes incompletos, da dificuldade de comunicação e de registro do SEI, e de não haver uma interação clara na comunicação entre os pontos de atenção à criança, houve um déficit no levantamento de dados, impossibilitando uma ampla avaliação do perfil e recursos utilizados na atenção às CRIANES.

REFERÊNCIAS

1. Rajão FL, Martins M. Atenção domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre a consolidação e uso de serviços no Sistema Único de Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2020;25(5):1863-76. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34692019>.
2. Foucault M. O nascimento do hospital. In: Machado R, organizador. *Microfísica do Poder*. 25. ed. Rio de Janeiro: Graal; 2012.
3. Feuerwerker LCM, Merhy EE. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Rev Panam Salud Publica*. 2008 [acesso 5 jun 2021];24(3):180-8. Disponível em: [https://www.scielo.org/pdf/rpsp/2008.v24n3/180-188#:~:text=feuerwerker%20lcm%2c%20merhy%20ee.,\(3\)%3a180%e2%80%938](https://www.scielo.org/pdf/rpsp/2008.v24n3/180-188#:~:text=feuerwerker%20lcm%2c%20merhy%20ee.,(3)%3a180%e2%80%938).
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 825, 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [acesso 5 jun 2021]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html.
5. Carnaúba CMD, Silva TDA, Viana JF, Alves JBN, Andrade NL, Trindade Filho EM. Clinical and epidemiological characterization of patients receiving home care in the city of Maceió, in the state of Alagoas, Brazil. *Rev. bras. geriatr. gerontol*. 2017;20(3):352-62. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.160163>.

6. Moreira MCN, Albernaz LV, Sá MRC, Correia RF, Tanabe RF. Recomendações para uma linha de cuidados para crianças e adolescentes com condições crônicas complexas de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2017;33(11):e00189516. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00189516>.
7. Wachs LS, Nunes BP, Soares MU, Facchini LA, Thumé E. Prevalência da assistência domiciliar prestada à população idosa brasileira e fatores associados *Cad. Saúde Pública*. 2016;32(3):e00048515. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00048515>.
8. Okido ACC, Neves ET, Cavicchioli GN, Jantsch LB, Pereira FP, Lima RAG. Fatores associados ao risco familiar de crianças com necessidades especiais de saúde. *Rev. esc. enferm. USP*. 2018;52:e03377. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2017048703377>.
9. Reis KMN, Alves GV, Barbosa TA, Lomba GO, Braga PP. A vivência da família no cuidado domiciliar à criança com necessidades especiais de saúde. *Cienc. Enferm*. 2017;23(1):45-55. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-95532017000100045>.
10. Zamberlan KC, Neves ET, Severo VRG, Passos RP. O cuidado à criança com doença crônica ou incapacitante no contexto hospitalar. *J. res.: fundam. care. online* 2014;6(3):1288-301. doi: 10.9789/2175-5361.2014v6n3p1288.
11. Rossetto V, Toso BRGO, Rodrigues RM. Fluxograma organizativo de atenção domiciliar às crianças com necessidades especiais de saúde. *Rev. Bras. Enferm*. 2020;73(Suppl 4):e20190310. doi: 10.1590/0034-7167-2019-0310.
12. Braga PP, *et al.* Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2016;21(3):903-12. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015213.11382015>.
13. Companhia de Planejamento do Distrito Federal. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios. PDAD – 2018. Brasília: Codeplan; 2019 [acesso 5 jun 2022]. Disponível em: http://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2019/03/pdad_df-grupo-de-renda-compactado.pdf.
14. Góes FGB, Cabral IE. Discourses on discharge care for children with special healthcare needs. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(1):154-61. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0248>.
15. Neves ET, Silveira A. Desafios para os cuidadores familiares de crianças com necessidades especiais de saúde: contribuições da enfermagem. *Rev Enferm UFPE on line*. 2013 [acesso 5 jun 2022];7(5): 1458-62. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1033637>.
16. Favaro LC, Marcon SS, Nass EMA, Reis P, Ichisato SMT, Bega AG, *et al.* Percepção do enfermeiro sobre assistência às crianças com necessidades especiais de saúde na atenção primária. *Reme: Rev Min Enferm*. 2020;24. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20200006>.
17. Gouveia MTO, Mendes MCS, Luz YPO, Silva GRF. Classificação de pacientes pediátricos em um hospital de ensino de Teresina. *Rev Rene*. 2010 [acesso 5 jun 2022];11(N. Esp):160-8. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324027973018.pdf>.
18. Leite FLLM, Gomes GC, Minasi ASA, Nobre CMG, Oliveira SM, Severo DG. Criança com necessidades especiais de saúde: análise do cuidado prestado pela família. *REAS*. 2019;11(15):e1342. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e1342.2019>.
19. Silva RX, Oliveira RGS, Almeida KR, Lima AL, Lélis ALPA, Calado DB, *et al.* Sintomatologia das doenças em crianças e adolescentes com necessidades especiais. *Id on Line Rev. Mult. Psic*. 2019;13(47): 836-56. DOI: 10.14295/idonline.v13i47.2081.

20. Brasil. Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS – Lei nº. 14.176, de 22 de junho de 2021. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, para estabelecer o critério de renda familiar per capita para acesso ao benefício de prestação continuada, estipular parâmetros adicionais de caracterização da situação de miserabilidade e de vulnerabilidade social e dispor sobre o auxílio-inclusão de que trata a Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência); autoriza, em caráter excepcional, a realização de avaliação social mediada por meio de videoconferência; e dá outras providências. Diário Oficial da União 23 jun 2021 [acesso 5 jun 2022]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.176-de-22-de-junho-de-2021-327647403>.
21. Garcia DSSD, Garcia HS. Repensando as políticas globais de erradicação da pobreza. Rev. Dir Adm. 2020 [acesso 5 jun 2022];279(1):161-92.