

Silvia Virginia Coutinho Areosa
Jane Dagmar Renner
Mari Angela Gaedke
Cezane Priscila Reuter
Letícia Lorenzoni Lasta
Organizadoras

INTER- DISCIPLI- NARIDADE

**NA PROMOÇÃO
DA SAÚDE**

*e os desafios em
tempos de pós pandemia*

**INTERDISCIPLINARIDADE NA
PROMOÇÃO DA SAÚDE E OS DESAFIOS
EM TEMPOS DE PÓS-PANDEMIA**

Coordenadora da Comissão Científica

Dra. Cézane Priscila Reuter - Universidade de Santa Cruz do Sul/UNISC, Brasil

Vice-Coordenadora da Comissão Científica

Dra. Ana Paula Helfer Schneider - Universidade de Santa Cruz do Sul/UNISC, Brasil.

Equipe organizadora da Comissão Científica

Dra. Ana Paula Sehn - Universidade de Santa Cruz do Sul/UNISC, Brasil.

Ms. Morgana Pappen - Universidade de Santa Cruz do Sul/UNISC, Brasil.

Ms. Nathalia Quaiatto Felix - Universidade de Santa Cruz do Sul/UNISC, Brasil.

Ms. Tiago Antonio Heringer - Universidade de Santa Cruz do Sul/UNISC, Brasil.

Comissão Científica

Dr. Alex Véliz Burgos - Universidad De Los Lagos/Santiago, Chile.

Dr. Alexandre Rieger - Universidade de Santa Cruz do Sul/UNISC, Brasil.

Dra. Ana Cecilia Marotta Mendez - Universidad De La República – Maldonado, Uruguai.

Dra. Analie Nunes Couto – Pontifícia Universidade Católica/PUCRS, Brasil.

Dr. Anderson Araújo Carneiro - UGAM/Canadá.

Dr. André Luiz Silva Alvim – UFJF/Universidade de Santa Cruz do Sul/UNISC, Brasil.

Dra. Andréia Rosane de Moura de Valim - Universidade de Santa Cruz do Sul/UNISC, Brasil.

Dra. Anita Dörner Paris - Universidad De Los Lagos/Santiago, Chile.

Dra. Caroline Brand - Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Chile.

Dra. Chana de Medeiros da Silva - Universidade de Santa Cruz do Sul/UNISC, Brasil.

Dr. Cristian Álvarez - Universidad Andrés Bello, Viña Del Mar, Chile.

Dra. Dulciane Nunes Paiva - Universidade de Santa Cruz do Sul/UNISC, Brasil.

Dra. Éboni Marília Reuter - Universidade de Santa Cruz do Sul/UNISC, Brasil.

Dra. Edna Linhares Garcia - Universidade de Santa Cruz do Sul/UNISC, Brasil.

Dr. Eduardo Steindorf Saraiva - Universidade de Santa Cruz do Sul/UNISC, Brasil.

Dr. Erivelton Fernandes França - UNIDRUMMOND/ UNISC, Brasil.

Dra. Helen Freitas D' Avila - Universidade de Santa Cruz do Sul/UNISC, Brasil.

Dra. Hildegard Hedwig Pohl - Universidade de Santa Cruz do Sul/UNISC, Brasil.

Dr. James Philip Hobkirk - University of Hull/Reino Unido.

Dra. Jane Dagmar Pollo Renner - Universidade de Santa Cruz do Sul/UNISC, Brasil.

Dra. Janine Koepf - Universidade de Santa Cruz do Sul/UNISC, Brasil.

Dra. Karin Allor Pfeiffer - Michigan State University/Michigan, EUA.

Dra. Letícia Lorenzoni Lasta - Universidade de Santa Cruz do Sul/UNISC, Brasil.

Dra. Lia Gonçalves Possuelo - Universidade de Santa Cruz do Sul/UNISC, Brasil.

Dra. Luciana Tornquist- Universidade de Santa Cruz do Sul/UNISC, Brasil.

Dr. Marcelo Carneiro - Universidade de Santa Cruz do Sul/UNISC, Brasil.

Dr. Marcus Vinicius Castro Witczak - Universidade de Santa Cruz do Sul/UNISC, Brasil.

Dra. Mari Ângela Gaedke - Universidade de Santa Cruz do Sul/UNISC, Brasil.

Dra. Maria da Luz Cabral - Santa Casa de Misericórdia, Lisboa/PT.

Dra. Pâmela Ferreira Todendi – Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFRGS, Brasil.

Dra. Rebecca Ortiz La Banca Barber - Harvard University/ Harvard Medical School, Boston, EUA.

Dra. Sílvia Isabel Rech Franke - Universidade de Santa Cruz do Sul/UNISC, Brasil.

Dra. Sílvia Virginia Coutinho Areosa - Universidade de Santa Cruz do Sul/UNISC, Brasil.

Dra. Suzane Beatriz Frantz Krug - Universidade de Santa Cruz do Sul/UNISC, Brasil.

Dr. Valeriano Antonio Corbellini - Universidade de Santa Cruz do Sul/UNISC, Brasil.

Avaliação dos capítulos feita pelos pares no sistema duplo cego.

**Silvia Virginia Coutinho Areosa
Jane Dagmar Pollo Renner
Mari Angela Gaedke
Cezane Priscila Reuter
Letícia Lorenzoni Lasta
(Organizadoras)**

**INTERDISCIPLINARIDADE NA
PROMOÇÃO DA SAÚDE E OS DESAFIOS
EM TEMPOS DE PÓS-PANDEMIA**



Pedro & João
editores

Copyright © Autoras e autores

Todos os direitos garantidos. Qualquer parte desta obra pode ser reproduzida, transmitida ou arquivada desde que levados em conta os direitos das autoras e dos autores.

Silvia Virginia Coutinho Areosa; Jane Dagmar Pollo Renner; Mari Angela Gaedke; Cezane Priscila Reuter; Letícia Lorenzoni Lasta [Orgs.]

Interdisciplinaridade na Promoção da Saúde e os desafios em tempos de pós-pandemia. São Carlos: Pedro & João Editores, 2024. 259p. 16 x 23 cm.

ISBN: 978-65-265-1078-0 [Impresso]

978-65-265-1026-1 [Digital]

1. Interdisciplinaridade. 2. Promoção da saúde. 3. Cuidados. 4. Pandemia da covid-19. I. Título.

CDD – 370

Capa: Luidi Belga Ignacio

Ficha Catalográfica: Hélio Márcio Pajeú – CRB - 8-8828

Revisão: Lourdes Kaminski

Diagramação: Diany Akiko Lee

Editores: Pedro Amaro de Moura Brito & João Rodrigo de Moura Brito

Conselho Científico da Pedro & João Editores:

Augusto Ponzio (Bari/Itália); João Wanderley Geraldi (Unicamp/Brasil); Hélio Márcio Pajeú (UFPE/Brasil); Maria Isabel de Moura (UFSCar/Brasil); Maria da Piedade Resende da Costa (UFSCar/Brasil); Valdemir Miotello (UFSCar/Brasil); Ana Cláudia Bortolozzi (UNESP/Bauru/Brasil); Mariangela Lima de Almeida (UFES/Brasil); José Kuiava (UNIOESTE/Brasil); Marisol Barenco de Mello (UFF/Brasil); Camila Caracelli Scherma (UFFS/Brasil); Luís Fernando Soares Zuin (USP/Brasil).



Pedro & João Editores

www.pedroejoaoeditores.com.br

13568-878 – São Carlos – SP

2024

Agradecimentos

Agradecemos aos dirigentes da Universidade de Santa Cruz do Sul, pela disponibilização da estrutura necessária para a realização do evento e pelo apoio na captação de recursos.

Agradecemos a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil - CAPES, pelos recursos financeiros concedidos ao evento através do PROAP.

Agradecemos a FAPERGS, pelo apoio financeiro destinado à publicação dos Anais do evento e à publicação deste livro, por meio do Edital AOE.

Financiamento:



Apoio:



Produtora:



SUMÁRIO

PREFÁCIO	13
PRÁTICAS DE CUIDADOS INTERDISCIPLINARES	
Silvia Virginia Coutinho Areosa Jane Dagmar Pollo Renner Mari Ângela Gaedke	
1. REVISÃO DE ANTECEDENTES EMPÍRICOS SOBRE O FENÔMENO “SITUAÇÃO DE RUA” EM ÂMBITO DE POLÍTICAS PÚBLICAS: PARA ALÉM DAS DEMANDAS DE SAÚDE	17
Maria Luiza Adoryan Machado María Constanza Aguilar Bustamante	
2. O SUICÍDIO NO BRASIL: POPULAÇÃO GERAL X PESSOAS TRANS	33
Mariluzza Sott Bender Kethllen Stephanie Beranger Edna Linhares Garcia Michele Kremer Sott Kamila Baum Suelen Machado de Freitas Eduardo Steindorf Saraiva	
3. EVOLUÇÃO TEMPORAL E O IMPACTO DA PANDEMIA DA COVID-19 NOS PROCEDIMENTOS DE ESTIMULAÇÃO PRECOCE NO SUS	45
Christian Caldeira Santos Sant Ana de Lima da Costa Antônio Adolfo Mattos de Castro Eloá Maria dos Santos Chiquetti	

4. CUIDADOS PALIATIVOS: IMPORTÂNCIA DE DISCUSSÕES INTERDISCIPLINARES E RELATOS DE EXPERIÊNCIA	61
Isabelle Bastianello da Silva Rafaela de Vasconcellos Flores	
5. INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS REALIZADAS EM UM HOSPITAL DE ENSINO DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL/RS	75
Karini da Rosa Rita Fabiane Teixeira Gomes Charise Dallazem Bertol Ana Paula Helfer Schneider	
6. CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA HOSPITALAR NA MATERNIDADE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA ATRAVÉS DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE	85
Bárbara Susanne Etges Luana Molz Rodrigues Marilyza Sott Bender Suelen Machado de Freitas	
7. SAÚDE MENTAL DOS ENFERMEIROS DE DUAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA EM TEMPOS DE PANDEMIA	97
Aline Inêz Tilvitz Sylvia Virginia Coutinho Areosa	
8. PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: CONSCIENTIZAÇÃO E PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIA PARA ADOLESCENTES ESCOLARES	111
Lairany Monteiro dos Santos Andreina Oliveira de Freitas Andressa da Silveira Maria Eloísa Collognese Ingrid de Abreu Dumke	

9. STEWARDSHIP BRASIL: PANORAMA DOS PROGRAMAS DE GERENCIAMENTO DE ANTIMICROBIANOS EM UTIS ADULTO DO SUL DO BRASIL **121**

Mariana Portela de Assis
Mara Rubia Santos Gonçalves
Magda Machado de Miranda Costa
Rochele Mosmann Menezes
Eliane Carlosso Krummenauer
Jane Damar Pollo Renner
Marcelo Carneiro
Suzane Beatriz Frantz Krug

10. A PRÁTICA GRUPAL COMO FERRAMENTA DE PROMOÇÃO À SAÚDE MENTAL DE MULHERES RURAIS **131**

Luísa Klix de Abreu Pereira
Teresinha Eduardes Klafke
Ana Paula Schafer

11. PERFIL DO ATENDIMENTO DE USUÁRIOS CLASSIFICADOS COMO POUCO E/OU NÃO URGENTES PERANTE O PROTOCOLO MANCHESTER DE UM PRONTO ATENDIMENTO HOSPITALAR NO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL **145**

Georgia Fassini
Bruna Rossarola Pozzebon
Luizi Basso de Souza
Eduarda Plümer
Gessica Raquel Tatsch
Louise Teles Santos
Mari Ângela Gaedke
Janine Koepf

12. EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA NA EDUCAÇÃO PARA SAÚDE HOSPITALAR: USO DE BONECOS SIMULADORES COMO TECNOLOGIA EDUCATIVA	161
Tiago da Rosa Rambo Ana Carolina Severo Bruna Eduarda Diehl Djennifer Raquel da Rosa Gabriela Neumann Frantz Jéssica Luiza Pedroso da Silva Patrícia Xavier Oliveira Dulciane Nunes Paiva	
13. ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR COMO ESTRATÉGIA PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE	177
Luana Casarotto de Borba Cisnara Pires Amaral Michel Lopes Pimentel	
14. SAÚDE MENTAL DE PROFESSORES UNIVERSITÁRIOS DE INSTITUIÇÕES PÚBLICAS	191
Bianca Macedo Jacques Fabio Gotz de Lima Luís Henrique Paloski	
15. BENEFÍCIO EMERGENCIAL PARA MANUTENÇÃO DO EMPREGO E DA RENDA: ANÁLISE PRELIMINAR DE UM ESTUDO COM BENEFICIÁRIOS DO MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO SUL-RS	205
Cristiane Davina Redin Freitas Letícia Lorenzoni Lasta Gabrielly da Fontoura Winter Kayla Niandra da Silva Patrícia Marcon Frick Silveira	

16. PROGRAMAS DE GERENCIAMENTO DE ANTIMICROBIANOS EM HOSPITAIS BRASILEIROS: EXPECTATIVA OU REALIDADE?	221
Evelin Dal Pai Tondolo Rochele Mosmann Menezes Ana Laura Oliveira De Carli Betina Franciele Schwinn Ingrid Guero Korb Marcelo Carneiro Suzane Beatriz Frantz Krug	
17. IMPLANTAÇÃO DE COMITÊ DE ATENÇÃO ÀS INFECÇÕES EM UMA COOPERATIVA MÉDICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA	231
Cristiane Pimentel Hernandes Luís Felipe Pissaia Caroline Cerutti Caroline dos Santos Martins Greici Wildner Angélica Hermes	
SOBRE AS AUTORAS E OS AUTORES	245
ÍNDICE REMISSIVO	257

PREFÁCIO

PRÁTICAS DE CUIDADOS INTERDISCIPLINARES

Silvia Virginia Coutinho Areosa
Jane Dagmar Pollo Renner
Mari Ângela Gaedke

Prezados leitores, este livro é fruto da interlocução e de reflexões sobre a Interdisciplinaridade na Promoção da Saúde, proposta desenvolvida por três Programas da Universidade de Santa Cruz do Sul: Programa de Pós-graduação em Promoção da Saúde - níveis de Mestrado e Doutorado (PPGPS); Programa de Pós-graduação em Psicologia - Mestrado Profissional (PPGpsi), e o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Santa Cruz (HSC). Estes Programas desenvolvem suas práticas de ensino, pesquisa e extensão dentro de abordagens interdisciplinares, com o propósito de propiciar diferentes olhares na investigação da complexidade e articulação dos objetos de estudo. Envolvem as várias formações profissionais focadas na promoção da saúde e nos processos educativos em saúde das populações, favorecendo a reflexão, inovação, internacionalização, registro e práticas cotidianas de como a pesquisa e as ações interdisciplinares podem superar a fragmentação do conhecimento.

Este livro reúne contribuições de professores, profissionais e estudantes de diversas instituições de ensino, que promovem a reflexão sobre aspectos teóricos e/ou práticos da Promoção da Saúde, a partir de suas experiências, conceitos e perspectivas distintas. Os textos produzidos refletem os trabalhos apresentados durante o evento internacional realizado na UNISC, de forma híbrida, entre os dias 14 e 15 de setembro de 2023, tendo sido selecionados e avaliados, primeiramente pelo Comitê Científico do

evento e, posteriormente, por uma dupla de doutores, de forma duplo cego.

Esta publicação visa fomentar discussões sobre temas relevantes para ações de promoção da saúde, saúde mental e vigilância em saúde voltadas à comunidade. Nosso evento conjunto objetivou conduzir reflexões e debates interdisciplinares, nos contextos nacionais e internacionais sobre práticas profissionais de cuidado: cuidados com a saúde do escolar e da adolescência, os direitos humanos, a saúde do trabalhador, as doenças e agravos não transmissíveis, além de temáticas que envolvem Educação em Saúde, Saúde Mental, Tecnologias e Inovações em Saúde.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), quando fala em práticas de cuidado à saúde, refere-se ao conjunto de práticas de atenção à saúde, levando em conta as diferentes culturas que são utilizadas para a promoção da saúde, prevenção e recuperação, em um enfoque do Ser integral em todas as suas dimensões.

Desta forma, as práticas de cuidados nos remetem, não apenas ao campo da saúde, mas podemos pensar em momentos de cuidados individuais e coletivos, que tenham a intenção de fortalecer os vínculos e o equilíbrio biopsicossocioespíritual de cada pessoa, nos diferentes contextos onde vivem e, que as ajudem a enfrentar as situações de vulnerabilidade social.

Vulnerabilidade social compreendida como a multideterminação de sua gênese não estando apenas condicionada à ausência ou precariedade no acesso à renda, mas atrelada também às fragilidades de vínculos afetivo-relacionais e as desigualdades no acesso a bens e serviços públicos (SNAS,2009).

Assim, ao mesmo tempo, o ser humano vulnerável pode possuir ou ser apoiado para criar as capacidades necessárias para a mudança de sua condição de vulnerabilidade. E, nesta ótica a vulnerabilidade não é apenas uma condição natural que não permite contestações. Afirmamos assim como Iamamoto (2000), que o estado de vulnerabilidade associa situações e contextos individuais e, sobretudo, coletivos.

Com relação ao campo das práticas interdisciplinares, compreendemos a interdisciplinaridade na perspectiva teórico-crítica de Ivani Fazenda (2008), que a partir das reflexões da escola francesa sobre o tema desde a década de 1960, propõe um ensino mais sintonizado com as grandes questões de ordem social, política e econômica de cada época. O movimento de integrar diversos conteúdos pode ser um dos primeiros passos na interação entre pessoas, essa seria, na visão da autora, uma condição para se desenvolver uma atitude interdisciplinar, mais que uma teoria, uma prática integrada, uma ação na prática interdisciplinar.

E o que seriam as práticas de cuidados interdisciplinares? A dimensão interacional proposta por Fazenda (2008) busca dar sentido à interdisciplinaridade na prática. Ela faz uma crítica forte à disciplinaridade quando afirma:

A excessiva disciplinarização do saber científico faz do cientista um ignorante especializado. Criou um pássaro, deu-lhe asas potentes, mas que só alça vôo no campo restrito da sua especialidade — trancou-o em uma gaiola (Fazenda, 2008 – p. 67).

Assim, concordamos com a autora sobre a importância de um olhar e de abordagens interdisciplinares dentro do campo do cuidado, sendo assim, os capítulos subsequentes abordam aspectos promotores de saúde, ao longo das diferentes fases da vida, englobando infância, adolescência, adultos e idosos.

Estas seções contemplam temáticas relacionadas à saúde mental e direitos humanos, transversalidade dos cuidados em saúde, vigilância em saúde e as diversas vulnerabilidades que afetam a saúde. Temas que foram trabalhados no evento, tanto nas mesas redondas, quanto nas apresentações de pesquisas e práticas realizadas por pesquisadores de diversas áreas do conhecimento e profissionais da área da saúde.

A partir deste momento, convidamos vocês a explorarem as próximas páginas, aperfeiçoando, transformando e construindo abordagens ampliadas de conhecimento. Acreditamos que isso possa disseminar reflexões e alcançar todos os entusiastas que

buscam ampliar e dinamizar seus saberes no universo da ciência e da promoção da saúde. Considerando os princípios das práticas interdisciplinares e da democratização do conhecimento, o livro encontra-se, também, no formato ebook, com a proposta de ser divulgado gratuitamente, podendo ser acessado na página oficial de cada Programa.

Queremos agradecer especialmente à Fundação de Amparo à Pesquisa do estado do Rio Grande do Sul (Fapergs), que possibilitou, por meio do Edital de Apoio à Eventos Científicos (Edital AOE), a publicação deste livro impresso e de forma eletrônica, com acesso aberto, ajudando a socializar o conhecimento.

Desejamos a todos uma excelente leitura!

Referências

BRASIL. Secretaria Nacional de Assistência Social, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Resolução do Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS nº 145, de 15 de outubro de 2004**. Aprova a Política Nacional de Assistência Social – PNAS. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Brasília, 2009.

FAZENDA, I. C. A. (org.). **O que é interdisciplinaridade?** São Paulo: Cortez, 2008.

IAMAMOTO, M. V. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 2000.

1. REVISÃO DE ANTECEDENTES EMPÍRICOS SOBRE O FENÔMENO “SITUAÇÃO DE RUA” EM ÂMBITO DE POLÍTICAS PÚBLICAS: PARA ALÉM DAS DEMANDAS DE SAÚDE¹

Maria Luiza Adoryan Machado
María Constanza Aguilar Bustamante

NOTAS INTRODUTÓRIAS: A SITUAÇÃO DE RUA É UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA E DE DIREITOS HUMANOS

Atualmente, a situação de rua é a realidade de vida de milhares de pessoas em todo o mundo, que fazem da rua a sua casa, fonte de sustento, lugar de interrelações, espaço para desenvolvimento, entre outras tantas formas de transformação do público em privado e vice-versa. Ainda que este seja um problema social histórico, que existe desde a Grécia Antiga (Brasil, 2013), seguimos nos deparando não somente com o aumento do índice de pessoas em situação de rua (APA, 2009), mas também segue sendo um desafio transdisciplinar quanto a prevenção e a promoção de saúde.

A Corte Constitucional da Colômbia (2014, p. 1) aponta como critério para a situação de rua o sujeito "[...] de haver rompido relações com a sua família", e que se encontre sem condições de moradia, pois constitui medida que viola o direito à igualdade de tratamento dessa população em condições de vulnerabilidade. Para a pesquisadora Costa (2005), trata-se de um grupo populacional heterogêneo, formado por pessoas com realidades diversas, mas que têm em comum a condição de pobreza absoluta, vínculos

¹ Proposta elaborada com apoio de bolsa de estudos do Programa Doutoral ICETEX, Governo Colombiano.

interrompidos e a falta de moradia convencional regular, sendo obrigados a utilizar a rua de forma temporária ou permanentemente.

As situações que emergem nas configurações de rua são únicas dentro de um universo de demandas imprevisíveis e subjetivas (Silva *et al.*, 2014). No campo disciplinar e profissional, a emergente complexidade da situação de rua reforça a importância de compreender os modos de subjetivação que se produzem nestes espaços, além da promoção do cuidado a partir de uma perspectiva em que o agente social (trabalhadoras/es e pesquisadoras/es) distingue entre multi, inter e transdisciplinaridade, e que receba dos gestores o suporte necessário para o desenvolvimento de ações sensíveis à alteridade. Ou seja, que compreenda tal fenômeno em sua complexidade e do papel de agência política e social que nós trabalhadoras/es temos frente a um fenômeno que é historicamente marginalizado, que demanda não somente uma ética global das diferentes categorias de profissões, como também uma sensibilidade e abordagem psicossocial, tendo a garantia de direitos como categoria transversal.

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU, 2015), a forma como a situação de rua se relaciona com a violação de direitos humanos poderia ser efetivamente combatida se abordada a partir de uma perspectiva de direitos humanos. A dinâmica da vida na rua, ou seja, a rualização ou situação de rua, é uma violação extrema dos direitos à moradia adequada, à não discriminação, à vida, à segurança, à saúde, à proteção do lar e da família, bem como ao direito de não ser submetido a tratamento cruel ou desumano (ONU, 2015). Neste sentido, a Associação Americana de Psicologia, já em 2009, desenvolveu uma mesa técnica especial, defendendo que os esforços para remediar a realidade de milhares de pessoas que vivem nas ruas e das ruas, pelo mundo todo, devam abordar fatores individuais e coletivos, medidas de prevenção e políticas públicas de acompanhamento, pois o impacto psicológico e físico nesta parcela da população é uma questão de saúde pública (APA, 2009).

Sendo assim, se torna relevante tomar um caso para delinear onde e como iniciaram os movimentos em favor da formulação de uma política pública específica, que abrange não somente temas de saúde como também de moradia, assistência social, trabalho e educação, em uma das metrópoles com alto índice de realização em território latino. Sendo assim, o presente trabalho qualitativo apresenta uma revisão de antecedentes empíricos sobre a questão da situação de rua no âmbito de políticas públicas da Colômbia. A base de dados foi composta por planos de governo dos últimos 25 anos de candidatos eleitos à prefeitura de Bogotá, tendo como critério de inclusão a existência de um ou mais descritores sobre o fenômeno em estudo (em espanhol: *habitante de calle, habitabilidad de calle, situación de calle, callejeros, indigentes*). O resultado foi a construção de uma tabela para delinear ações, projetos e programas propostos em planos de governo que contemplassem o fenômeno em estudo nas últimas décadas. Por fim, na seção de desenvolvimento a seguir será trabalhada a tríade temática sobre o tratamento da “situação de rua” no âmbito de políticas públicas, sendo desde os desafios enfrentados, das conquistas coletivas até as pendências institucionais que perduram no contexto colombiano.

POLÍTICAS PÚBLICAS E O FENÔMENO DA SITUAÇÃO DE RUA: DESAFIOS, CONQUISTAS E PENDÊNCIAS QUE PERDURAM

De acordo com registros publicados no site oficial do Ministério da Saúde e Proteção Social (MSPS, 2016) da Colômbia, 2013 foi o ano em que algumas ações foram iniciadas em prol da formulação de uma política nacional específica para pessoas em situação de rua, principalmente nas cidades onde essa população estava concentrada (Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla e Bucaramanga). Após a criação de duas mesas técnicas, registaram-se avanços em acordos internos nacionais. Por exemplo, o ano foi marcado pela publicação da Lei nº1641 de 2013, que estabelece as

diretrizes para a formulação de políticas públicas sociais para pessoas em situação de rua e dita outras disposições sobre este fenômeno, o que evidencia uma importante ação de debate e construção coletiva em setores públicos e privados (instituições de filantropia, instituições religiosas, instituições de saúde, de assistência social, de segurança, universidades etc.).

Em 2014, foram realizados 5 fóruns regionais de participação social nas principais capitais do país, com o objetivo de produzir informações para a elaboração de linhas gerais da política nacional. O evento contou com a presença de entidades estaduais, representantes de entidades não governamentais, universidades e pessoas em situação de rua. Além dos fóruns regionais, as mesas técnicas também promoveram reuniões para a formulação das diretrizes. Em 2015, o MSPS promoveu uma primeira articulação interinstitucional com entidades nacionais para desenvolver os componentes da Política Pública Social para Moradores de Rua (sigla em espanhol "PPSHC"), para a construção de um Plano Nacional de Cuidado dos Moradores de Rua. Em 2016 e 2017, o Departamento Administrativo Nacional de Estatística (DANE) e o MSPS realizaram diagnósticos para a caracterização da população em situação de rua em nível nacional, somando-se aos dados informados pelas cinco principais cidades com maior número de pessoas em situação de rua do país. O resultado foi a aplicação do VII Censo das Pessoas em Situação de Rua de Bogotá, que contabilizou 9.538 pessoas. Depois, em 2019, o censo foi estendido para 21 municípios, contabilizando um total de 22.790 pessoas em situação de rua. Verificou-se que a concentração de pessoas está principalmente na capital do país, Bogotá (41,85%), seguido pelas cidades Cali (20,84%) e Medellín (14,10%) (DANE, 2020)².

Segundo Rocha (2017), no primeiro censo realizado na cidade de Bogotá, em 1998, com foco nos "indigentes" (assim nomeavam os primeiros censos sobre a população de rua), o número era de 4.515 pessoas. Assim, progressivamente nos anos seguintes, os

² Departamento Administrativo Nacional de Estatística.

censos foram de 7.817 em 1999, 10.477 em 2001, 14.463 em 2004, 8.385 em 2007 e 9.614 em 2011. Nesses números, é interessante destacar um vazio entre 2012 e 2016, tendo em vista que em 2011 foi realizado o sexto censo e, em 2017, foi realizado o sétimo, resultando em cinco anos sem novos censos sobre essa população.

No censo de 2017, realizado em Bogotá, havia 8.477 homens e 1.061 mulheres em situação de rua, para um total de 9.538 pessoas. As cifras apresentadas servem para refletir sobre como os relatórios governamentais organizam e apresentam informações ao público. Em geral, apresentam frequências, anos e localidades, de modo que há uma tendência de interpretar que haveria uma diminuição no número total de pessoas em situação de rua entre o primeiro e o último censo realizado. Mas, a partir de uma leitura atenta dos documentos públicos disponíveis no site oficial do DANE, tanto na versão detalhada como na versão sintética de imprensa, identifica-se que no último censo de 2017, havia 9.538 pessoas em situação de rua e, em 2021, do total dos 444 municípios participantes, foram identificadas 6.248 pessoas em situação de rua. Por essa razão, é importante considerar não apenas o número total de pessoas cadastradas no censo, mas o número de cidades participantes da contagem, sendo que se as cidades censitárias forem diminuídas ou aumentadas, isso interfere na interpretação. Finalmente, em relatório atualizado pela instituição pública DANE (2021), aponta-se para a cifra de 35.000 pessoas que vivem em situação de rua.

Seria oportuno, neste momento de exercício hermenêutico trazer para a discussão o que foi apresentado no plano de desenvolvimento de Bogotá (2016-2020):

A cidade **superou** a discriminação e facilita o **pleno gozo** dos direitos dos cidadãos em situação de rua, que agora são corresponsáveis com a cidade e desfrutam de proteção integral, base para a vida comunitária. Bogotá oferece-lhes oportunidades e acompanhamento para a construção de diferentes opções de vida para que possam sair das ruas **se quiserem** (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2016, p. 48-49, grifos nossos).

As expressões marcadas anteriormente em negrito servem para destacar as tentativas de instituições, como exemplo a Prefeitura de Bogotá, podem disseminar no plano discursivo. Afirmções como essas – que vão contra os dados censitários e produções acadêmicas que evidenciam a falta de recursos (Baptista *et al.*, 2017; Betancur; Arroyave, 2016; Castillo, 2017), a alta taxa de pessoas em situação de rua em Bogotá (Betancur; Arroyave, 2016; DANE, 2021) e os problemas emergentes (Vallejo *et al.*, 2018) -, sobre a “superação da discriminação e o pleno gozo de direitos” em relação à situação de rua, sustentam a reprodução do senso comum de que não haveria mais o que fazer sobre este assunto, do esgotamento de tentativas, estratégias e recursos. Ou seja, tais discursos dificultam o desenvolvimento de políticas e programas frente ao fenômeno, uma vez que os dados censitários e as produções científicas sobre os problemas sociais em torno dessa realidade permanecem divergentes e alarmantes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No Quadro 1 estão representados os primeiros movimentos em âmbito público para formulação e implementação de estratégias de atenção e acompanhamento de pessoas em situação de rua. As categorias “pobreza”, “risco social” e “grupo vulnerável” seguem sendo diretamente relacionadas à população de rua, considerando que não são todas as normativas e documentos que tratam especificamente desta população desde uma categoria ou marcador comum. Demais referentes teóricos e a própria ONU (2015) apontam para a diversidade de termos relacionados à situação de rua, o que acaba dificultando no tratamento deste fenômeno e no trabalho transdisciplinar necessário.

Para facilitar a leitura da linha histórica, pode-se considerar que a formulação e apresentação de planos de governo tornam-se instrumentos estratégicos de candidatura, ainda que, após um candidato ser eleito, o tempo de quatro anos de governo pode ser efetivo ou não para a implementação de políticas e programas

conforme “prometidos” em época de eleições. Os dados da tabela a seguir foram coletados através de leitura minuciosa dos planos de governo de candidatos eleitos para prefeitura na cidade de Bogotá dos últimos 25 anos, mediante o vazão teórico identificado sobre políticas e programas específicos para a população, em situação de rua, na capital colombiana e do nível de efetivação das propostas.

Quadro 1– Linha histórica de ações governamentais em Bogotá

1998-2001 “Pela Bogotá que queremos”, de Enrique Peñalosa

a) Programa para melhorar a qualidade dos serviços de saúde para populações vulneráveis e pobres; Programa para melhorar a qualidade e aumentar a cobertura dos serviços para grupos vulneráveis. Os programas estão relacionados aos objetivos “Atender pessoas em condições de pobreza crítica e exclusão social, por meio de programas de prevenção e proteção” e “Centros de assistência integral serão construídos para crianças de rua e moradores de rua” (Alcaldía Mayor de Bogotá, 1998, p. 9-11).

2001-2004 “Bogotá para todos viverem do mesmo lado”, de Antanas Mockus

a) Projeto “Bogotá cidade fraterna”: Proteção dos cidadãos de rua buscando fortalecer laços que gerem condições de autonomia e promovam projetos para uma vida digna. Criação de alianças estratégicas com órgãos governamentais nacionais e locais para criar mecanismos que promovam a solidariedade com pessoas em situação de maior vulnerabilidade e gerem comportamentos autônomos e responsáveis individual e coletivamente.

b) Proteção integral de pessoas e famílias em situação de vulnerabilidade: Atenção integral para a reintegração de famílias que vivem nas ruas da cidade.

c) Intervenção em áreas críticas: Atenção às populações localizadas em áreas de deterioração urbana/social, reforço da atenção à população de alto risco.

d) Projeto “Vamos nos unir para a solidariedade”: Atualizar formas para alcançar uma melhor identificação e caracterização das populações vulneráveis para o acesso aos serviços básicos (nutrição, educação, saúde, moradia). Construir e fortalecer redes de apoio às famílias em risco para prevenção em situações de crise e calamidade.

2004-2008 “Bogotá sem indiferença, um compromisso social contra a pobreza e a exclusão”, de Luis Eduardo Garzón

a) Sistema Integral de Proteção e Seguridade Social: conjunto de políticas e programas institucionais de prevenção e empoderamento de indivíduos, famílias e comunidades que, devido à pobreza e vulnerabilidade, não têm ou correm o risco de perder níveis básicos de bem-estar. Meta de “Alcançar 32.149

vagas para inclusão social e recomposição de direitos de populações em condições de maior vulnerabilidade: adultos e idosos, moradores de rua e famílias em situação social grave de alta deterioração urbana (24.364 vagas semestrais)" (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2004, p. 44).

b) Promoção da garantia do direito à saúde por meio da progressiva universalização da atenção integral à saúde, priorizando intervenções segundo o tipo de trabalho, a localização geográfica e situações especiais como pobreza, vulnerabilidade, alto risco de adoecimento, deslocamento e incapacidade.

c) Estratégias do eixo Regional Urbano/Moradia: Associado aos espaços onde a vida acontece, será a referência de identidade para as comunidades e um critério orientador da ação pública, de forma a elevar a qualidade de vida através da melhoria das condições de moradia, acessibilidade física e económica aos serviços e reconhecimento dos valores dos grupos sociais e culturais, com prioridade para áreas de maior pobreza e vulnerabilidade.

2008-2012 "Bogotá positiva, para viver melhor", de Samuel Moreno

a) Projeto "Garantir que ninguém viva na rua, reconstituindo a família": Meta de "Reduzir a taxa de moradores de rua para 11 a cada 10 mil habitantes"; "Atender de forma integral e institucionalizada 1.322 crianças em situação de rua garantindo o direito à educação, alimentação e desenvolvimento pessoal"; "Operar 4 unidades de proteção integral (albergue) para 570 crianças em situação de rua" e "Operar 5 unidades de proteção integral de passagem para 2.100 jovens moradores de rua" (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2008, p. 90).

2012-2016 "Bogotá Humana", de Gustavo Petro

a) Promoção de ações para a redução de formas de estigmatização de populações e territórios afetados pela violência, criminalidade e conflitos, com ênfase em ações para minorias sociais, incluindo pessoas em situação de rua.

b) "Plano de proteção diferencial para populações com fragilidade social": Contribuir para o desenvolvimento humano integral de cidadãos em situação de rua, promovendo melhores condições familiares e sociais, que gerem mudanças em seus projetos de vida, além de transformar os imaginários relacionados à situação de rua (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2012).

c) "Plano de prevenção, atendimento e recuperação de direitos violados de crianças e adolescentes": Ações articuladas para a prevenção/atenção integral, restauração dos direitos de crianças e adolescentes em situação de rua vítimas de violência intencional e não intencional. Como meta relacionada ao projeto: "Atender de forma integral 8.864 crianças, adolescentes e jovens em situação de rua, como ação preventiva" (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2012, p. 173).

d) Projeto "Populações livres de violência e criminalidade": Destinado a populações vulneráveis, incluindo moradores de rua que apresentam alto risco de se envolver ou de serem envolvidos em situações de insegurança e intolerância. Como objetivos

relacionados a este projeto estão "Adotar um plano de proteção diferencial para populações com fragilidade social (moradores de rua e pessoas em situação de prostituição)"; "Incluir 9.614 moradores de rua em programas de re-dignificação e cuidados básicos para melhorar a sua qualidade de vida" (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2012, p. 287).

2016-2020 "Bogotá, melhor para todos", de Enrique Peñalosa

a) Implantação do projeto "Ruas Alternativas": Desenvolvimento de ações de prevenção, proteção integral e restituição de direitos a crianças, adolescentes e jovens em situação de rua ou em risco.

b) Implantação de rede de atenção: Abertura de 3 albergues, 5 centros de autocuidado, 2 centros de desenvolvimento pessoal integral, 1 centro de proteção integral para usuários com alta dependência de substâncias psicoativas.

c) Prevenção e atenção integral: "Orienta-se para a prevenção da situação de rua por meio de estratégias abrangentes destinadas a abordar os fatores determinantes do fenômeno em nível individual, familiar e comunitário" (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2016, p. 100).

d) Promoção do reestabelecimento progressivo dos direitos das pessoas em situação de rua para o desenvolvimento e fortalecimento de capacidades, redes de apoio e transformação do estilo de vida, potencializando o exercício de sua autonomia e promovendo a corresponsabilidade com a cidade. Meta: "Aumentar em 11% o número de cidadãos em situação de rua atendidos pela Secretaria Distrital de Integração Social que participam dos processos de superação da situação de rua" (p. 103).

2020-2023 Sem slogan, de Claudia Lopez

a) "Situação de rua, uma questão de dignificação": Promoção da dignificação da situação de rua. Atenção aos cidadãos em situação de rua com perspectiva de dignificação da própria vida, incluindo a transformação de seus territórios e maximização da cobertura dos Centros Diurnos e Noturnos.

b) Fortalecimento da atenção à saúde física e mental e a busca ativa por meio das estratégias já em curso de forma integral à população que se encontra na condição de consumo habitual e problemático de substâncias psicoativas; a prevenção e a atenção prevalecerão sobre a repressão.

Fonte: Adaptado de Alfonso *et al.* (2021).

Conforme o exposto, sobre o perfil da população em situação de rua, na seção anterior, somado à linha histórica de ações governamentais executadas nos últimos 25 anos, em Bogotá, abre o panorama deste fenômeno social que segue sendo um desafio para

intervenção, encaminhamento e acompanhamento, tanto na rede pública intersetorial como também das instituições privadas de apoio (Alfonso *et al.*, 2021). Por se tratar de uma problemática antiga nas sociedades, através de variados referenciais bibliográficos, já se reconhece a importância das políticas públicas em áreas de extrema vulnerabilidade social. Ao identificar que as pessoas em situação de rua apresentam características e demandas acentuadas, desde o nomadismo, a exposição constante a diversos riscos de saúde e segurança, o uso abusivo de substâncias psicoativas e questões de doenças graves, estas devem ser tomadas e incorporadas desde a formulação até a implementação e monitoramento das políticas e programas.

Conforme apresentado nos antecedentes, desde os primeiros movimentos para a formulação de legislação específica sobre o fenômeno social da situação de rua na Colômbia, inicialmente com a definição de ações prioritárias de atenção integral em Bogotá (Decreto 136/2005), pode-se afirmar que os esforços na esfera política levaram vários anos de formulação, implementação e seguimento.

Nas diretrizes das principais políticas que tratam especificamente desta população – a saber: Política Pública Social para Moradores de Rua 2022 – 2031 (Nacional) e Política Pública Distrital para o Fenômeno da Situação de Rua 2015-2025 (Capital) –, está prevista a implementação de ações que visem reduzir os riscos vivenciados pela população de rua, tendo entre seus objetivos, a inclusão social, o fortalecimento das normativas e a efetividade dos serviços oferecidos.

De acordo com a Secretaria Distrital de Integração Social (SDIS, 2021), desde a pandemia houve um aumento das dificuldades institucionais vivenciadas na rede de atenção à população em situação de rua, especialmente na saúde e assistência social. Sobre isso, identificou-se déficit de talento humano nos últimos anos em alguns centros de atendimento, o que implica diretamente a "limitação de vagas para pessoas em situação de rua, tanto em albergues como em serviços de saúde primários e

secundários" (SDIS, 2021, p. 12-14). Além de apontar essa realidade como um problema público diante das demandas urgentes de uma das populações mais vulneráveis, que diariamente estão expostas a riscos, muitas vezes fatais (Carrascal; Londoño, 2009; Costa *et al.*, 2015; Gómez-Vargas *et al.*, 2021), a pandemia agravou demais aspectos psicossociais que seguem sendo desenvolvidos e apresentados em pesquisas atuais. Tais problemáticas compõem não somente o contexto colombiano, como também se constitui como o atual cenário enfrentado no Brasil e demais países latino-americanos (Fiocruz, 2021; Virgilio; Perelman, 2022).

NOTAS FINAIS

Este estudo qualitativo buscou apresentar antecedentes empíricos sobre o processo histórico de formulação, implementação e seguimento de políticas e programas voltados as demandas de pessoas em situação de rua, a partir do caso da capital colombiana e demais aspectos a nível nacional. Foi possível identificar que as propostas de governo dos últimos 25 anos foram construídas e apresentadas, sobretudo, ao redor dos temas de saúde e assistência social, mais especificamente no tratamento de pessoas em situação de rua usuárias de substâncias psicoativas e da proteção social necessária em relação a esta população, na lógica de prevenção.

Considerando a riqueza semântica que se produz através de revisões documentais a nível local e nacional, o presente estudo parte de um vazio teórico sobre as temáticas aqui trabalhadas, apresentando para discussão modelos de planos de governo que, em época de eleições para prefeitura, por exemplo, seguem desenhando propostas para serem desenvolvidas a curto prazo, isto é, que duram o tempo de governo (4 anos). Tal dado põe em xeque uma discussão antiga sobre os programas e projetos desenvolvidos para o atendimento/encaminhamento/acompanhamento/tratamento das demandas da população em situação de rua: de que a filantropia segue tendo espaço e poder e, que as políticas públicas não contam

com projetos que se desenvolvam a longo prazo, contando com tempo hábil e recursos necessários para melhor desenvolvimento de ações para a inclusão social e a garantia dos direitos humanos fundamentais para pessoas em situação de extrema pobreza/pobreza absoluta (APA, 2009).

Concluindo, segundo exposto neste trabalho, a principal política que contempla estratégias frente ao fenômeno situação de rua (Colombia, 2022), todavia, é recente. Esta política cita que é imprescindível ressignificar a questão social de pessoas que vivem em situação de rua, através da implementação de ações estratégicas abrangentes, diferenciais, territoriais e intersetoriais. Tais ações são destinadas a melhorar a convivência cidadã e a dignidade destas pessoas, no âmbito da promoção, proteção, restauração e garantia de seus direitos. O objetivo é contribuir para sua inclusão social, econômica, política e cultural, bem como a proteção integral das populações em risco de habitar a rua, na lógica de proteção e prevenção social. Para isto acontecer, se considera importante que as produções científicas e legislativas sobre este fenômeno social sigam tendo uma abordagem transdisciplinar, onde se reconheça a situação de rua como um problema mundial de saúde pública e de direitos humanos, que para além das demandas em âmbito de saúde (que são urgentes), todos os direitos básicos constitucionais são indiscutivelmente relevantes para serem apropriados em qualquer estratégia de intervenção, através de instituições públicas, como também privadas.

REFERÊNCIAS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ. **Plan de Desarrollo:** Por la Bogotá que queremos Enrique Peñalosa 1998-2001. Plan de Gobierno, 1998.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ. **2001-2004 Plan de Desarrollo Bogotá para vivir todos del mismo lado.** Plan de Gobierno, 2001.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ. **Bogotá Sin Indiferencia: Un compromiso social contra la pobreza y la exclusión.** Plan de Desarrollo 2004-2008. Plan de Gobierno, 2004.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ. **Plan de Desarrollo “Bogotá Positiva: Para vivir mejor”.** Plan de Gobierno, 2008.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ. **Plan de Desarrollo 2012-2016 “Bogotá Humana”.** Plan de Gobierno, 2012.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ. **Programa de Gobierno Coalición Equipo por Bogotá - Cambio Radical: Recuperemos Bogotá,** Enrique Peñalosa Londoño alcalde de Bogotá 2016-2019. Plan de Gobierno, 2016.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ. **Por medio del cual se adopta la Política Pública Distrital para el Fenómeno de Habitabilidad en Calle.** Decreto 560 de 2015, 21 de diciembre de 2015.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ. **Programa de Gobierno Claudia alcaldesa (2020-2023).** Plan de gobierno, 2020.

ALFONSO, Ó. A. R. *et al.* **¡La calle para siempre!:** Los habitantes de las calles bogotanas, entre el síndrome Diógenes y la seguridad social en salud. Bogotá, Editora Universidad Externado de Colombia, 2021.

APA. **Helping people without homes: The role of psychologists and recommendations to advance research, training, practice, and policy.** Report of the APA Presidential Task Force on Psychology’s Contribution to End Homelessness. Washington, 2009.

BAPTISTA, C. M.; HERRERA, G. E.; PIEDRAHÍTA, L. Z. Entre el hogar y el asfalto: relatos y experiencia de vida de habitantes en condición de calle. **Revista Lasallista de Investigación**, v. 14, n. 2, p. 65-72, 2017. <https://doi.org/10.22507/rli.v14n2a6>

BETANCUR, A.; ARROYAVE, D. M. C. Significados de las normas sociales y las figuras de autoridad en personas adultas con experiencia de vida en calle. **Psicoespacios**, v. 10, n. 16, p. 82–108, 2016. <https://doi.org/10.25057/21452776.714>

CARRASCAL, O. N.; LONDOÑO, M. G. Representaciones sociales del habitante de la calle. **Universitas Psychologica**, v. 9, n. 2, p. 345-355, 2009.

COLOMBIA. **Ley 1641 de 2013**. Diario Oficial n. 48.849 de 12 de julio de 2013. Por la cual se establecen los lineamientos para la formulación de la política pública social para habitantes de la calle y se dictan otras disposiciones. 2013.

COLOMBIA. **Política Pública Social para Habitantes de la Calle 2022-2031**. Decreto 1285 de julio de 2022. Disponible en: <https://funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=190506>

CORTE CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA. **Norma sobre lineamientos para formulación de política pública social para habitantes de la calle. Definiciones de habitante de calle**. Sentencia C-385/14, 2014. Disponible en: <https://www.cortecostitucional.gov.co/RELATORIA/2014/C-385-14.htm>

COSTA, A. P. M. População em situação de rua: contextualização e caracterização. **Textos & Contextos**, v. 4, n. 1, p. 1-15, 2005.

COSTA, L. E.; MESQUITA, V. M.; CAMPOS, A. P. Moradores de rua, quem são eles? Um estudo sobre a população de rua atendida pela Casa da Sopa “Capitão Vendramini” de Três Corações. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 13, n. 2, p. 285-297, 2015. Disponible en: <http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/2281>

DANE. **Censo Habitantes de la Calle (CHC)**. Documento de caracterización: Censo Habitantes de la Calle, 2020.

DANE. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. **Censo Habitantes de la Calle (CHC)**. Documento de caracterización: Censo Habitantes de la Calle, 2021.

FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz. **População em situação de rua aumentou durante a pandemia**. Brasília, Fiocruz, Notícias, 2021.

GÓMEZ-VARGAS, M.; HERNÁNDEZ-RAMÍREZ, E. M.; OSORIO-SALAZAR, M. J. *et al.* Emociones, creencias, y actitudes del personal asistencial hacia habitantes de calle que usan drogas en Medellín, Colombia. **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**, v. 39, n. 3, pp. 1-11, 2021. Disponible en: doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e344658

MSPS. **Habitantes de calle**. Site oficial, Protección Social, Promoción Social, 2016. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/>

gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/habitantes-en-calle.aspx

MSPS. **Boletines poblacionales: Personas habitantes de calle.** Oficina de Promoción Social, 2019.

ONU. **Relatório da Relatora Especial sobre moradia adequada como componente do direito a um padrão de vida adequado e sobre o direito a não discriminação neste contexto.** Conselho de Direitos Humanos, 31º período de sessões, 2015.

ROCHA, L. F. Z. **Políticas de habitabilidad en calle en Bogotá:** entre el desarrollo humano integral y la necropolítica. [Trabajo de Grado]. Universidad Santo Tomás, Facultad de Sociología, 2017.

SDIS, Secretaría Distrital de Integración Social. **Informe cualitativo, plan de acción:** Política pública para el fenómeno de habitabilidad en calle junio-diciembre 2020. Equipo técnico de políticas públicas. Subdirección para el fenómeno de habitabilidad de calle, 2021.

SILVA, F. P.; FRAZAO, I. S.; LINHARES, F. M. P. Health practices by teams from Street Outreach Offices. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 4, pp. 805-814, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00100513>

VALLEJO, G. A. C.; VARGAS, M. G.; COLORADO, J. E. Z.; CAÑAS, L. D. Factores de logro en procesos de resocialización del habitante en situación de calle y consumidor de sustancias psicoactivas en Medellín, Colombia. **Health and Addictions**, v. 18, n. 2, p. 143-154, 2018. <https://doi.org/10.21134/haaj.v18i2.387>

VIRGILLIO, M. M. D.; PERELMAN, M. Life in cities in times of COVID-19. **Bitácora Urbano Territorial**, v. 32, n. 2, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.15446/bitacora.v32n2.102535>

2. O SUICÍDIO NO BRASIL: POPULAÇÃO GERAL X PESSOAS TRANS

Mariluz Sott Bender
Kethllen Stephanie Beranger
Edna Linhares Garcia
Michele Kremer Sott
Kamila Baum
Suelen Machado de Freitas
Eduardo Steindorf Saraiva

INTRODUÇÃO

A pandemia da covid-19, decretada em março de 2020, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), afetou direta ou indiretamente milhões de pessoas em todo o mundo. A sobrecarga dos sistemas de saúde obrigou os serviços à reorganização e priorização das demandas, gerando a invisibilização de diversos problemas de saúde (Guterres, 2022), como as doenças crônicas, os transtornos mentais e o sofrimento psíquico que pode levar ao suicídio.

O suicídio é o ato deliberado de tirar a própria vida (OMS, 2014), em que a intenção de morrer é o elemento-chave (Minayo *et al.*, 2010), e que está ancorado em uma dor psíquica insuportável (Leenaars, 2010). É um fenômeno complexo, que envolve fatores psíquicos, sociais, culturais, individuais, biológicos e ambientais (OMS, 2014), e multifatorial, pois não decorre de um único fator ou evento isolado (Botega, 2015).

Assim, alguns subgrupos populacionais, como das pessoas trans (travestis, transexuais e transgêneros), são desproporcionalmente afetados pelo sofrimento psíquico. Dessa forma, estão mais suscetíveis ao desenvolvimento de transtornos

mentais e ideação suicida, principalmente pela histórica exclusão e estigmatização a que são submetidos e que marcam sua constituição enquanto sujeitos (Botega, 2015).

Neste sentido, realizou-se um estudo ecológico, descritivo e transversal, abrangendo o período de 2012 a 2021. Assumiu-se um cunho reflexivo-crítico, pautado em dados secundários do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e do Observatório da Atenção Primária à Saúde. A problematização partiu da ausência de dados oficiais sobre a população trans e da comparação dos dados de suicídio da população geral no Brasil, no Rio Grande do Sul e no município de Santa Cruz do Sul. Nessa perspectiva, tomou-se como objetivo de pesquisa discutir os dados epidemiológicos disponíveis sobre o suicídio na população geral e os dados relacionados à população trans.

DESENVOLVIMENTO: PANDEMIA, EPIDEMIOLOGIA E SUICÍDIO

A pandemia produziu o aumento da extrema pobreza, afastamento dos contextos escolares, prejuízo na aprendizagem das crianças e adolescentes, perda de empregos e o aumento da violência doméstica, exacerbando as desigualdades já existentes. No pós-pandemia, a economia global está passando por uma lenta recuperação, que ocorre de forma distinta nos diferentes países (Guterres, 2022).

Essa recuperação lenta produz a preferência dos investimentos do Estado em algumas áreas, em detrimento de outras. Uma das áreas que geralmente são relegadas ao segundo plano é a saúde mental, o que pode ser verificado pelo sucateamento dos serviços especializados e a não efetivação integral das políticas públicas. Além disso, a pandemia exacerbou o sofrimento psíquico dos indivíduos, e essa vivência tem produzido sintomas que poderão ser acompanhados a curto, médio e longo prazo, principalmente casos de ansiedade, depressão e suicídios (OPAS, 2022).

O suicídio ocorre de forma diversificada nos distintos países, gêneros e faixas etárias e por isso, é um fenômeno estudado a partir de diferentes perspectivas, como dos determinantes intrínsecos (pessoais e psíquicos) e extrínsecos (interpessoais, econômicos e sociais) (Dantas *et al.*, 2018). Além disso, a sociedade desempenha um importante papel na construção identitária do indivíduo, e os fatores como escola, família, trabalho e grupos sociais podem impactar de forma positiva ou negativa para o início do comportamento suicida (Durkheim, 2003).

Nessa perspectiva, torna-se fundamental propor medidas de prevenção de agravos, controle de doenças e fornecimento dos indicadores para favorecer o suporte do planejamento de políticas públicas e a avaliação das ações de saúde. Assim, a epidemiologia torna-se fundamental por estudar os processos de saúde/doença das coletividades humanas e analisar os fatores determinantes para a ocorrência das doenças e os eventos que estão associados com a saúde coletiva (Gomes, 2015).

O princípio básico da epidemiologia é o entendimento acerca dos eventos que estão relacionados à saúde de diferentes grupos populacionais, visto que certos agravos não ocorrem ao acaso entre os indivíduos (Pereira, 2013). Os agravos estão relacionados aos determinantes sociais de saúde, que são diferentes para as populações vulnerabilizadas e estigmatizadas na sociedade (OPAS, 2022). Assim, a compreensão sobre os dados e fatores relacionados ao suicídio nos diferentes grupos populacionais pode dar visibilidade para a realidade de cada subgrupo, e ser subsídio para a criação de políticas públicas voltadas para as suas reais necessidades e particularidades.

Nesse sentido, diversos fatores de risco podem estar associados ao suicídio, como os pessoais (perdas recentes, não restrita a perda de entes queridos, doenças ou condições clínicas que sejam incapacitantes, tentativa de suicídio prévia e/ou histórico familiar, datas significativas, relações familiares conturbadas); psicológicos (impulsividade, labilidade emocional, agressividade, transtorno mental, uso de álcool ou outras substâncias psicoativas);

do sistema de saúde e sociedade (estigmas vivenciados devido transtorno mental ou abuso de substâncias, acesso aos meios para realizar a tentativa de suicídio, informações inapropriadas e dificuldades de acesso ao sistema de saúde); e da comunidade e interpessoais (discriminação, isolamento, guerras, desastres, questões culturais, situações de abuso, violência ou conflitivas) (OMS, 2014).

Assim, torna-se imperativo discutir a partir da perspectiva da desigualdade, pois pode-se afirmar que diferentes grupos populacionais foram afetados de formas distintas pela pandemia. O grupo das pessoas trans, historicamente vulnerabilizados, foram desproporcionalmente afetados e os índices de sofrimento psíquico, transtornos mentais e suicídio, que já eram preocupantes, tornaram-se ainda mais alarmantes (OPAS, 2022).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

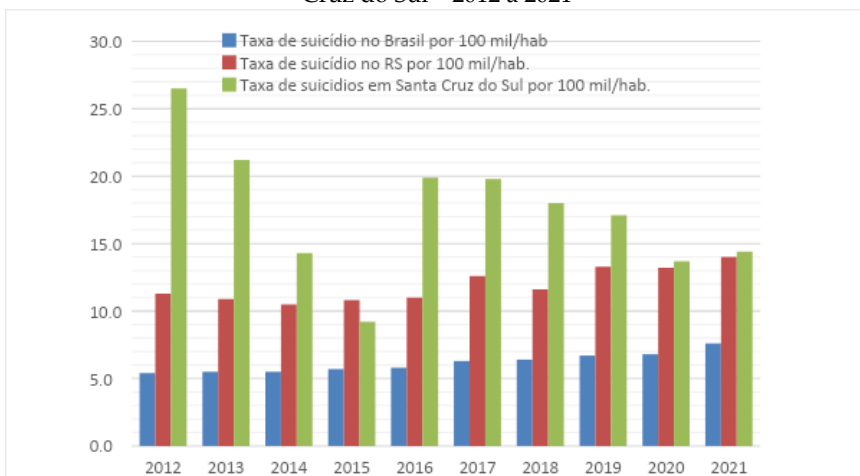
A temática do suicídio vem mantendo-se com um alto número de estudos ao longo do tempo. Atualmente, os dados epidemiológicos permitem conhecer o perfil dos indivíduos que cometem suicídio em cada estado ou município do país, o que é útil para os gestores, políticos e formuladores de políticas públicas. Contudo, algumas populações continuam invisibilizadas devido ao fato de que suas particularidades não estão incluídas nas estatísticas e dados oficiais. Um destes grupos é o das pessoas trans. Nesse sentido, optou-se por dividir os resultados e discussão em dois tópicos. Inicialmente são apresentados e discutidos os dados oficiais sobre a população brasileira em geral, e, posteriormente, deu-se visibilidade aos dados parciais e não oficiais acerca da população trans.

POPULAÇÃO GERAL

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a mortalidade por suicídio é classificada em baixa (menos de 5 a cada

100 mil habitantes), média (entre 5 e 14 a cada 100 mil habitantes), alta (entre 15 e 29), e muito alta (30 casos ou mais a cada 100 mil habitantes) (OMS, 2018). Nessa perspectiva, os índices do Brasil e do Rio Grande do Sul são considerados médios, enquanto em Santa Cruz do Sul a mortalidade por suicídio é considerada alta, conforme Gráfico 1.

Gráfico 1 – Números de suicídios no Brasil, no Rio Grande do Sul e em Santa Cruz do Sul – 2012 a 2021



Fonte: Elaborado pelas autoras com base nos dados do DATASUS e Observatório APS (2023)

No Brasil, as maiores taxas de suicídio, nos anos analisados, ocorrem entre homens brancos ou pardos, entre 25 a 44 anos e com tempo de escolaridade entre 0 a 7 anos. Entre os estados do Brasil, o Rio Grande do Sul (RS) possui uma das maiores taxas de suicídio. Os gaúchos que mais se suicidam são homens brancos, a maioria com até 7 anos de escolaridade. Apesar de ainda haver uma taxa expressiva de suicídios entre indivíduos na faixa etária entre 45 a 54 anos, também há um aumento de casos entre idosos (65 anos ou mais) (Observatório APS, 2023).

No estado, a região do Vale do Rio Pardo desponta com taxas expressivas. Neste estudo, apresentam-se os dados do município de Santa Cruz do Sul, que mantém o padrão do estado de maior

número de suicídios sendo realizados por homens brancos. Todavia, identifica-se que no município ocorreu o aumento do número de idosos e do nível de escolaridade dos indivíduos que realizaram suicídio (Observatório APS, 2023).

Neste município, a economia gira em torno da produção do tabaco e da agricultura familiar, e diversos estudos tentam encontrar justificativas para as altas taxas de suicídio no meio rural. Uma das principais justificativas é que o sofrimento psíquico estaria atrelado ao avanço do modo de produção capitalista, o endividamento dos pequenos agricultores, perda das propriedades agrícolas de menor tamanho e o arrendamento (Meneghel *et al.*, 2004).

Já os altos índices de suicídio entre idosos não é um problema apenas de Santa Cruz do Sul, pois afeta muitas partes do mundo, e, a cada suicídio consumado de um idoso, estima-se que outras duas tentativas de suicídio sejam praticadas (Minayo; Cavalcante, 2010). Os idosos enfrentam situações de desemprego, isolamento social e perdas familiares e econômicas, que geram o sofrimento e levam ao suicídio (Durkheim, 2003). Além disso, as características sociodemográficas, como a baixa escolaridade, o desemprego e a pobreza também são relevantes no Brasil para o aumento dos índices de suicídio (Lovisi *et al.*, 2009).

PESSOAS TRANS

Ao realizar a busca por dados sobre suicídio relacionados as pessoas trans, identificou-se que a estratificação dos dados por gênero ainda é pouco efetiva no Brasil. Chama a atenção o fato das diferentes plataformas que apresentam dados da população brasileira, seja o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS) ou o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), possuírem estratificação apenas pelos gêneros feminino e masculino. No Tabnet da plataforma DATASUS, é possível estratificar as situações de tentativa de suicídio por população vulnerável, onde constam pessoas em situação de rua, aldeados, quilombolas e ciganos. Contudo, as pessoas trans, em

posição social e economicamente vulnerável, não ganham espaço de existência.

O Censo Demográfico Brasileiro, considerado como a pesquisa mais detalhada sobre as características demográficas e socioeconômicas do país, realizada pelo IBGE, também não contempla a identidade de gênero no seu questionário. Em 2022, um juiz federal determinou ao IBGE a inclusão da identidade de gênero e da orientação sexual no Censo, a fim de dar visibilidade às particularidades da população e auxiliar na criação de políticas públicas mais efetivas. No entanto, o IBGE recorreu da decisão e foi desobrigado de incluir estas questões (Santos, 2022). A manutenção da divisão entre os gêneros feminino e masculino invisibiliza toda a população que não se enquadra nestes termos binários.

Corroborando com as afirmações supracitadas, Spizzirri *et al.* (2021) referem em sua pesquisa, que grande parte dos estudos epidemiológicos acerca das minorias de gênero avaliaram apenas indivíduos que já passaram por serviços de saúde especializados, e enfatizam que muitas dessas pessoas não procuram ajuda por medo ou vergonha, e outras por não desejarem realizar intervenções médicas. Os autores estimam que no Brasil, os percentuais de indivíduos que se incluem nos grupos minoritários de gênero variam entre 0,1 e 2% da população, a depender do local de coleta e dos critérios de inclusão adotados no estudo.

Além das violências, estigmatizações e LGBTIfobias já existentes antes da pandemia, esta população enfrentou maiores índices de desemprego, aumento do sentimento de insegurança, maior fragilidade nos vínculos familiares e deterioração expressiva da saúde mental (Moreira; Broilo, 2022). Nesse sentido, um estudo realizado na Dinamarca concluiu que as pessoas trans realizam 7,7 vezes mais tentativas de suicídio e efetivam 3,5 vezes mais suicídios (Ghorayshi, 2023).

Já o estudo de Corrêa *et al.* (2020) trabalhou com 194 prontuários de pessoas trans de um ambulatório do Distrito Federal, e identificou que 73,7% apresentaram pensamento suicida em algum momento da vida e 29,9% já haviam feito uma tentativa

de suicídio. Na mesma perspectiva, a Associação Nacional de Travestis e Transexuais estima que o índice de tentativas de suicídio entre a população trans do Brasil chega a 42%, enquanto na população em geral, a taxa é de 4,6% (ANTRA, 2018).³

Além disso, a saúde das pessoas trans só pode ser compreendida sob a luz da interseccionalidade entre os diversos marcadores sociais, como identidade de gênero, orientação sexual, cor, classe social, idade, nível de escolaridade, território, trabalho e renda. Segundo Crenshaw (2002), a interseccionalidade é o cruzamento entre as diversas opressões e subordinações existentes que intensificam as desigualdades.

Assim, mantém-se a invisibilidade e a marginalidade de determinados grupos, como das pessoas trans, ao mesmo tempo em que se dificulta o mapeamento das condições de vida desta população, visto que as informações são fragmentadas e não oficiais (Oliveira; Carvalho; Jesus, 2020). Além disso, apesar do Brasil ser o país que mais mata pessoas trans no mundo, os levantamentos das situações de violência ainda são realizados pela sociedade civil a partir do Grupo Gay da Bahia e da ANTRA, e se baseiam em informações fragmentadas, muitas vezes veiculadas pela mídia (Moreira; Broilo, 2022).

Mesmo antes da pandemia, as pessoas de toda a sigla LGBTQIA+ (lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e travestis, queer, intersexo, assexual e outros) já vivenciavam o isolamento social, seja explícito ou implícito. Tem-se uma lógica homolesbotransfóbica que sustenta a violência e regula os corpos e os pensamentos. Nesta população, o isolamento social apresenta-se como uma paisagem que atua como elemento fundamental de “manutenção da geografia cisheteronormativa, colonial e racista responsável por marginalizar todo corpo que possa em alguma medida expor a existência da lógica estético-política responsável pela marginalização e genocídio” (Oliveira; Carvalho; Jesus, 2020, p. 69).

³ Associação Nacional de Travestis e Transexuais.

Nessa perspectiva, “o fazer morrer e o fomentar de um genocídio, muitas das vezes, pode estar mais ligado ao que o Estado deixa de fazer e a quem deixa de proteger do que de fato ao que faz” (Moreira; Broilo, 2022, p. 150). Da mesma forma, a falta de investimento em políticas públicas efetivas e capacitação de profissionais para atendimento integral e humanizado, afasta as pessoas, principalmente as trans, dos serviços de saúde. Somado a isso, a falta de evidências epidemiológicas oficiais invisibilizam a população trans e o sofrimento causado pela sociedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O suicídio está associado ao sofrimento psíquico intenso e pode estar relacionado a existência de transtornos mentais. Assim, conhecer o perfil epidemiológico dos indivíduos que cometem suicídio é fundamental para subsidiar intervenções futuras, tanto para a prevenção de novos casos, como para a promoção da vida. Contudo, a falta da estratificação de dados por outros gêneros que não apenas o feminino e o masculino, invisibilizam importante parcela da população, em que o sofrimento psíquico e os fatores de risco estão fortemente presentes. Assim, a não inclusão das outras possibilidades de gênero nas estatísticas oficiais do Brasil reforça a exclusão e a estigmatização das pessoas trans, sendo urgente a mudança do paradigma binário e dicotômico no qual os dados epidemiológicos e estatísticos se baseiam.

A principal limitação deste estudo se deve ao fato de os dados secundários utilizados estarem sujeitos a subnotificação, não refletindo a realidade do espaço geográfico analisado. Além disso, a não existência de dados oficiais sobre o suicídio em pessoas trans impede o estabelecimento de estratégias que considerem as suas particularidades, podendo ser assim, mais efetivas para a prevenção do suicídio e a promoção da vida.

REFERÊNCIAS

- ANTRA. **Precisamos falar sobre o suicídio das pessoas trans!** Disponível em: <https://antrabrasil.org/2018/06/29/precisamos-falar-sobre-o-suicidio-das-pessoas-trans/>. Acesso em: 30 jul. 2023.
- BOTEGA, N. J. **Crise suicida: Avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed; 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS/Datasus. **TAB, TABWIN, TABNET**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2023. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 15 jul. 2023.
- BRASIL. Organização Mundial da Saúde (OMS). **National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators**. Geneva: World Health Organization; 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/279765/9789241515016-eng.pdf?ua=1/>. Acesso em: 02 jul. 2023.
- BRASIL. Organização Mundial da Saúde (OMS). **Preventing suicide: A global imperative**. Geneva: OMS; 2014.
- BRASIL. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). **Pandemia de COVID-19 desencadeia aumento de 25% na prevalência de ansiedade e depressão em todo o mundo**. 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/2-3-2022-pandemia-covid-19-desencadeia-aumento-25-na-prevalencia-ansiedade-e-depressao-em/>. Acesso em: 30 jul. 2023.
- CASTRO, M.C. *et al.* Reduction in life expectancy in Brazil after COVID-19. **Nat Med**, v. 27, p. 1629–1635, 2021.
- CECCON, R. F., *et al.* Suicídio e trabalho nas metrópoles brasileiras: um estudo ecológico. **Cien Saude Colet**. v. 19, p. 2225-34, 2014.
- CORRÊA, F. H. M. *et al.* Pensamento suicida entre a população transgênero: um estudo epidemiológico. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 69, n. 1, p. 13–22, jan. 2020.
- CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, n. 1, p. 171- 188, jan.2002.

DANTAS, A. P. *et al.* Analysis of suicide mortality in Brazil: spatial distribution and socioeconomic context. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 40, n. 1, p. 12–18, jan. 2018.

DURKHEIM, E. **O suicídio**. São Paulo: Martin Claret; 2003.

GHORAYSHI, A. **Estudo mostra maior risco de suicídio para pessoas transgênero**. Junho de 2023. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2023/06/estudo-mostra-maior-risco-de-suicidio-para-pessoas-transgenero.shtml/>. Acesso em: 30 jul. 2023.

GOMES, E. C. de S. **Conceitos e ferramentas da epidemiologia**. Recife: UNA-SUS / UFPE, 2015.

LEENAARS, A. A.; EDWIN, S. Shneidman on suicide. **Suicidol On-line**. v.1, p. 5-18, 2010.

LOVISI, G. M. *et al.* Análise epidemiológica do suicídio no Brasil de 1980 a 2006. **Rev Bras Psychiatr.**, v. 31, p. S86–94, 2009.

MENEGHEL, S. N. *et al.* Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. **Rev. Saúde Pública**, v. 38, v. 6, p. 804-10, 2004.

MINAYO, M. C. de S.; CAVALCANTE, F. G. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. **Rev. Saúde Pública**, v. 44, n. 4, p. 750-757, 2010.

MINAYO, M. C. S. *et al.* **Suicídios no Brasil: Mortalidade, tentativas, ideação, comportamento autopunitivo e prevenção**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Ministério da Saúde (MS); 2010.

MOREIRA, D. S.; BROILO, R. Quando a casa é o armário: implicações da pandemia de COVID-19 sobre a população LGBTI. **Mnemosine** v.18, n. 1, p. 138-155, 2022. DOI: 10.12957/mnemosine.2022.66392

OBSERVATÓRIO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE -APS (2023). Disponível em: <https://observatoriodaaps.com.br/tema/saude>. Acesso em: 17 jul. 2023.

OLIVEIRA, F. A. G.; CARVALHO, H. R. de; JESUS, J. G. LGBTI+ em tempos de pandemia da covid-19. **Diversitates Int. J.**, v. 12, n. 1, p. 60-94, 2020.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

SANTOS, R. **Juiz ordena inclusão de questionário sobre sexualidade no Censo de 2022**. 2022. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2022-jun-05/juiz-ordena-inclusao-questionario-sexualidade-censo2022/>. Acesso em: 28 jul. 2023.

SPIZZIRRI, G. *et al.* Proportion of people identified as transgender and non-binary gender in Brazil. **Sci Rep** v. 11, p. 2240, 2021. Doi: <https://doi.org/10.1038/s41598-021-81411-4>

UNITED NATIONS. **The Sustainable Development Goals Report**, 2022. Disponível em: <https://unstats.un.org/sdgs/report/2022/TheSustainable-Development-Goals-Report-2022.pdf/>.

Acesso em: 11 jun. 2023.

3. EVOLUÇÃO TEMPORAL E O IMPACTO DA PANDEMIA DA COVID-19 NOS PROCEDIMENTOS DE ESTIMULAÇÃO PRECOCE NO SUS

Christian Caldeira Santos
Sant Ana de Lima da Costa
Antônio Adolfo Mattos de Castro
Eloá Maria dos Santos Chiquetti

INTRODUÇÃO

Em meados de 2023, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua demonstrou que 18,6 milhões de pessoas (8,9%), a partir dos dois anos de idade apresentaram possuir deficiência no Brasil, ou seja, poderiam possuir deficiência visual, motora, auditiva, cognitiva ou múltipla. Especificamente, em crianças de dois a nove anos, a proporção foi de 3,2% (IBGE, 2023) em decorrência de diversas condições clínicas pediátricas.

Sabe-se que estas crianças tendem a ter atraso no desenvolvimento neuropsicomotor (ADNPM), onde Dornelas, Duarte e Magalhães (2015) apontam para um detalhe em comum entre elas: a perda do sequenciamento esperado de aquisições singulares do desenvolvimento infantil. Destaca-se que condições clínicas que possuem, frequentemente, desfecho para o ADNPM são: a prematuridade, a subnutrição, a paralisia cerebral, a síndrome de Down e recentemente, a microcefalia causada pelo Zika Vírus (Freitas *et al.*, 2022; Dornelas; Duarte; Magalhães, 2015; Duarte *et al.*, 2021).

Assim, crianças com ADNPM são candidatas a participarem de programa de Estimulação Precoce (EP), seja na rede particular ou rede pública de saúde. Desta forma, o Ministério da Saúde (MS) cita que a EP consiste em:

Um programa de acompanhamento e intervenção clínico-terapêutica multiprofissional com bebês de alto risco e com crianças pequenas acometidas por patologias orgânicas, buscando o melhor desenvolvimento possível, por meio da mitigação de sequelas do desenvolvimento neuropsicomotor, bem como de efeitos na aquisição da linguagem, na socialização e na estruturação subjetiva, podendo contribuir, inclusive, na estruturação do vínculo mãe/bebê e na compreensão e no acolhimento familiar dessas crianças (Brasil, 2016, p.7).

É por meio da EP que a criança até três anos receberá estímulos globais dirigidos às áreas do desenvolvimento humano (motora, cognitiva, sensorial, linguística e social), o que favorece a plasticidade cerebral, visto essa etapa de vida ser considerada crítica (mais suscetível a estímulos externos) para o desenvolvimento infantil (Brasil, 2017).

De acordo com Oliveira *et al.* (2019), mães de crianças com microcefalia por Zika Vírus apontaram a importância da EP para o desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) de suas crianças. Já em crianças com síndrome de Down, Santos e Fiorini (2021) citam que a EP minimiza o ADNPM por meio da maximização da interação, habilidades, fluidez e agudeza no espaço-ambiente e pela estimulação sensorial, visando a funcionalidade e maior qualidade de vida.

Assim, no Brasil com a implementação ao longo dos anos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (2015), da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (2002) e da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência (RCPD) (2012), e da Política Nacional de Atenção Básica (2017), por meio da ênfase de Atenção em Redes de Cuidado (2017), houve a conexão de vários serviços no Sistema Único de Saúde (SUS), com vistas a oferecer adequado acolhimento, diagnóstico e tratamento relacionado ao procedimento de EP para o DNPM de crianças em situação de risco ou em atraso do desenvolvimento (Brasil, 2016b).

Entretanto, a partir de 2020, com a pandemia do Coronavírus 2019 (Covid-19), houve uma desorganização da oferta dos serviços do SUS. As ações de promoção e prevenção em saúde diminuíram

35,3%, procedimentos diagnósticos depreciaram 12,9%, procedimentos clínicos diminuíram 27,3% e cirúrgicos 53,5%, transplantes de órgãos, tecidos e células caíram 20,1% e as ações complementares da atenção à saúde sinalizaram queda de 14,6% quando comparadas aos anos de 2018 e 2019 (Monitoracovid-19 – ICICT/Fiocruz, 2021).

Especificamente quanto ao impacto da pandemia da covid-19 sobre os procedimentos de EP para o DNPM não há dados publicados sobre este desfecho. Assim, diante deste hiato epidemiológico, objetiva-se apresentar a evolução temporal (2016 a 2022) da quantidade de procedimentos de EP para o desenvolvimento neuropsicomotor de crianças no SUS, e analisar o impacto da pandemia da covid-19 sobre o quantitativo desses procedimentos.

DESENVOLVIMENTO

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo, analítico e transversal de dados secundários resgatados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) do MS, realizado em março de 2023.

O objeto de estudo foi o procedimento - EP para o DNPM (0301070202) - nas regiões e unidades federativas, realizado no período de 2016 a 2022. Os critérios de inclusão foram os dados dispostos no DATASUS, no *Tabnet*, na seção Assistência à Saúde, Produção Ambulatorial (SIA/SUS) entre os períodos de janeiro de 2016 a dezembro de 2022 referente ao procedimento 0301070202 – EP para DNPM. O período analisado se deve pela criação do Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia em dezembro de 2015. Não houve exclusão de dados, mesmo que as unidades federativas apresentassem dados ausentes.

Considerou os critérios de busca: DATASUS; *Tabnet*; Assistência à Saúde; Produção Ambulatorial (SIA/SUS); Por local de atendimento; Quantidade aprovada por ano atendimento segundo Região/Unidade da Federação; Procedimento: 0301070202 EP para DNPM; Grupo procedimento: 03 Procedimentos clínicos;

Subgrupo proced. 0301 Consultas/Atendimentos/Acompanhamentos; Forma organização: 030107 Atendimento/acompanhamento em reabilitação física, mental, visual e múltiplas deficiências; Complexidade: Atenção Básica; Financiamento: 01 Atenção Básica (PAB); Período: 2016 - 2022.

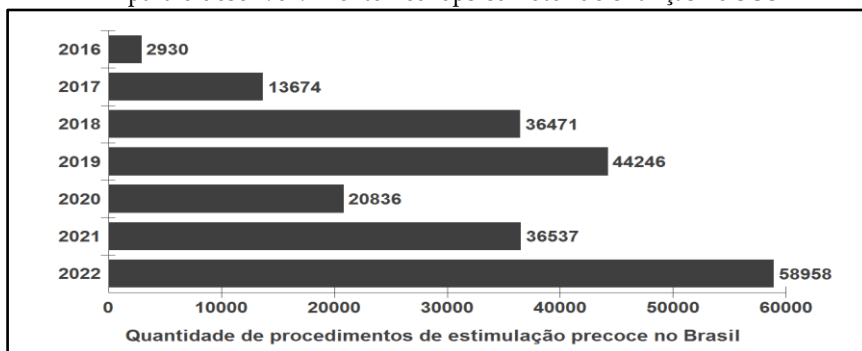
Os dados foram organizados em figuras e tabelas por meio da análise estatística descritiva (média e desvio padrão) e inferencial. O programa *BioEstat* 5.3 foi usado no processamento dos dados estatísticos com um nível de significância de 5%.

Esta pesquisa não necessitou ser submetida a nenhum Comitê de Ética e Pesquisa, visto ser constituída de dados públicos disponíveis à população.

RESULTADOS

O total de procedimentos de EP para DNPM de crianças no SUS realizado entre janeiro de 2016 e dezembro de 2022, foi de 213.652 (30.521,7±19.181,2) procedimentos. Houve um aumento de 20 vezes na quantidade de procedimentos de EP de 2022 em relação ao ano de 2016. Na Figura 1, pode ser visto a evolução temporal do período analisado e da quantidade desses procedimentos realizados no país.

Figura 1 - Evolução temporal (2016 a 2022) e da quantidade de procedimentos de EP para o desenvolvimento neuropsicomotor de crianças no SUS



Fonte: Brasil (2023b)

Quanto à distribuição nacional e por regiões brasileiras, a Tabela 1 aponta a quantidade de procedimentos de EP para o DNPM de crianças no SUS, no período analisado. A região Sudeste foi a que mais realizou procedimentos de EP, e a sua média anual ultrapassou a 15.900 procedimentos, enquanto a da região Sul não atingiu os 850 procedimentos anuais.

Tabela 1 - Quantidade de procedimentos de EP para o desenvolvimento neuropsicomotor de crianças realizados no SUS entre 2016 a 2022 por regiões brasileiras e no Brasil

ANO	NORTE	NORD	SUDESTE	SUL	C - O	BRASIL
2016	120	616	2.082	32	80	2.930
2017	800	2.488	9.831	170	385	13.674
2018	732	10.116	24.124	948	551	36.471
2019	803	16.021	24.874	1.492	1.056	44.246
2020	771	9.265	8.441	455	1.904	20.836
2021	4.089	16.432	12.900	839	2.277	36.537
2022	7.746	16.996	29.201	2.001	3.014	58.958
TOTAL	15.061	71.934	111.453	5.937	9.267	213.652
	(2.151,6± 2.791,2)*	(7.850,± 6.952,1)*	(15.921,9± 10.144,7)*	(848,1± 711,1)*	(1.323,9± 1.095,4)*	(30.521,7± 19.181,2)*

Fonte: DATASUS (2023). Legenda: NORD = Nordeste; C - O = Centro - Oeste. * Média e Desvio Padrão

As regiões Sudeste e Nordeste foram a primeira e a segunda região respectivamente, em números de procedimentos de EP realizados no período analisado, o que representou mais de 85% do montante nacional, embora a região Sudeste tenha realizado 52,16% desse montante. Já a região Sul obteve a última posição, e não chegou aos 3% do montante nacional.

Quanto ao impacto da pandemia da covid-19, nos procedimentos de EP para DNPM, de crianças no SUS, no período pré-pandêmico da Covid-19 (2016 - 2019) houve um total de 97.321 procedimentos realizados. Já no período pandêmico da Covid-19 (2020 - 2022) houve um total de 116.331 procedimentos realizados, ou seja, aumento de 19,53%. Essa diferença apresenta associação significativa ($p < 0,0001$) entre os períodos, e corresponde a um montante de 19.010 procedimentos de EP a mais realizados no período pandêmico.

As regiões Norte, Nordeste, Sul e Centro – Oeste apresentaram aumento dos procedimentos no decorrer do período pandêmico, entretanto, a região Sudeste foi a única a sofrer um impacto negativo neste quesito com a pandemia da covid-19. Ela apresentou um déficit de 10.369 procedimentos de EP (17%). Todas essas diferenças apresentam associação significativa ($p < 0,0001$) entre os períodos analisados. Estas informações estão demonstradas na Tabela 2.

Tabela 2 - Panorama regional e nacional dos procedimentos realizados de EP para desenvolvimento neuropsicomotor de crianças, realizados no SUS, entre o período pré-pandêmico e pandêmico da Covid-19

PERÍODO PRÉ – PANDÊMICO	NORTE	NORD	SUDESTE	SUL	C – O	BRASIL
2016	120	616	2.082	32	80	2.930
2017	800	2.488	9.831	170	385	13.674
2018	732	10.116	24.124	948	551	36.471
2019	803	16.021	24.874	1.492	1.056	44.246*
TOTAL	2.455	29.241	60.911*	2.642	2.072	97.321
PERÍODO PANDÊMICO	NORTE	NORD	SUDESTE	SUL	C – O	BRASIL
2020	771	9.265	8.441	455	1.904	20.836
2021	4.089	16.432	12.900	839	2.277	36.537

2022	7.746	16.996	29.201	2.001	3.014	58.958
TOTAL	12.606*	42.693*	50.542	3.295*	7.195*	116.331*

Fonte: DATASUS (2023). Legenda: NORD = Nordeste; C – O = Centro – Oeste. *
 Teste Qui-Quadrado $p < 0,001$

Ao analisar os anos de 2019 e de 2020, percebe-se uma diminuição de 53% dos procedimentos de EP a nível nacional, o que correspondeu a um total de 23.410 procedimentos. Essa diferença apresentou associação significativa ($p < 0,0001$) entre os períodos. A nível regional, com exceção da região Centro – Oeste, todas as outras regiões demonstraram perdas nos procedimentos de EP, onde a região Sudeste foi a mais impactada negativamente, seguida pela região Nordeste. A região Sudeste apresentou perda de 16.433 procedimentos, a Nordeste 6.756, a Sul 1.032 e a Norte 32 procedimentos.

A partir de 2021, ocorreu uma retomada do crescimento do montante regional e nacional dos procedimentos de EP para o DNPM infantil no SUS, entretanto, a região Sudeste por mais que tenha sinalizado aumento da sua produção, não atingiu o saldo de procedimentos de EP do período pré-pandêmico.

DISCUSSÃO

Os procedimentos de EP para o DNPM infantil são realizados no período de maior chance de transformações positivas nas áreas cerebrais (primeiros três anos de vida). Neste período chamado de “período sensível”, há grande plasticidade cerebral (modelamento) que culmina no processo inicial de memorização de habilidades, sendo considerado um excelente período de oportunidade em que a criança estaria preferencialmente mais receptiva aos experimentos e experiências biopsicossociais, inclusive receptível às intervenções sensório-motoras (Morais; Moreira; Costa, 2019).

Desta forma, a plasticidade cerebral, ora provocada pelas intervenções sensório-motoras, ou seja, através dos procedimentos

de EP, no transcorrer do desenvolvimento infantil, pode ser considerada como:

alterações fundamentais na neurogênese, na migração das células neuronais, na formação de sinapses e na especialização estrutural e funcional das redes neuronais, conduzindo a aquisição comportamental de marcos de desenvolvimento motor e não motor, e adaptação a um ambiente em constante mudança através da aprendizagem e da memória (Johnston, 2004 *apud* Ismail; Fatemi; Johnston, 2017).

Sob essa perspectiva, Hirve *et al.* (2023), em sua meta-análise, cujo objetivo foi determinar o efeito das intervenções de desenvolvimento (cognitivo e motor), na primeira infância, feitas por profissionais de saúde, descreveram que dos 27 ensaios clínicos randomizados, 13 estudos sugerem que as intervenções tendem a melhorar os resultados cognitivos e nove estudos tendem a melhorias no desenvolvimento motor em crianças nos primeiros três anos de vida. Ambos resultados foram dimensionados pela Escala de Desenvolvimento Infantil de Bayley - versão III.

Nesta vertente, Rigoni *et al.* (2022) demonstraram o efeito dos procedimentos de EP em crianças prematuras e com deficiência ao ser confrontados os períodos pré e pós intervenção com o instrumento Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade (PEDI). As autoras discorreram que houve crescimento dos escores do PEDI em todos os domínios, com diferença significativa ($p \leq 0,05$), indicando um melhor desempenho funcional final do conjunto analisado e um tamanho do efeito grande ($> 0,50$) na maioria dos achados pós intervenção. Além disso, verificou-se a presença da diferença entre os domínios do PEDI pré e pós intervenção, por meio da mínima diferença clinicamente importante (≥ 11 pontos). Ao final o desfecho clínico apresentou habilidades funcionais cujos valores foram: 17,06 pontos para o autocuidado, 12,35 pontos para a mobilidade e 15,04 pontos para a função social. E para a assistência do cuidador: 22,32 pontos para o autocuidado, 26,54 pontos para a mobilidade e 32,5 pontos para a função social.

No Brasil, uma grande evolução da quantidade de procedimentos de EP para o DNPM infantil, por meio do SUS, ocorreu entre janeiro de 2016 e dezembro de 2022. Isso sinaliza um fortalecimento, ampliação e qualificação das ações de reabilitação, identificação e intervenção precoce de incapacidades realizadas pelo MS, por meio da RCPD, nesses últimos 11 anos em relação à população brasileira com deficiência, neste caso crianças com deficiência.

Sabe-se que esses procedimentos de EP são realizados nos Centros Especializados em Reabilitação (CER), habilitados nas modalidades auditiva, física, intelectual e/ou visual e em estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação no SUS. Neles, os programas de EP para o DNPM da criança com deficiência de até três anos, por meio de terapias individuais ou em grupo, são executados. Ao mesmo instante, as famílias são recebidas e norteadas quanto ao tratamento infantil adequado. Por último, no CER se realiza o matriciamento entre os pontos da Rede de Apoio à Saúde (Brasil, 2020). Em alguns estados, o programa de EP pode ocorrer através de parcerias locais, como por exemplo, parceria com Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) (Brasil, 2016a).

Desde 2016, o número de CER aumentou mais de 50% no país, e passou de 186 para 291 unidades em 2022. Além disso, final do mesmo ano, a RCPD possuía 237 estabelecimentos habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação (Brasil, 2022). Assim, acredita-se que o aumento destas unidades relacionadas ao serviço de EP, possibilitou maior oferta de procedimentos no SUS, junto às crianças com diversas condições clínicas, as quais repercutem negativamente sobre o DNPM. Exemplo disso, foram as crianças diagnosticadas com microcefalia causada pelo Zika Vírus, a partir de outubro de 2015, em Pernambuco, e posteriormente confirmados outros casos em 22 estados brasileiros. A maior frequência de infecções congênitas por esse vírus ocorreu no Nordeste (Brasil, 2016a) e desta forma, os estados nordestinos tiveram que se organizar em uma RCPD eficaz e eficiente. Desta

forma a região Nordeste é a segunda em quantidade de procedimentos de EP realizados no país.

Destoante das outras regiões, a região Sudeste, identifica-se a região mais desenvolvida do país, onde em 2022, recebeu os maiores recursos financeiros destinados à Atenção Primária e à Atenção de Média e Alta Complexidade no SUS (Brasil, 2023a). O fato dela possuir a maior concentração de CER do país, 108 (36,50%), provavelmente favoreceu o advento do total alcançado de procedimentos de EP no período estudado (Brasil, 2023c). Ao se comparar as regiões brasileiras no quantitativo de procedimentos de EP, a região Sudeste é a maior responsável pela parcela de procedimentos em nível nacional, embora possua a menor taxa de proporção (8,2%) de pessoas de dois anos ou mais com deficiência do país (IBGE, 2023).

Já em uma nova vertente de discussão, a partir de 2020, com advento da Covid-19, percebe-se a nível nacional que após três anos de pandemia, os procedimentos de EP para DNPM de crianças realizados no SUS aumentaram ($p < 0,0001$) em relação ao período pré-pandêmico. Assim, para esse momento, o impacto da pandemia da covid-19 ao final do ano de 2022 sobre o procedimento de EP foi de saldo positivo. Segundo o MS, neste mesmo ano, 23 novos CER foram inaugurados, com expansão do nível das modalidades de reabilitação de sete CER. Com isso, 30 novas habilitações ocorreram em estados brasileiros (Brasil, 2022), onde essa expansão provavelmente contribuiu para o aumento dos procedimentos de EP no SUS.

Destaca-se que todas regiões brasileiras aumentaram a produção de procedimentos de EP no período pandêmico, exceto a Sudeste ($p < 0,0001$). Esse resultado vem ao encontro da finalização da identificação de vazios assistenciais no Brasil em 2020. Esta ação do MS “viabilizou as demandas e as propostas de investimentos para aquisição de equipamentos e obras de ampliação e reforma para qualificar os atendimentos de reabilitação, incluindo os cuidados pós Covid-19” (Brasil, 2023a, p.65). A RCPD, ao final de 2022 ampliou o acesso em 10,48% em relação a 2020 (Brasil, 2023a).

A minimização de vazios assistenciais condiz com as atuais taxas proporcionais de pessoas com deficiência maiores de dois anos de idade nas demais regiões: Nordeste (10,3%), Sul (8,8%), Centro – Oeste (8,6%) e Norte (8,4%) (IBGE, 2023).

Em relação às perdas de procedimentos de EP pela região Sudeste no período pandêmico, um provável motivo pode se relacionar com a quantidade de casos de Covid-19 confirmados na região. Segundo Silva e Oliveira (2020), no dia 03 de abril de 2020, a maior parte dos casos de Covid-19 no Brasil foi na região Sudeste com 5.658 casos confirmados (62,5%), seguida pelas regiões Nordeste com 1.399 (15,4%), Sul 978 (10,8%), Centro-Oeste 594 (6,6%) e Norte 427 (4,7%) casos respectivamente. No dia 26 de abril de 2020, a região Sudeste totalizou 31.077 casos (50,2%), a Nordeste 17.531 (28,3%), a Norte 7.600 (12,3%), a Sul 3.557 (5,7%) e a Centro-Oeste 2.123 casos (3,4%). Depois, Boitrago *et al.* (2021) citaram que as regiões Sudeste e Nordeste concentraram a maior frequência de casos e óbitos: 45% e 29%, respectivamente.

Naquele momento, a ideia do isolamento social foi a estratégia utilizada para a contenção do aumento dos casos de Covid-19. Portanto, Medeiros *et al.* (2022) descreveram que no período de isolamento social e suspensão dos serviços de saúde atribuídos pela pandemia da covid-19, houve uma descontinuidade da assistência às crianças com deficiência, com perdas de consultas a profissionais de saúde, de exames complementares e de sessões de fisioterapia, as quais são relevantes para o desenvolvimento e melhor qualidade de vida dessas crianças. Para Saldanha *et al.* (2021), o público infantil com deficiência foi desproporcionalmente impactado pela Covid-19 e pela resposta de contenção realizada nesse período pandêmico.

Assim, em relação aos procedimentos realizados nos CER em 2020, houve queda nos registros de atendimentos ambulatoriais de reabilitação em torno de 70%, especialmente nos meses de abril a junho em relação ao ano anterior (2019). Já em 2021, os quantitativos de registros foram se elevando, com aumento de aproximadamente 64% em relação ao mesmo período de 2020. Em 2022, observou normalidade nos registros dos atendimentos no

SUS (Brasil, 2022), entretanto a região Sudeste apresentou dificuldade em alcançar os números de procedimentos de EP do período pré-pandêmico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que na evolução temporal houve um aumento nos procedimentos de EP no SUS no período analisado e o impacto da pandemia da covid-19 sobre estes procedimentos de EP foi de saldo positivo, ou seja, no período pandêmico ocorreram mais procedimentos de EP em relação ao período pré-pandêmico, exceto entre os anos de 2019 e 2020, período crítico da pandemia da covid-19. A região Sudeste se destacou na oferta desses serviços em todo período estudado, embora não tenha ainda retomado aos números prévios de procedimentos de EP do período anterior à pandemia da covid-19.

Quanto às limitações desse estudo, por se tratar de um estudo de dados secundários, não foi possível discutir informações mais específicas como as características das crianças, os tipos de EP e assim, houve uma limitação na imersão sobre os sujeitos que utilizaram o SUS por meio dos procedimentos de EP para o DNPM infantil no Brasil. Desta forma, estudos intrínsecos futuros da RCPD de cada estado brasileiro, por meio de uma pesquisa *in loco* em cada CER, podem trazer as características das crianças e dos tipos de procedimentos de EP realizados. Um censo sobre estas crianças que usufruem dos serviços do SUS pode apontar a realidade do país quanto à população com deficiência, suas condições clínicas, formas terapêuticas de tratamento e assim, contribuir ainda mais para a melhor aplicabilidade da política pública nacional para a população com deficiência.

REFERÊNCIAS

BOITRAGO, G. M. *et al.* Reestruturação dos serviços de emergência à Covid-19 no Brasil: uma análise espaço-temporal, fevereiro a agosto de 2020. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, n. 4, p. e2020791, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000400004>.

BRASIL. CASA CIVIL. **#ZIKAZERO: Estratégia de Resposta ao vírus Zika e o combate ao mosquito transmissor**. Brasília, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do SUS (DATASUS)**. Brasília, DF; 2023b. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS. Instrutivo de reabilitação auditiva, física, intelectual e visual**. (Centro Especializado em Reabilitação – CER e Oficinas Ortopédicas). Brasília, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2022**. Brasília, março de 2023a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de Gestão 2022**. Brasília, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes de estimulação precoce crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor decorrente de microcefalia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Serviços Habilitados em todo território Nacional. Centros Especializados em Reabilitação (CER) e Oficinas Ortopédicas**. Brasília, DF; 2023c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-pessoa-com-deficiencia/cer>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Universidade Aberta do SUS. Fundação Oswaldo Cruz & Centro de Telessaúde HC-UFGM & Centro Universitário Newton Paiva. **Estimulação precoce da criança com microcefalia de 0 a 3 anos**. [Direção educacional de

Lidiane Aparecida Sousa. Especialista na temática, Edênia Santos Garcia Oliveira]. Brasília: SE/UNA-SUS, 2017.

DORNELAS, L. F.; DUARTE, N. M. C.; MAGALHÃES, L. C. Atraso do desenvolvimento neuropsicomotor: mapa conceitual, definições, usos e limitações do termo. **Rev. paul. pediatra**. São Paulo, v. 33, n. 1, p. 88-103, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rpped.2014.04.009>.

DUARTE, G. *et al.* Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: infecção pelo vírus Zika. **Epidemiologia e Serviços de Saúde [online]**. v. 30, n. spe1, e2020609, 2021.

FREITAS, N. F. de *et al.* Desenvolvimento neuropsicomotor em crianças nascidas pré-termo aos 6 e 12 meses de idade gestacional corrigida. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 40, p. e2020199, 2022.

HIRVE, R. *et al.* Effect of early childhood development interventions delivered by healthcare providers to improve cognitive outcomes in children at 0–36 months: a systematic review and meta-analysis. **Archives of Disease in Childhood**, 108: 247-257, 2023. Disponível em: [10.1136/archdischild-2022-324506](https://doi.org/10.1136/archdischild-2022-324506).

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua). Pessoas com Deficiência 2022. Divulgação dos Resultados Gerais**. 2023.

ISMAIL, F. Y.; FATEMI, A; JOHNSTON, M. V. Cerebral plasticity: Windows of opportunity in the developing brain. **Eur J Paediatr Neurol**, Jan; 21(1):23-48, 2017. Disponível em: [10.1016/j.ejpn.2016.07.007](https://doi.org/10.1016/j.ejpn.2016.07.007).

MEDEIROS, J. P. B. *et al.* Continuidade do cuidado à criança com necessidades especiais de saúde durante a pandemia de Covid-19. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.75, n.2, p. e20210150, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0150>.

MONITORACOVID19 ICICT / FIOCRUZ. **Nota técnica 22**. O “represamento” do atendimento em saúde no SUS. 09 de novembro de 2021.

MORAIS, R. L. de S; MOREIRA, R. S.; COSTA, K. B. Intervenção Precoce: Lidando com crianças de risco biológico e psicossocial e

suas famílias. *In*: CAMARGOS, A. C. R. et al. (org.). **Fisioterapia em pediatria: da evidência à prática clínica**. Rio de Janeiro: Medbook, 2019.

OLIVEIRA, B. S. B. *et al.* Estimulação precoce no desenvolvimento de crianças com microcefalia: percepção materna. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 139–146, dez. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0272>.

RIGONI, D. de B. *et al.* Efeito de um programa de estimulação precoce no desempenho funcional de crianças de risco. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v. 30, n.1, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.31501/rbcm.v30i1.13094>.

SALDANHA, J. H. S. *et al.* Pessoas com deficiência na pandemia da covid-19: garantia de direitos fundamentais e equidade no cuidado. **Cadernos de Saúde Pública [on-line]**. v.37, n.9, e00291720, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00291720>.

SANTOS, G. C. C.; FIORINI, M. L. S. Importância da estimulação precoce em fisioterapia para crianças com Síndrome de Down. **Rev. Assoc. Bras. Ativ. Mot. Adapt.**, Marília, v.22, n.2, p. 371-382, Jul./Dez., 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.36311/2674-8681.2021.v22n2.pP.%20371-382>.

SILVA, D. F.; OLIVEIRA, M. L. C. Epidemiologia da Covid-19: comparação entre boletins epidemiológicos. **Comunicação em Ciências da Saúde**, Brasília, v.31, n. Suppl. 1, p. 61–74, 2020. Disponível em: [10.51723/ccs.v31iSuppl.1.661](https://doi.org/10.51723/ccs.v31iSuppl.1.661).

4. CUIDADOS PALIATIVOS: IMPORTÂNCIA DE DISCUSSÕES INTERDISCIPLINARES E RELATOS DE EXPERIÊNCIA

Isabelle Bastianello da Silva
Rafaela de Vasconcellos Flores

INTRODUÇÃO

Neste capítulo, as autoras, que têm a formação de Terapeutas Ocupacionais, abordarão, neste relato de experiência, assuntos referentes à importância da transversalidade em saúde nos cuidados paliativos. Utilizando como referências principais seus trabalhos de conclusão do curso de Terapia Ocupacional e seus relatos de experiência no projeto de ensino “Saber para cuidar: projeto interdisciplinar, dialogando sobre o processo de viver e morrer, no âmbito dos cuidados paliativos (Silva, 2020), bem como na disciplina que foi ofertada de forma complementar na Universidade.

O cuidado paliativo é uma abordagem que surge para cuidar das pessoas que possuem uma doença ameaçadora à vida, dessa forma, é um cuidado com as pessoas e não com a doença, com objetivo de proporcionar melhor qualidade e bem-estar em todos os aspectos da vida enquanto ainda há. Seria ótimo que em todos os lugares do mundo, o cuidado paliativo fosse praticado de fato, mas, infelizmente, a oferta desse cuidado ainda é escassa. Para que isso aconteça cada vez mais, “é preciso sensibilizar as pessoas, o que pode ser um processo demorado, mas que trará bons resultados ao sistema de saúde e, ao viver em sociedade com base no amor e na solidariedade” (Silva *et al.*, 2015, p. 375).

O cuidado paliativo tem seu surgimento com duas pioneiras: Cicely Saunders e Elisabeth Kubler-Ross. Cicely Saunders,

fundadora do 'movimento hospice', graduou-se em Enfermagem, Assistente Social e Medicina e, durante a sua vida promoveu muitas ações de cuidado para diversas populações, enquanto Elisabeth Kubler-Ross, médica psiquiátrica, realizou muitos trabalhos humanitários, desenvolveu estudos sobre os processos de morte e o morrer. No Brasil, o cuidado paliativo teve seu desenvolvimento muitos anos depois, com a pioneira Dra. Mirian Marteleite que fundou, em 1979, o Serviço de Dor no Hospital de Clínicas e em 1983, fundou o Serviço de Cuidado Paliativo, em Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Assim, o cuidado paliativo foi tendo diversos pioneiros em vários locais do país (Figueiredo, 2011). No país, tem-se desde 2018, uma Resolução sobre as diretrizes para organização dos Cuidados Paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (Ministério da Saúde, 2018).

O cuidado paliativo visa proporcionar qualidade à vida das pessoas que possuem alguma doença incurável. Seu conceito foi definido em 1990 e atualizado em 2002, pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Segundo a OMS (2002, p. 84):

Cuidados Paliativos são uma abordagem de assistência que melhora a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares, diante de uma doença que ameaça a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento da dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos espirituais.

Os cuidados paliativos têm como objetivos primordiais: o controle de sintomas, a obtenção de conforto e o alívio dos sofrimentos para o paciente e seus cuidadores, por meio de uma abordagem integral e integrada que compreende a dimensão física, psicossocial e espiritual em uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar, que possibilita a elaboração de um plano de cuidados resultante da combinação de diferentes conhecimentos, habilidades e técnicas específicas a cada área profissional (De Carlo; Kebbe; Palm, p.19, 2018).

De Carvalho (2021) cita que as dimensões totais do ser humano são corpo, mente e espírito e elas não se separam, pois a vida, o

corpo e a saúde são delimitados pelo espaço-tempo. No tempo, temos a imanência do passado e do futuro e isso reflete a existência. Na arte do cuidar é essencial o “nós”, tratamento que ocorre por meio de uma equipe multidisciplinar e interdisciplinar. Sendo assim, Paiva (2021) ressalta sobre a complexidade que é um atendimento, pois envolve o paciente, os familiares, a equipe de saúde, em torno de vivências, expectativas, esperança, o sagrado, vontades e dores.

Dentro deste contexto, no ano de 2020, no curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), devido ao grande interesse em discutir interdisciplinarmente sobre os cuidados paliativos, surgiu o interesse em desenvolver um projeto, onde cinco discentes e uma docente criaram o projeto de ensino intitulado “Saber para cuidar: projeto interdisciplinar, dialogando sobre o processo de viver e morrer, no âmbito dos cuidados paliativos”, no qual eram realizados encontros mensais para estudar sobre o cuidado paliativo e tudo que esta abordagem desenvolve. O projeto tem por objetivo, colaborar com o processo de formação profissional de acadêmicos para atuar de forma humanizada com (pessoas/pacientes/clientes/familiares e cuidadores) desde o processo de adoecimento até a morte, incluindo o luto, apoiando-se nos preceitos dos cuidados paliativos. Visa ainda: a) promover encontros quinzenais entre os estudantes da UFSM e profissionais que atuam com a temática; b) debater, discutir e refletir sobre os processos de morte e morrer a partir de leituras de materiais já publicados e experiências dos profissionais convidados; c) incentivar e promover o debate interdisciplinar; aprimorar os estudos sobre cuidados paliativos; d) conhecer o impacto que o cuidado paliativo apresenta tanto para o sujeito quanto para a família e refletir os diferentes impactos que a morte ocasiona nos diferentes ciclos da vida.

Dessa forma, salienta-se a importância e a necessidade desse cuidar ser realizado por uma equipe multidisciplinar e interdisciplinar, pois a pessoa merece e tem o direito de ter esse cuidado de maneira integral e, para alcançar tal meta é necessário

o saber e o fazer de profissionais de diferentes áreas. Ressalta-se, ainda, que tal foco deve ser abordado desde a formação do profissional.

DESENVOLVIMENTO

No Brasil, a Resolução nº41, de 31 de outubro de 2018 (Brasil, 2018), dispõe sobre o cuidado paliativo no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), suas diretrizes, descrição, objetivos, princípios norteadores, locais de oferta do serviço de cuidado paliativo, entre outras coisas. Segundo a Resolução nº41 (Parágrafo Único do Art. 1º, 2018), “os cuidados paliativos deverão fazer parte dos cuidados continuados integrados ofertados no âmbito da Rede de Atenção à Saúde (RAS)”, dessa forma, é esperado que os serviços estejam presentes em todos os setores da RAS.

A *Worldwide Hospice Palliative Care Alliance* (WHPCA), divulgou a segunda edição do Atlas Global de Cuidados Paliativos de Clark *et al.* (2020), com dados do ano de 2017, em que o Brasil se classificou na categoria 3B na prestação de cuidados paliativos generalizados.

[...] um país nesta categoria é caracterizado pelo desenvolvimento do ativismo dos cuidados paliativos em vários locais com o crescimento do apoio local nessas áreas; múltiplas fontes de financiamento; a disponibilidade de morfina; vários serviços de cuidados paliativos de uma variedade de fornecedores; e a disponibilização de algumas iniciativas de formação e educação por parte das organizações de cuidados paliativos e de cuidados paliativos[...] (Clark *et al.*, 2020, p. 51, tradução nossa).

O Atlas de Cuidados Paliativos no Brasil de Clark *et al.* (2020), com dados do ano de 2019 evidenciou a existência de 191 serviços de cuidado paliativo no país, contabilizando assim um aumento de aproximadamente 8% na oferta dos serviços de cuidado paliativo no país em relação ao panorama de serviços cadastrados no ano de 2018 (Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2018). Os dados também mostram que 40,3% dos serviços não possuíam diretrizes

estabelecidas para nortear a prática clínica e muitos serviços não adotavam protocolo de tratamento de dor, o que é de extrema importância para o alívio do sofrimento e para a melhor qualidade de vida dos pacientes. Observamos com esses dados que nosso país está gradualmente avançando no âmbito do cuidado paliativo. Considera-se que quando o indivíduo e os familiares se deparam frente a finitude, ocorrem os cinco estágios descritos por Elizabeth Kübler-Ross (Kubler-Ross, 1981):

(i) - Primeiro estágio: Negação - consiste em uma fase de negação da situação e da notícia recebida, a pessoa não acredita, acha que pode haver enganos. Essa fase pode ser vista como uma maneira de defesa do próprio organismo humano e tem dificuldade em ter a clareza desta realidade.

(ii) - Segundo estágio: Raiva - consiste em sentimentos de raiva, dor, medo e culpa. Esta fase é bem delicada, pois a pessoa pode ter atitudes desagradáveis. A pessoa pode sentir raiva de quem deu a notícia e, dependendo até da maneira que isso aconteceu, do fato que causou, de alguém que poderia ter evitado, e se sujeita até a questionar o seu Deus como sendo injusto.

(iii) - Terceiro estágio: Negociação/Barganha - consiste em uma revolta por não sentir alívio com a situação, podem surgir pensamentos sobre fazer algo para reverter o acontecido, como pensar em fazer promessas na sua religião, receber uma graça ou milagre.

(iv) - Quarto estágio: Depressão - consiste em não ter tido sucesso anteriormente, o que pode gerar grande sofrimento e até o desejo de isolamento.

(v) - Quinto estágio: Aceitação - consiste um momento em que a pessoa faz reflexões e tem percepções mais congruentes com a situação, consegue visualizar possibilidades de vida antes da finitude, percebe que nem tudo em sua vida está acabado e perdido, mesmo com dificuldades e limitações.

Salienta-se que estes estágios são vivenciados de maneira singular pelas pessoas, não havendo uma cisão tão clara entre eles, além de uma vivência que não se apresenta na ordem descrita,

necessariamente (Kubler-Ross, 1981). Segundo Santos (2009), morte é uma palavra muito temida e quase impronunciável no vocabulário cotidiano do ser humano. Com isso, percebe-se na sociedade, inquietações, angústias, reflexões, que podem se manifestar através de um sofrimento emocional, principalmente para quem está diante de doenças ameaçadoras, lidando com a presença constante da morte. Segundo Arantes (2019, p.43), esse sofrimento é muito intenso pois “nele, o doente toma consciência de sua mortalidade. E essa consciência o leva à busca do sentido de sua existência”. E a medicina, por mais avançada que seja, não apresenta respostas para tudo, sobretudo para as questões que envolvem a temática da espiritualidade e religiosidade, que muitas vezes são inseparáveis.

Com isso, a comunicação, segundo as falas de Kovács (2021), precisa englobar a visão humanista, ou seja, ser realizada de maneira integral, englobando todas as dimensões na vida do sujeito. Assim como não há como transformar más notícias em boas notícias, pode-se acolher o sujeito e a família através da comunicação, escuta ativa e atenta, que são fundamentais, inerente ao ser humano, promove dignidade, bem como não ter omissões e mentiras, comunicar a verdade, esclarecer e acolher. No entanto, a comunicação não é considerada ato simples, pois envolve valores e crenças singulares que podem ou não interferir na transmissão de informações e conversas entre a tríade profissional/paciente/familiar. Podem influenciar a qualidade da comunicação “o imediatismo da sociedade, a rapidez e a urgência exigidas do profissional, o uso demasiado de jargões técnicos, a fala infantilizada, o cansaço, o contexto cultural, as crenças e a falta de treinamento” (Koch; Rosa; Bedin, 2017). Os mesmos autores mencionam que a comunicação de más notícias é uma situação vivenciada de forma distinta tanto para quem emite, como para quem recebe e está intimamente ligada a sentimentos e emoções, por isso é necessário treinamento e mais informações que contemplem as pessoas de modo integral.

“Sofrimento é totalmente individual. Cada dor é única. Cada ser humano é único” (Arantes, 2019, p.42). Assim, a necessidade da comunicação de maneira mais efetiva e humanizada se faz presente, muitas vezes diante do alívio do sofrimento físico, mas também surge a "expressão de outros sofrimentos, como o emocional e o espiritual, aparece a necessidade de falar sobre o que falta na vida, o momento de pensar nas 'pendências'" (Arantes, 2019), junto à isso surgem os desejos de viver intensamente antes do momento da morte, então é necessária uma boa e acolhedora comunicação, para tornar a vida digna, com sentidos e valores.

Palm (2021) menciona que com a humanização da vida e da morte, o cuidado pode ocorrer tanto dentro de hospitais, em domicílio, em instituições de longa permanência, ambulatório, na clínica e até em consultórios de rua. As questões de luto e perdas andam juntas e é preciso saber lidar com isso. Tal autor ressalta que é importante trabalhar com o indivíduo de maneira integral, e nas questões espirituais, é necessário olhar para os significados, valores, esperança e para as questões existenciais.

O modelo biomédico acaba tornando-se o foco da maioria dos profissionais de saúde, em que predomina a supervalorização pela cura, é como se o não falar sobre a morte, a evitasse, porém é visto e acompanhado diariamente as pessoas morrerem em profunda dor e solidão e então surge, como de forma naturalizada, a pior frase que poderia ser usada: “não havia mais nada a fazer” para ser comunicada aos familiares (Soares, 2019). Morrer não deveria ser visto como fracasso, morrer deveria ser visto como algo natural na vida das pessoas, sem dor e de maneira humanizada, com o foco no cuidar e não no curar apenas.

Soares (2019) diz que fracasso é ser negligente com o ser humano, que é extremamente importante quando o profissional de saúde conversa, importa-se com seu paciente e estabelece um vínculo além da doença. Isso realmente consegue mudar a perspectiva do indivíduo frente a todo seu processo de vida nesse momento, ele não se sente sozinho e desamparado, não tem a ver com técnicas e sim com cuidado e humanidade.

Através do projeto de ensino citado acima, realizamos um evento denominado “I Simpósio Saber para Cuidar: levando conhecimento para além das fronteiras da universidade”, o qual foi realizado remotamente, transmitido pela plataforma do *Youtube*. Neste evento recebemos diversos profissionais que falaram sobre o seu trabalho na perspectiva dos cuidados paliativos, além de pessoas que vivenciam tais cuidados.

Devido à procura de diversos estudantes de diferentes cursos, através de uma pesquisa no *Google Forms*, foi criada e oferecida a disciplina complementar de graduação nomeada “Cuidados Paliativos e reflexões sobre os processos de morte e morrer: por uma formação interdisciplinar”. A disciplina foi ofertada para todos os cursos do Centro de Ciências da Saúde (CCS) e do Centro de Ciências Sociais e Humanas (CCSH) da UFSM, campus de Santa Maria, convidando para palestrar diversos profissionais da saúde que trabalham com a temática de cuidados paliativos, processo da morte e do morrer. A disciplina abrangeu a participação de estudantes de diferentes cursos como Terapia Ocupacional, Enfermagem, Medicina e Serviço Social. Devido à pandemia da covid-19, a disciplina foi desenvolvida de forma on-line, com encontros síncronos e assíncronos, abordou muitas leituras e discussões interdisciplinares e envolveu a presença de convidados de diferentes áreas para palestras.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao deparar-se com a presente revisão de literatura e as vivências do projeto de ensino, ressalta-se o quão necessário é acolher as situações de terminalidade, tanto do paciente como de seus familiares e/ou cuidadores, com dignidade, empatia e transparência, minimizar o sofrimento, acolher e amparar com cuidado as demandas impostas pelo processo de finitude. Há a necessidade de criar possibilidades de fazeres humanos possíveis e cabíveis para quem vivencia momentos relacionados aos cuidados paliativos.

Por meio dessas ações, foi possível discutir interdisciplinarmente o tema, as diversas profissões envolvidas nas discussões trouxeram uma riqueza única ao grupo por meio do compartilhamento das diversas visões. A disciplina contou com participação de palestrantes essenciais na história dos cuidados paliativos no Brasil, como Maria Júlia Kovács, Elisa Perina, Tom Almeida, Miriam Delboni, Cristiane Trivisiol e Mara Villas Boas de Carvalho. Os encontros foram tão enriquecedores que parte do grupo se uniu para desenvolver um simpósio, com objetivo de levar as discussões sobre os cuidados paliativos para além das fronteiras da universidade, assim, mais pessoas teriam acesso ao tema. O simpósio foi transmitido de forma on-line através da plataforma *Youtube*, devido à pandemia da covid-19. Houve a participação de diversos profissionais que trabalham com os cuidados paliativos como Mônica Estuque Queiroz (terapeuta ocupacional); Tatiana Barbieri Santana (doula da morte); Flávia Vieira (psicóloga); Camilla Rodrigues Paiva (dentista e graduanda de medicina); Rafaella Aquino (fisioterapeuta); Ana Penido (jornalista e escritora); Tom Almeida (fundador do movimento inFINITO); Marianne Branquinho (psicóloga); Cristiane Souza (familiar que passou por luto pelo Covid-19); além da participação especial de Ana Michelle, que compartilhou sua história (paciente em cuidados paliativos).

O projeto já atingiu cerca de 1200 pessoas, considerando todas as ações desenvolvidas. Ressalta-se a grande procura dos acadêmicos interessados em discussões que potencializem uma formação ampliada, humana e refletida no cuidado integral.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos observar que, embora tenha muito a ser feito, o país está caminhando em direção à melhora da prestação do serviço de cuidados paliativos. Atualmente, tais cuidados vêm sendo mais utilizados, estudados e compartilhados para além dos espaços acadêmicos, nos quais se observa, que em muitos serviços os

pacientes e suas famílias conseguem vivenciar no dia a dia esses cuidados.

Com o embasamento da pesquisa, mostra-se o quão é essencial o trabalho de diferentes profissionais frente ao paciente, a família, ao cuidador e até para a própria equipe profissional. Destaca-se, ainda, o quão é escasso nas instituições, os momentos e disciplinas para a discussão sobre a morte e sobre os cuidados paliativos em si. A falta de preparo dos profissionais da saúde, mostra a importância de iniciar essa discussão desde a sua formação, e a discussão de maneira interdisciplinar na formação de novos profissionais poderá proporcionar transformações para uma prática mais eficaz no âmbito do cuidado.

Busca-se com esse capítulo incentivar os estudantes, profissionais e comunidade a procurarem informações sobre os cuidados paliativos, compreenderem sobre o assunto, assim como reconhecerem seus direitos, mas principalmente, incentivar as instituições de ensino e saúde a enfatizarem esses assuntos, criando estratégias de melhora de ensino e cuidado humanizado. Ademais, mostra a importância de oportunizar e criar espaços para discussão e reflexão sobre esses assuntos, pois em algum momento da vida profissional e/ou pessoal, irão deparar-se frente a esse contexto e/ou assuntos.

Ao finalizar, para quem tiver interesse a todas as palestras e comunicações do “Simpósio Saber para Cuidar”, as mesmas estão disponíveis na plataforma *YouTube*, a fim de agregar e disseminar conhecimentos na vida de cada um que assistir/ouvir. Disponível em: <<https://www.youtube.com/@saberparacuidar4724>>.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Panorama dos Cuidados Paliativos no Brasil**. São Paulo, SP, out. 2018. Disponível em: <https://paliativo.org.br/wp-content/uploads/>

2018/10/Panorama-dos-Cuidados-Paliativos-no-Brasil-2018.pdf.

Acesso em: 28 jul. 2023.

ARANTES, A. C. Q. **A morte é um dia que vale a pena viver**. Rio de Janeiro: Sextante, 2019.

BRASIL. **Resolução N° 41, de 31 de outubro de 2018**. Diário Oficial República Federativa do Brasil, Ministério da saúde. 225 ed., seção 1, p. 276, 2018. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia//asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710. Acesso em: 15 jul. 2023.

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). [S. l.], 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041_23_11_2018.html. Acesso em: 30 jul. 2023.

DE CARLO, M. M. R. P. *et al.* Fundamentação e processos da Terapia Ocupacional em contextos hospitalares e cuidados paliativos. *In*: DE CARLO, M. M. R. P.; KUDO, A. M. (org.). **Terapia Ocupacional em contextos hospitalares e cuidados paliativos**. São Paulo: Editora Payá, p. 1-32, 2018.

CARVALHO, M. V. B. **O cuidado interprofissional hoje: uma arte que se renova, uma ciência que se humaniza**. Disciplina complementar de graduação UFSM: Cuidados paliativos e reflexões sobre os processos de morte e morrer: por uma formação interdisciplinar. 26 de julho de 2021. Aula on-line.

CLARK, D. *et al.* What are the main barriers to palliative care development?. **Global Atlas of Palliative Care**. London, UK. 2 Ed. p. 45-58, 2020. Disponível em: <https://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>. Acesso em: 20 jul. 2023.

FIGUEIREDO, M. T. A. A História dos Cuidados Paliativos no Brasil. **Revista Ciências em Saúde**, [S. l.], v. 1, n. 2, p. 2-3, jul. 2011. Disponível em: https://portalrcs.hcitajuba.org.br/index.php/rcsfmit_zero/article/view/509 Acesso em: 06 ago. 2021.

FLORES, R. V. **Cartografando o efeito do uso de atividades artísticas em cuidados paliativos na vida cotidiana de usuários e familiares em produções bibliográficas entre 2018 e 2022.** Monografia (Trabalho de conclusão de curso Terapia Ocupacional) - Universidade Federal de Santa Maria - RS, p. 59, 2023.

KOCH, L. K.; ROSA, A. B.; BEDIN, S. C. Más notícias: significados atribuídos na prática assistencial neonatal/pediátrica. **Rev. Bioét.** Brasília, vol.25, n.3, Out/Dez. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422017000300577&lang=pt>. Acesso em: 30 jul. 2023.

KOVÁCS, M. J. **Comunicação de más notícias e interdisciplinaridade nos cuidados paliativos.** Disciplina complementar de graduação UFSM: Cuidados paliativos e reflexões sobre os processos de morte e morrer: por uma formação interdisciplinar. 18 de janeiro de 2021. Aula on-line.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer.** Trad. Paulo Menezes, São Paulo: Martins Fontes, 1981.

PAIVA, C. **Espiritualidade e cuidados paliativos.** I simpósio saber para cuidar. Universidade Federal de Santa Maria. 03 de agosto de 2021. Transmissão em plataformas on-line.

PALM, R. del C. M. **Cuidados paliativos no contexto da oncologia e cuidado integral:** diálogo com espiritualidade/religiosidade nos processos de morte e morrer. Disciplina complementar de graduação UFSM: Cuidados paliativos e reflexões sobre os processos de morte e morrer: por uma formação interdisciplinar. 16 de agosto de 2021. Aula on-line.

SABER PARA CUIDAR. Canal Saber para Cuidar. *YouTube*, 2021. Disponível em: <<https://www.youtube.com/@saberparacuidar4724/streams>>. Acesso em: 30 jul. 2023.

SANTOS, F. S. **Cuidados paliativos:** discutindo sobre a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Artheneu, 2009.

SILVA, I. B. **Espiritualidade e Religiosidade frente ao processo de morte e morrer.** Monografia (Trabalho de conclusão de curso Terapia Ocupacional) - Universidade Federal de Santa Maria - RS, p. 64, 2022.

SILVA, M. M. *et al.* **Visitando hospices na Alemanha e no Reino Unido na perspectiva dos cuidados paliativos.** Escola Anna Nery, [S. l.], v. 19, n. 2, p. 369-375, abr-jun. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/CL3cPqhTYR3yWSXn79Qnwhv/?lang=pt#>.

Acesso em: 23 jul. 2023.

SOARES, A. M. **Enquanto eu respirar.** Rio de Janeiro: Sextante, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines.** Geneva: WHO, ed. 2, 2002, p.84.

5. INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS REALIZADAS EM UM HOSPITAL DE ENSINO DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL/RS

Karini da Rosa
Rita Fabiane Teixeira Gomes
Charise Dallazem Bertol
Ana Paula Helfer Schneider

INTRODUÇÃO

O movimento em prol da segurança do paciente teve início na última década do século XX, após a publicação do relatório do Instituto de Medicina dos Estados Unidos que revelou a crítica situação de assistência à saúde daquele país. A partir disso, começaram as preocupações com a qualidade do cuidado e com a segurança do paciente por parte das instituições de saúde, em âmbito global (Kohn; Corrigan; Donaldson, 2001). Com isso, a Organização Mundial de Saúde adotou a segurança do paciente como tema de alta prioridade na agenda de políticas (Who, 2017).

Devido à preocupação com o cuidado e a segurança do paciente começaram a ser desenvolvidas atividades, como a Farmácia Clínica. A Farmácia Clínica analisa as prescrições médicas e intervenções farmacêuticas, minimizando riscos e danos desnecessários associados à farmacoterapia, reduzindo custos à instituição hospitalar, garantindo, a efetividade do tratamento farmacológico proposto e conseqüentemente, aumentando a qualidade do cuidado ao paciente (Ferracini; Borges Filho, 2010; Finatto; Caon; Bueno, 2012; Bernardi *et al.*, 2014).

Diante disso, o presente trabalho fundamenta-se na crescente preocupação com a segurança do paciente, especialmente no que tange a administração de medicamentos. E, nesta perspectiva, o

estudo visa demonstrar as intervenções farmacêuticas realizadas em uma unidade de internação do Sistema Único de Saúde (SUS), de um hospital de ensino, cenário de prática da Residência Multiprofissional em Saúde.

DESENVOLVIMENTO

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul, sob número de parecer 1.936.856.

Trata-se de um estudo de análise documental, com delineamento transversal retrospectivo, de caráter descritivo. A amostra do estudo é de conveniência e os dados relacionados ao gênero do paciente, idade, tempo de internação e o desfecho foram obtidos a partir de banco secundário de informações de pacientes de uma unidade de internação de clínica médica e cirúrgica do SUS, de um hospital de ensino do interior do Rio Grande do Sul (RS), no período de abril a dezembro de 2016.

Foram realizadas atividades de Farmácia Clínica, onde em um primeiro momento, o farmacêutico residente conversou com o paciente ou acompanhante para verificar os medicamentos de uso contínuo utilizados (processo denominado de conciliação medicamentosa) e também verificar possíveis alergias medicamentosas. Após a abordagem inicial, as prescrições médicas foram monitoradas diariamente através de avaliações e revisões referentes aos medicamentos prescritos, e se encontrada alguma inconformidade, foram realizadas intervenções farmacêuticas, que são sugestões aos prescritores ou equipe multidisciplinar, por meio de escrita via e-mail ou verbalmente. As intervenções farmacêuticas foram classificadas de acordo com as categorias descritas na Quadro 1.

Quadro 1 – Categorias das Intervenções Farmacêuticas

Categorias das Intervenções Farmacêuticas

- A Regime terapêutico: intervenções relacionadas à dose, frequência, via de administração e prescrição de medicamento em duplicidade.
 - B Adaptação da forma farmacêutica para administração via sonda/alteração da via de administração: medicamentos que não devem ser administrados via sonda ou possuem uma restrição.
 - C Conciliação medicamentosa: inclusão de medicamentos usados anteriormente, de forma contínua.
 - D Alergia Medicamentosa
 - E Avaliação da função renal e conseqüentemente ajuste de dose de antimicrobianos.
 - F Orientação de alta para familiares de pacientes em uso de sonda nasoentérica ou gastrostomia.
 - G Orientação sobre a administração de medicamentos via sonda nasoentérica ou gastrostomia à equipe de enfermagem.
-

Fonte: Quadro elaborado pelo autor

Os dados relacionados aos pacientes, prescrições e intervenções farmacêuticas eram diariamente digitados em um banco de dados no Excel, para que futuramente fossem analisados. Desta forma, foi empregado o *software Statistical Package for Social Sciences 20.0*, para a determinação das análises de variáveis categóricas através de frequência absoluta e relativa, percentual, média e desvio padrão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As características dos indivíduos internados, que foram avaliados no estudo e fatores relacionados à internação hospitalar, encontram-se descritos na Tabela 1.

Tabela 1 – Características dos indivíduos internados e fatores relacionados à internação hospitalar

Idade	Média ± DP	N
	57,24 ± 16,09	393
Sexo	Frequência	%
Masculino	254	64,6
Feminino	139	35,4
Tempo de Internação	Média (dias)	Mínimo-Máximo (dias)
	7,56 ± 7,08	0-68
Desfecho do Caso	Frequência	%
Alta Melhorada	351	89,3
Óbito	18	4,6
Alta Administrativa	1	0,3
Transferência para outro hospital	8	2
Alta com previsão de retorno	9	2,3
Alta a pedido	5	1,3
Alta por outros motivos	1	0,3

Fonte: Dados coletados pelo autor

A população do estudo, constituída por 393 pacientes internados, revelou que 64,6% dos indivíduos eram do sexo masculino e a média de idade foi de 57,24 ± 16,09 anos, com mínimo de 13 e máximo de 93 anos. Nossos achados foram semelhantes ao estudo realizado em hospital público no Sul do Brasil, revelando que 58,4% eram homens, com idade média de 63 ± 13,6 (Pezia; Cimarosti, 2022). Difere de estudo conduzido em Hospital de Belo Horizonte que mostrou prevalência de paciente do sexo feminino (79,2%) (Pinto; Castro; Reis, 2013).

A Classificação Internacional de Doenças (CID) foi o parâmetro utilizado para o agrupamento dos diagnósticos de internação, revelando que a maioria dos pacientes internaram em decorrência de doenças do aparelho circulatório (26,72%), dados semelhantes a estudo realizado em hospital de ensino do interior do Estado de São Paulo, com 45,5% (Brito; Guirardello, 2012).

O tempo médio de internação foi de 7,56 dias, com o mínimo de 0 e máximo de 68 dias, condizente a estudo realizado em

Hospital Geral da Bahia, com leitos destinados a pacientes do SUS, que revelou tempo médio de internação de 8 dias, variando de 2 a 89 dias (Moura, 2010).

Quanto ao desfecho do caso, a maioria dos pacientes recebeu alta melhorada (89,3%), semelhante ao estudo de Pinto, Castro, Reis (2013) que revelou alta hospitalar em 79,2% dos casos.

Na Tabela 2, estão descritas a categoria de intervenções farmacêuticas, assim como, a forma como foram realizadas e o resultado delas.

Tabela 2 – Descrição da categoria de Intervenções Farmacêuticas e o resultado delas

Categoria de Intervenções Farmacêuticas	Frequência	%
A	58	47,5
B	3	2,5
C	44	36,1
D	1	0,8
E	11	9,0
F	1	0,8
G	4	3,3
Total	122	100
Forma de Intervenção Farmacêutica realizada	Frequência	%
Pessoalmente	9	7,4
Por e-mail	113	92,6
Total	122	
Resultado da Intervenção Farmacêutica	Frequência	%
Aceita	24	20,33
Alta do Paciente	66	56,91
Não Aceita	32	22,76
Total	122	100

Fonte: Dados coletados pelo autor

No período estudado foram avaliadas um total de 970 prescrições, sendo que 117 (12,06%) destas possuíam alguma inconformidade, necessitando intervenção farmacêutica. Assim, foram realizadas 122 (12,58%) intervenções farmacêuticas, dado

inferior ao encontrado na literatura, em que farmacêuticos realizaram intervenção em 20,27% de prescrições (Maciel; Fernandes, 2014). Esse número superior pode ser justificado pelo fato destes estudos considerarem mais categorias de intervenções farmacêuticas, como compatibilidade, diluição, legibilidade, farmacovigilância, reação adversa a medicamentos, tempo de infusão, entre outros, intervenções essas que em nosso estudo não foram avaliados.

Dentre as categorias de intervenção farmacêutica realizadas, houve prevalência na categoria A – regime terapêutico com 47,5%, semelhante a estudo realizado por Barros e Araújo (2021), em hospital de João Pessoa. Também foi significativo o número de intervenção classificada como conciliação medicamentosa (36,1%), semelhante ao estudo realizado em hospital de ensino na região do Vale do Rio Pardo, no RS, com 35,8% de conciliação medicamentosa (Garske *et al.*, 2016). Ao realizar conciliação medicamentosa pode-se interceptar e corrigir 75% das discrepâncias clinicamente importantes, prevenindo danos ao paciente e promovendo a segurança do paciente (Vira; Colquhoun; Etchells, 2006), além de reduzir custos e readmissões hospitalares (Voss *et al.*, 2011).

As intervenções farmacêuticas realizadas com médicos ou residentes, que eram os prescritores, foram por meio de e-mail, totalizando 92,6% e, as intervenções com a equipe de enfermagem ou familiares foram realizadas pessoalmente (7,4%). Em relação ao resultado delas, 22,76% não foram aceitas e apenas 20,33% foram aceitas. Deve-se considerar ainda, que em 56,91% dos casos, foi realizado contato com o prescritor por e-mail, no entanto, o paciente recebeu alta hospitalar, não havendo aceite nem inaceitabilidade. No que diz respeito à porcentagem de inaceitabilidade pode estar atrelado à forma como essas intervenções foram realizadas, via e-mail, embora possa otimizar o tempo, não temos certeza de que o prescritor acessou a informação ou como interpretou a mensagem, além disso, impossibilita o diálogo, não permitindo réplicas e trélicas. Estudo realizado por

Maciel, Borges e Portela (2019) mostrou aceitação de 99,58% e estudo de Barros e Araújo (2021) revelou 97,45% de aceitação, demonstrando assim, o reconhecimento da importância do trabalho do farmacêutico clínico realizado nestas instituições.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O serviço de farmácia clínica desenvolvido na instituição teve impacto muito positivo, promovendo o uso racional de medicamentos e o aumento da segurança ao paciente, além de contribuir significativamente para o avanço do conhecimento da atuação do farmacêutico clínico em nosso país. As intervenções farmacêuticas beneficiam diretamente os pacientes e também a equipe multidisciplinar envolvida no cuidado, além disso, propicia aumento na qualidade do tratamento farmacológico.

Durante o processo de trabalho, novos tipos de intervenções farmacêuticas foram sendo adicionadas ao longo do tempo, como referente à administração de medicamentos utilizados via sonda nasoentérica ou gastrostomia. Isso demonstra um envolvimento do farmacêutico na atividade clínica e identificação de novas áreas de atuação. No entanto, esses novos tipos de intervenções constituem-se como uma limitação no estudo, visto que não foram realizadas desde o início da pesquisa.

Nosso estudo mostrou um ponto negativo frente à aceitação das intervenções, notando-se que deve haver melhoria no processo de comunicação com os prescritores, para melhorar a aceitação.

Ressaltamos que este trabalho foi realizado em 2016, época em que o serviço de farmácia clínica ainda era pouco conhecido e estava em processo de implementação na instituição hospitalar. Acredita-se fortemente que atualmente houve a consolidação do serviço, tendo em vista o crescimento e valorização da profissão perante a sociedade e os demais profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

BARROS, M. E.; ARAUJO, I. G. Avaliação das intervenções farmacêuticas em unidade de terapia intensiva de um hospital de ensino. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**, v. 12, n. 3, p. 561, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.30968/rbfhss.2021.123.0561>

BERNARDI, É. A.T. *et al.* Implantação da avaliação farmacêutica da prescrição médica e as ações de farmácia clínica em um hospital oncológico do sul do Brasil. **Revista Espaço para Saúde**, v. 15, n. 2, p. 29-36, 2014. Disponível em: https://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/view/527/pdf_28

BRITO, A. P.; GUIRARDELLO, E. B. Nível de complexidade assistencial dos pacientes em uma unidade de internação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 1, p. 92-6, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/JyqRw3qXtXG7nyZRXR6dTvn/?format=pdf&lang=pt>

FERRACINI, F. T.; BORGES FILHO, W. M. Apresentação à 1ª Edição. *In*: FERRACINI FT, BORGES FILHO WM. **Prática farmacêutica no ambiente hospitalar**: do planejamento à realização. 2ª ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2010.

FINATTO, R. B.; CAON, S; BUENO, D. Intervenção farmacêutica como indicador de qualidade da assistência hospitalar. **Revista Brasileira de Farmácia**, v. 93, n. 3, p. 364-70, 2012.

GARSKE, C. C. *et al.* Acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes atendidos em pronto atendimento em um hospital de ensino. **Saúde**, v. 42, n. 1, p. 114, 2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/312867088_ACOMPANHAMENTO_FARMACOTERAPEUTICO_DE_PACIENTES_ATENDIDOS_EM_PRONTO_ATENDIMENTO_EM_UM_HOSPITAL_DE_ENSINO

KOHN, L. T.; CORRIGNAN, J. M.; DONALDSON, M. S. **To err is human: building a safer health system**. Washington: National Academies Press; 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.17226/9728>.

MACIEL, C. L. S.; FERNANDES, C. S. Intervenção farmacêutica no processo da validação da prescrição médica. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**, v. 5, n. 2, p. 14-9, 2014. Disponível em: <https://doaj.org/article/2e7fb46a238449e3bf23122f49653b29>.

MACIEL, E. C.; BORGES, R. P.; PORTELA, Á. S. Atuação farmacêutica em unidades de terapia intensiva: contribuições para uso racional de medicamentos. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**. v. 10, n. 4, p. 1-5, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.30968/rbfhss.2019.104.0429>.

MOURA, C. S. **Interações medicamentosas em pacientes hospitalizados: exposição, relação com indicadores de internação e intervenção**. [Tese de Doutorado] - Programa de pós-graduação em ciências farmacêuticas da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais, 2010.

PINTO, I. V. L.; CASTRO, M. S.; REIS, A. M. Moreira. Descrição da atuação do farmacêutico em equipe multiprofissional com ênfase no cuidado ao idoso hospitalizado. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 16, n. 4, p. 747-58, 2013. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-699961>

SPEZIA, I. A.; CIMAROSTI, H. I. Identification of drugs-related problems and pharmacists' interventions in a hospital in Southern Brazil. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**, v. 13, n. 2, p. 0794, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.30968/rbfhss.2022.132.0794>

VIRA, T.; COLQUHOUN, M.; ETCHELLES, E. Reconcilable differences: correcting medication errors at hospital admission and discharge. **Archive of Quality & Safety in Health Care**, v. 15, n. 2, p. 122-6, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/qshc.2005.015347>

VOSS, R. *et al.* The care transitions intervention. **Archives of Internal Medicine**, v. 171, n. 14, p. 1232-7, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2011.278>

6. CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA HOSPITALAR NA MATERNIDADE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA ATRAVÉS DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

Bárbara Susanne Etges
Luana Molz Rodrigues
Mariluzia Sott Bender
Suelen Machado de Freitas

INTRODUÇÃO

A inserção da psicologia em áreas de atuação diversas vem desmistificando a ideia de que a prática psicológica acontece apenas na clínica, pois, inicialmente, os atendimentos psicológicos restringiam-se aos consultórios e à atuação clínica. Contudo, após a inserção do psicólogo nas instituições, o método de atendimento individual da clínica precisou ser adaptado para esses novos espaços (Ferreira; Soares, 2021).

Um dos campos de atuação em que a psicologia vem aplicando e ampliando seus conhecimentos e práticas é no âmbito da maternidade, principalmente no contexto hospitalar. O período da maternagem, conhecido como o momento em que a mulher se dedica aos cuidados com o recém-nascido, suprimindo suas necessidades enquanto bebê, pode ser experienciado com muito entusiasmo e gratificação pelas mulheres e familiares. No entanto, uma parcela delas passa por dificuldades durante o processo gestacional, parto e puerpério, o que torna essa experiência não tão gratificante quanto o esperado (Barros; Herzberg, 2013).

Uma das dificuldades existentes é a gestação de alto risco, que está relacionada a quadros de hipertensão, diabetes, descolamento prematuro de placenta, gestação múltipla, dentre outros. Essas

condições afetam a idealização da gestação perfeita e podem ocasionar sofrimento psicológico, justamente por haver maior probabilidade de ocorrerem complicações na gestação, exigindo monitoramento frequente (Amorim *et al.*, 2017).

Além destes componentes, outras situações podem acarretar sofrimento psíquico nas gestantes e puérperas, tornando a maternidade um momento diferente do idealizado. São eles: diagnóstico de depressão e/ou ansiedade, violência conjugal, gravidez na adolescência, falta de suporte familiar, dificuldades no aleitamento materno, dentre outros (Queiroz *et al.*, 2020).

Nessa perspectiva, atuar na maternidade é um desafio, pois engloba diversos sentimentos, percepções e idealizações por parte da mulher e de seus familiares, que nem sempre condizem com a realidade. Há uma cobrança social da “mãe perfeita”, que não permite falhas, nem mesmo no nível emocional. Isso pode tornar-se um gatilho para a produção de sofrimento psíquico nas puérperas, associado a outros fatores como os descritos anteriormente (Fonseca *et al.*, 2018).

A Psicologia visa proporcionar espaço de escuta para que essas mulheres possam expressar seus sentimentos, emoções e percepções sobre o momento da maternidade e auxiliá-las a acionarem recursos de enfrentamento adaptativos quando necessário. Durante os atendimentos, é comum que as mulheres expressem seus medos, anseios e frustrações sobre a maternagem, principalmente às primigestas, justamente por ser algo novo e não vivenciado anteriormente. A diferenciação entre os sentimentos naturais dos pensamentos desadaptativos e causadores de sofrimento é um dos papéis do profissional da psicologia neste ambiente (Barros; Herzberg, 2013).

O movimento de favorecer a expressão das emoções e angústias não se limita apenas aos atendimentos individuais. Existem outras formas de conceder a expressão e reflexão sobre a maternidade, como os grupos e ações em saúde, que tem como viés a promoção da saúde mental. Desse modo, o objetivo deste capítulo é descrever um relato de experiência sobre as atividades realizadas

na maternidade de um hospital no interior do Rio Grande do Sul, por uma psicóloga vinculada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde.

DETALHAMENTO DA EXPERIÊNCIA

O relato de experiência possibilita descrever intervenções realizadas sobre uma temática, constituindo uma produção de conhecimento fundamentada em reflexão crítica e embasamento científico (Mussi; Flores; Almeida, 2021). A partir disso, ao longo do texto, foram delineadas três formas de intervenção junto às gestantes internadas na maternidade, sendo possível expressar a vivência hospitalar em relação à temática abordada, visando a produção e compartilhamento de conhecimentos e práticas. Optou-se por apresentar separadamente cada atividade em saúde mental, com o objetivo de facilitar a compreensão das atividades. Inicialmente apresenta-se a experiência sobre os atendimentos à beira-leito; em seguida, aborda-se o Grupo de Atenção ao Puerpério e Grupo de Atenção à Gestação de Alto Risco; concluindo-se com a atividade denominada “Maio Furta-Cor”.

ATENDIMENTOS PSICOLÓGICOS INDIVIDUAIS À BEIRA LEITO

As solicitações para atendimentos psicológicos são realizadas por meio da prescrição do médico ou do enfermeiro da unidade, contato telefônico, contato local ou por busca ativa mediante a avaliação do prontuário da paciente. As demandas são variadas e incluem complicações no parto, perda gestacional, dificuldade de adaptação ao novo contexto, além de adversidades relacionadas às expectativas e frustrações do parto ou à maternidade real, que pode ser diferente da idealizada.

No contexto hospitalar, geralmente, os atendimentos ocorrem à beira do leito e diante de um cenário de internação coletiva, ou seja, não é um espaço silencioso e sem interferências como a clínica.

Muitas vezes, os atendimentos são interrompidos para realização de procedimentos ou condutas de outras áreas profissionais, necessitando ser retomado em momento posterior. Mesmo assim, o papel do psicólogo é criar um *setting* seguro e acolhedor à paciente, com o propósito de permitir que ela acesse e se conecte com aquilo que está sentindo, priorizando o sigilo.

Compreende-se que a atuação à beira-leito exige uma adaptação daquilo que é ensinado nos cursos de psicologia, sendo esta adequação cuidadosa e empática, para que a paciente sinta-se confortável no atendimento. Nessa perspectiva, esse espaço de fala e escuta permite a expressão das emoções e sentimentos da paciente, bem como a validação do que é dito, tornando possível a elaboração psíquica e a ressignificação do momento vivenciado.

Em algumas situações, dependendo da gravidade, o profissional pode identificar a necessidade de encaminhar para a rede de saúde especializada ou para serviços extra hospitalares. Realizar esses encaminhamentos é fundamental para assegurar o cuidado e a assistência às necessidades individuais dessa mãe.

GRUPO DE ATENÇÃO AO PUERPÉRIO E GRUPO DE ATENÇÃO À GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

O grupo desenvolvido na maternidade tem como objetivo a promoção da saúde das gestantes e puérperas, sendo uma proposta que vai além dos atendimentos individuais. Este tipo de intervenção possibilita a identificação do sofrimento psíquico em algumas pacientes, podendo nortear a posterior busca ativa para atendimento individual.

De abril a junho de 2023, realizaram-se o Grupo de Atenção ao Puerpério e o Grupo de Atenção à Gestação de Alto Risco, iniciativas conduzidas pela psicóloga hospitalar da instituição, psicóloga residente e duas estagiárias de psicologia. No período supracitado, foram realizados 12 encontros com o intuito de oferecer um espaço seguro e acolhedor para as participantes compartilharem suas experiências e vivências.

Para a operacionalização do grupo, são utilizados os seguintes facilitadores: palavras disparadoras, a fim de possibilitar que as pacientes verbalizem sobre seus sentimentos; o uso de *emojis*, que favorecem a expressão das emoções; e reflexões dos mitos e verdades sobre a gestação e puerpério. Com o intuito de ampliar a compreensão e o conhecimento acerca dos possíveis adoecimentos psicológicos desenvolvidos durante a maternidade, é entregue às participantes um folder informativo sobre os sinais e sintomas do *Baby Blues* e Depressão Pós-Parto, bem como onde buscar ajuda, caso identifiquem alguma sintomatologia. É válido ressaltar acerca do termo *Baby Blues*, também conhecido como melancolia puerperal, o qual corresponde a oscilações de humor leve, sendo considerado uma reação normativa frente ao contexto vivenciado (Leite *et. al.*, 2014).

Identificou-se que esses grupos têm efeitos positivos nas percepções das pacientes e de seus familiares acerca do momento vivenciado, pois contribuem para a desmistificação de tabus estabelecidos e a desconstrução de crenças relacionadas à romantização da maternidade. Assim, o fazer psicológico é protetivo dos agravos psíquicos e promotor de saúde mental.

MAIO FURTA COR (SAÚDE MENTAL MATERNA)

Durante o mês de maio, foram desenvolvidas ações alusivas ao Maio Furta-Cor, uma campanha a nível nacional dedicada à conscientização da Saúde Mental Materna. Nesse sentido, foram elaborados painéis dispostos no corredor da maternidade e na sala de espera da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neonatal) e Unidade de Cuidados Intermediários (UCI). Além disso, foram disponibilizados materiais sobre os sinais e sintomas do *Baby Blues* e Depressão Pós-Parto. Foi desenvolvido um folder informativo sobre a Saúde Mental Materna para ser entregue às puérperas. Também ocorreram ações nos quartos coletivos de internação do Sistema Único de Saúde (SUS), com a entrega dos materiais desenvolvidos, alcançando um total de 44 mães.

Percebeu-se que esses momentos são potentes para proporcionar a esse público, reflexões sobre o processo de maternagem e a fragilidade emocional neste período. Durante os encontros, buscou-se criar momentos de reflexão sobre o papel materno, esclarecendo as diferenças entre a maternidade idealizada e a realidade, além de identificar fatores que podem levar ao sofrimento psíquico.

Ao longo dessas atividades, também foi possível aprender sobre as complexidades que envolvem a maternagem e o papel da psicologia nesse contexto. Cada participante transmite experiências únicas sob a sua percepção sobre a maternidade, as quais merecem ser acolhidas. Frente a isso, a atuação do(a) psicólogo(a) se torna ainda mais importante, uma vez que auxilia na prevenção e identificação precoce de possíveis transtornos mentais, fortalecendo a saúde mental materna durante o período do puerpério.

DISCUSSÃO

A formação em Psicologia enfatiza a lógica dos atendimentos individuais em seus currículos, seguindo a abordagem da clínica, deixando de explorar as múltiplas possibilidades de atuação que fogem do modelo tradicional. Contudo, na atuação enquanto psicóloga residente no âmbito hospitalar, a prática nem sempre permite o atendimento individual e/ou ambulatorial. Normalmente, as gestantes ou puérperas estão em quartos coletivos, onde se encontram outras mulheres e seus acompanhantes, tornando-se um ambiente não privativo e com interrupções de profissionais. Dessa forma, torna-se difícil a garantia do sigilo das informações e até mesmo a expressão das reais dificuldades subjetivas (CFP, 2019).

Em vista disso, o psicólogo necessita criar um *setting* terapêutico e adaptar sua prática condizente com o ambiente hospitalar, a fim de realizar o atendimento dentro do que é possível no momento. O tempo de duração dos atendimentos pode variar,

pois, por se tratar de um quarto coletivo, deve haver maior flexibilidade, sem aderir estritamente às características do atendimento clínico (CFP, 2019).

Assim, o psicólogo vai desenvolvendo e aprimorando sua habilidade profissional no ambiente hospitalar conforme a prática, aprendendo a lidar com as limitações deste ambiente. Contudo, ao mesmo tempo, busca-se oferecer um espaço acolhedor para as puérperas e gestantes, a fim de possibilitar a expressão de suas emoções e angústias frente à maternagem (Araújo; Cavalcante, 2017).

Ao longo da descrição da experiência, é possível perceber que a prática do profissional de psicologia no âmbito da maternidade vai além da clínica tradicional, que abrange o tratamento do sofrimento psíquico intenso ou do transtorno mental, pois envolve a promoção da saúde mental das gestantes e puérperas, bem como a prevenção dos agravos à saúde. O psicólogo possui a habilidade de identificar os sofrimentos e os desafios envolvidos na maternagem, permitindo que a paciente sinta que o espaço hospitalar acolhe a complexidade do que vive e sente naquele momento (Barros; Herzberg, 2013).

A visão “ser mulher” está interligada ao “ser mãe” e, em conjunto, com os papéis que a sociedade exige que sejam cumpridos no momento da maternagem. Sobre este viés, é considerado uma regra social o desejo de toda mulher em ser mãe, na qual, desde a infância, ela é treinada para executar esse papel, esperando que seja compreensiva, equilibrada e feminina. Ou seja, a maternidade vai ao encontro da romantização, na qual, por muitos anos, esse papel se manteve inflexível, ocasionando sofrimento psíquico significativo nas mulheres, visto que existe uma discrepância entre a maternidade idealizada e a real. Diante da construção associada à maternidade, percebe-se a necessidade de desconstruir esse papel imposto pela sociedade (Azevedo; Arrais, 2006; Tourinho, 2006).

Neste contexto, o período de gestação e puerpério é um momento de diversas transformações físicas, hormonais, emocionais e sociais, o que pode ocasionar oscilações de humor,

desencadeando diversos sentimentos, insegurança, medo e tristeza. Essas oscilações de humor fazem parte do processo gestacional, ressaltando a importância de a paciente e seus familiares compreenderem essa movimentação psíquica natural (Guerra, 2014).

Em vista disso, a campanha “Maio Furta-Cor” tem como propósito sensibilizar a sociedade a voltar seus olhares à saúde mental materna por meio de ações de conscientização, visando estimular a construção de políticas públicas de saúde para mulheres-mãe. O mês de maio foi escolhido, visto que, no Brasil, comemora-se o Dia das Mães e, no que diz respeito à Furta-Cor, traz consigo um significado no qual a tonalidade se modifica conforme a luz que recebe, sendo a maternidade representada desta forma, onde cada mulher-mãe vivencia a experiência de forma singular (Maio Furta-Cor, 2023).

Portanto, promover grupoterapia *in loco* nos quartos da maternidade torna-se potente à medida que fortalece os vínculos entre as participantes, proporcionando um ambiente acolhedor e rico em reflexões sobre a maternidade e seus desafios. Assim, permite discutir temas relevantes sobre a maternidade, possibilitando identificações entre as participantes nesse momento de transição e mudança significativa em suas vidas. Busca-se também desmistificar as suas fantasias e a maternidade ideal por meio de trocas de experiências e reflexões (Maron *et al.*, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A práxis psicológica em diferentes espaços de atuação vem mostrando que sua prática não se limita apenas ao consultório privado. Através da atuação deste profissional na maternidade hospitalar, compreende-se que o papel do psicólogo é de extrema importância, pois o momento da maternidade, muitas vezes, idealizada como um período perfeito e repleto bem-estar, pode ser permeado por dificuldades, especialmente quando envolve fatores de risco à gestação e sofrimento psíquico.

O psicólogo hospitalar adapta sua prática a esse ambiente, principalmente no atendimento à beira do leito, criando um espaço acolhedor e empático. Além disso, identificar, junto com as gestantes e puérperas, o que é um sentimento normativo e o que é pensamento desadaptativo, torna-se essencial para auxiliá-las a lidar com suas emoções de maneira adaptativa e realista.

Além dos atendimentos, o Grupo de Atenção ao Puerpério, Grupo de Atenção à Gestação de Alto Risco e a ação alusiva ao Maio Furta-Cor (Saúde Mental Materna) são ferramentas que promovem a saúde mental destas mulheres, possibilitando discussões sobre temas relacionados à gestação e ao puerpério, além de permitir a troca de experiência e o compartilhamento dos desafios da maternidade. Estas ações também têm o objetivo de sensibilizar a importância da saúde mental das mulheres, contribuindo para a prevenção do sofrimento e a identificação precoce de possíveis sintomas psíquicos.

Por fim, cada mulher vivencia a maternidade de forma única e singular. Por isso, o psicólogo(a) utiliza a sensibilidade, compreensão e escuta em todas as suas intervenções, promovendo a saúde mental materna. Cabe também ao psicólogo desmistificar questões relacionadas à romantização da maternidade e favorecer a expressão emocional das gestantes e puérperas.

REFERÊNCIAS

AMORIM, T. V. *et al.* Nursing care perspectives in high-risk pregnancy: integrative review. **Enfermería Global**, v. 16, n. 2, p. 500–543, mar. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.2.238861>. Acesso em: 28 jul. 2023.

ARAÚJO, E. L.; CAVALCANTE, T. C. F. A maternidade na adolescência: como este fenômeno é compreendido pela psicologia? **RIOS - Revista Científica da Faculdade Sete de Setembro**, v. 11, n. 13, p. 179 - 190, 2017. Disponível em: <<https://>

www.publicacoes.unirios.edu.br/index.php/revistarios/article/view/461>. Acesso em: 29 jul. 2023.

AZEVEDO, K. R.; ARRAIS, Alessandra da Rocha. O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 19, n. 2, p. 269–276, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722006000200013> Acesso em: 31 jul. 2023.

BARROS, I. P. M.; HERZBERG, E. Movimentos psíquicos de grávidas de primeiro filho frente à maternidade. **Psicología, Conocimiento y Sociedad**, v. 3, n. 2, p. 80 - 101, nov., 2013. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=475847410005>>. Acesso em: 29 jul. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências técnicas para atuação de psicólogos(os) nos serviços hospitalares do SUS**. 1ª ed. Brasília: CFP, 2019. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/publicacao/referencias-tecnicas-para-atuacao-de-psicologas-os-nos-servicos-hospitalares-do-sus/>>. Acesso em: 28 jul. 2023.

FERREIRA, I. S. S.; SOARES, C. T. Residência Multiprofissional em Saúde e Formação de Psicólogos para o SUS. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 41nspe 2, e219139, p. 1-14, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003219139>. Acesso em: 28 jul. 2023.

FONSECA, M. N. A. *et al.* Ambivalências do ser mãe: um estudo de caso em psicologia hospitalar. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, Londrina, v. 9, n. 2, p. 141-155, ago. 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072018000200009>. Acesso em: 28 jul. 2023.

GUERRA, M. *et al.* Promoção da saúde mental na gravidez e no pós-parto. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Especial 1, p. 117-124, abr. 2014. Disponível em:<https://ciencia.ucp.pt/ws/files/28726926/Promo_o_da_sa_de_mental_na_gravidez_e_no_p_s_parto.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2023.

LEITE, M. G. *et al.* Sentimentos advindos da maternidade: revelações de um grupo de gestantes. **Psicologia em estudo**, v. 19, p. 115-124, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-7372189590011>. Acesso em: 14. jan. 2024.

MAROM, L. C. *et al.* Motivos e repercussões da participação de gestantes em grupos operativos no pré-natal. **Revista Enfermagem UFSM**, v. 4, n. 3, p. 519-528, Jul/Set 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/10827/pdf>>.

Acesso em: 28 jul. 2023.

MUSSI, R. F. F.; FLORES, F. F.; ALMEIDA, C. B. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. **Revista Práxis Educacional**, v. 17, n. 48, p. 60-77, out./dez. 2021. Disponível em: <<http://educa.fcc.org.br/pdf/apraxis/v17n48/2178-2679-apraxis-17-48-60.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2023.

QUEIROZ, L. L. G. *et al.* A psicologia na maternidade hospitalar: um relato de experiência. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 32, n. 1, p. 57-63, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v32i1/5679>. Acesso em: 28 jul. 2023.

SAÚDE MENTAL IMPORTA. **Maió Furta-Cor**, 2023. Disponível em: <https://www.maiofurtacor.com.br/>. Acesso em: 06 ago. 2023.

TOURINHO, J. G. A mãe perfeita: idealização e realidade. **IGT na Rede**, v. 3, n. 5, 2006. Disponível em: <http://igt.psc.br/ojs3/index.php/IGTnaRede/article/view/12>. Acesso em: 01 ago. 2023.

7. SAÚDE MENTAL DOS ENFERMEIROS DE DUAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA EM TEMPOS DE PANDEMIA

Aline Inêz Tilvitz
Silvia Virginia Coutinho Areosa

INTRODUÇÃO

O ano de 2020 ficou gravado na história da humanidade, sem distinção de raça, condição social, nação ou qualquer outro fator. A pandemia causada pelo vírus SARS-CoV-2, causador da Covid-19, foi reconhecida pela Organização Mundial da Saúde – OMS, no dia 11 de março de 2020. Com a falta de medicamentos específicos para o tratamento da doença, a OMS orientou, em nível mundial, a adoção de medidas não farmacológicas como o uso de máscaras, álcool gel 70%, restrição social, entre outras de cunho individual e coletivo, para evitar ao máximo a aglomeração de pessoas. (OMS, 2020).

Os infectados podem apresentar desde sintomas leves, até moderados ou graves, contudo, a grande maioria das pessoas é assintomática. Sua transmissão ocorre principalmente pela via respiratória, mas também foi detectado através de estudo que a transmissão pode ocorrer de outras formas como, em superfícies e telefone celular de pacientes infectados por exemplo (Ciotti *et al.*, 2020).

Os casos mais graves de pacientes que contraíam a Covid-19 necessitaram de internação e cuidados intensivos, submetendo os mesmos à ventilação mecânica e intubação. Começou então, uma mobilização com o intuito de aumentar ao máximo a capacidade de receber pacientes que precisavam de leitos especializados em Unidades de Terapia Intensiva - UTIs para tratamento. Desde o

início da pandemia diversos países enfrentaram essa mesma realidade (Moreira, 2020).

No Brasil, o primeiro caso foi anunciado no dia 26 de fevereiro de 2020 pelo Ministério da Saúde, no estado de São Paulo. Era um homem de 61 anos com histórico de viagem para Itália, outros 59 casos suspeitos já haviam sido descartados desde o início da pandemia (Ministério da Saúde, 2020).

A partir daí, iniciou-se uma corrida contra o tempo para conseguir recursos que pudessem dar conta de toda demanda. Pouco conhecimento a respeito da doença, alta taxa de disseminação, falta de equipamentos e diversos outros fatores geradores de incertezas sobre qual a maneira mais adequada para enfrentar a pandemia (Werneck; Carvalho, 2020).

As Unidades de Terapia Intensiva foram essenciais para o tratamento de pacientes graves. Estas, são locais de trabalho multiprofissional que se articulam para tratar da condição crítica através de diversas tecnologias. Os trabalhadores podem se expor a diversos riscos, contágio por doenças diversas, radiação de alguns equipamentos de exames, acidentes de trabalho, complicações no quadro clínico dos pacientes, ruídos, gritos de dor, choro, gemidos, entre outros fatores que tornam esse ambiente estressante e por vezes, adoecedor (Andrade; Santos, 2021).

Nesta perspectiva, fez-se importante um olhar para Saúde Mental dos trabalhadores durante um momento tão delicado como foi o período mais crítico da pandemia. Contudo, foi necessário delimitar um público-alvo de participantes e os profissionais da enfermagem foram aqueles que estiveram em maior número na assistência aos infectados. A força de trabalho da Enfermagem, profissão considerada “Espinha Dorsal” dos sistemas de saúde durante a pandemia, representou 56% da equipe de saúde (OPAS, 2022).

Os profissionais da enfermagem, foram aqueles que passaram o maior período de tempo atendendo a demanda dos pacientes internados nas UTIs e puderam relatar todas as suas vivências e as dificuldades enfrentadas ao longo de dois anos mais intensos de

pandemia. No período de realização das coletas já não haviam alas específicas para os pacientes infectados, muitos dos enfermeiros relataram que utilizavam naquele momento leitos de isolamento em alguns dos boxes fechados e submetiam os pacientes a isolamento respiratório apenas

Esta pesquisa justificou-se ao considerar o quanto a pandemia impactou de forma negativa no trabalho e saúde mental dos profissionais anteriormente mencionados. Para além das lacunas estruturais, estiveram os trabalhadores da chamada linha de frente ao combate à doença, responsáveis pelo cuidado aos pacientes infectados. Os profissionais da enfermagem ganharam um destaque muito importante neste desafio, e neste sentido, o objetivo primordial foi compreender quais são as condições de trabalho dos enfermeiros da UTI Covid-19 em dois hospitais regionais e os efeitos sobre a saúde mental dos mesmos.

Os resultados trouxeram à tona todas as situações de sofrimento, incertezas e faltas vividas. Foram momentos de muita sobrecarga de trabalho, medo, insegurança e aprendizagem, pois a experiência também foi vislumbrada por estes como uma evolução pessoal e profissional de uma época que ficará gravada na história do planeta.

DESENVOLVIMENTO

Quanto à metodologia, este estudo é do tipo qualitativo de caráter exploratório e descritivo, no qual a fenomenologia foi o método escolhido para ser utilizado. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Estudos e Pesquisas da Universidade de Santa Cruz do Sul, o qual recebeu parecer favorável para execução. Também foi apresentado aos comitês de ética de cada hospital, sendo aprovado em ambos para execução.

Em relação à amostragem, caracterizou-se como não probabilística intencional em que o público alvo foram profissionais da enfermagem, trabalhadores das Unidades de Terapia Intensiva de dois hospitais localizados na Macrorregião

dos Vales, no interior do estado do Rio Grande do Sul. Foram entrevistados 11 pessoas, durante seus respectivos plantões, dentro da instituição, no setor da UTI.

No dia das entrevistas, foram levadas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, foram entregues duas cópias a cada pesquisado, para que assinasse, devolvendo uma delas e permanecendo com uma segunda via para si. Também foi impresso uma cópia do roteiro de perguntas, o qual utilizou-se como norte para abordar o assunto. As perguntas faziam referência aos sentimentos de cada trabalhador no auge da pandemia, suas relações, percepções e vivências com o trabalho em um determinado período, além de fazer um questionamento sobre a trajetória profissional de cada um.

A coleta, em um dos hospitais foi realizada nos dias 06 e 21 de maio de 2022 com 06 profissionais. Por escala de 06 horas diárias trabalhadas, estavam presentes dois enfermeiros chefes e enfermeiros assistenciais, divididos em duas alas de UTI. No segundo hospital, as escalas de trabalho eram de 12x36 horas, as entrevistas foram realizadas no dia 24 de maio de 2022 com 05 trabalhadores.

O local da entrevista era exatamente dentro da unidade, o fluxo seguia normalmente, um profissional por vez, sentados em um dos hospitais em uma saleta utilizada para fazer os procedimentos administrativos, em outro, no corredor do setor e também em uma sala reservada.

Posteriormente, foi realizada a transcrição das entrevistas previamente gravadas na íntegra, permitindo a leitura dos relatos no momento da análise e também para descrever ou compreender como se manifestou o objeto da investigação. Essas entrevistas acerca da experiência vivencial dos profissionais, provavelmente nunca foram ditas ou refletidas por eles, é o que se chamou de vivência trazida à tona (Ranieri; Barreira, 2010).

Após feita uma leitura minuciosa das descrições para encontrar aquilo que se mostrou com maior evidência e relevância, cada uma dessas partes significativas foi delimitada por alguma temática que se desejou conhecer. Posteriormente foi analisado o

fenômeno situado, através da descrição de mundo em que as experiências dos pesquisados aconteceram. Assim, foi possível contextualizar os objetos veiculadores da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistadas 11 pessoas, durante seus respectivos plantões, dentro da instituição, no setor da UTI. A prevalência dos entrevistados era do sexo feminino, 08 mulheres e 03 homens, com idades entre 28 a 48 anos. A coleta de dados aconteceu em três momentos durante o mês de maio de 2022, em dois hospitais localizados no Vale do Taquari.

Desde março de 2020, a Pandemia por Covid-19 caracterizou-se como uma emergência em saúde pública e os trabalhadores da linha de frente vivenciam diariamente o desgaste mental, por estarem expostos em seu local de trabalho a diversos eventos estressores, notado com maior intensidade se comparado a um período de não pandemia. A saúde mental é parte indissociável da saúde de qualquer pessoa, principalmente em um período de pandemia, a atenção voltada aos profissionais da saúde se torna maior.

Uma pandemia é capaz de gerar perturbação psicossocial em diferentes níveis de gravidade. “Estima-se um aumento da incidência de transtornos psíquicos (entre um terço e metade da população) de acordo com a magnitude do evento, o grau de vulnerabilidade psicossocial, o tempo e a qualidade das ações psicossociais na primeira fase da resposta à epidemia” (Fundação Oswaldo Cruz, 2020, p.1).

Ao se depararem com seus compromissos laborais também enfrentaram dificuldades, pressão psicológica, sobrecarga de trabalho, falta de equipamentos de suporte, elevada carga horária, remuneração inferior, responsabilidade e lida diária com a dor, sofrimento e morte (Esperidião *et.al.*, 2020).

[...] Então foi uma época de loucura, assim... (pausa) ... o psicológico de funcionário de atender paciente chorando porque tava cansado, porque não conseguia dar conta,

pelo medo de fazer alguma coisa errada e era ruim assim como gestora tu ter que manejar isso, de eu ter que não obrigar, mas assim de fazer com que o funcionário faça o papel dele, mas ao mesmo tempo abraçar ele quando ele tá ruim. [entrevistada/mulher 03].

[...] Falta de profissionais para trabalhar, hãh...(pausa)... plantão, plantão, plantão, plantão, trabalhar todos os dias, todas as noites 12horas, 12 horas. Sobrecarga de trabalho, falta de equipamento, reconhecimento a gente via das pessoas assim, na tv, lá fora sabe. Reconhecimento da parte financeira também a gente não teve, a gente só trabalhou, ganhou o que a gente trabalhou [...] e uma coisa que me chocou foi um plantão, trabalhei bastante tempo de noite e um plantão desses, quando tava no auge assim da pandemia, eles terem que decidir quem entuba, quem não entuba, no caso, quem morre e quem vive né! [entrevistada/mulher 09].

Acima, falas explícitas sobre um período extremamente doloroso e cansativo para estes profissionais. A rotina incessável durante o período mais crítico, fez parecer que a forma como se organizavam estivesse muito automatizada naquele momento, interferindo até mesmo sobre a racionalidade em compreender que tal movimento pudesse provocar esgotamento físico e mental.

Para Dejours e Aboucheli (1990), o sofrimento ligado à organização do trabalho implica em uma determinada luta do sujeito contra essa força que aos poucos, vai empurrando os indivíduos em direção à doença mental. Na perspectiva dos autores, o trabalho funciona como um mediador para a saúde, enquanto a situação de trabalho dependendo de qual seja, as situações sociais de trabalho e as escolhas gerenciais, empregam o sofrimento patogênico.

Em muitas situações talvez seja possível notar a passividade em certos trabalhadores em relação a ambientes de labor estressantes e improdutivos. Pode-se dizer então, se por um lado as estratégias defensivas são necessárias para que o sujeito evite a loucura, dando continuidade ao trabalho, por outro se configuram como empecilho para mudanças e conseqüentemente contribuem para a estabilização de um trabalho desgastante e desencadeador de sofrimento (Dejours; Aboucheli, 1990).

A forma como o trabalho se organiza segundo Dejours (1986) é o que afeta o funcionamento mental, o desejo do trabalhador. Quando esse fato ocorre, além de provocar profundas perturbações, também causa sofrimento e possíveis doenças mentais e físicas. Para o autor, a saúde é algo que muda constantemente, não pode ser estável. Saúde se ganha, se enfrenta, se depende e não pode vir do exterior, ela pertence a cada homem.

A equipe de enfermagem, segundo Teixeira *et al.*, (2020), também estava exposta cotidianamente ao risco de se contaminar e adoecer, sendo que este último fator de risco, o adoecimento, poderia estar associado tanto pelo risco de contaminação, quanto pelas condições de trabalho enfrentadas.

[...] eu tive Covid, eu tive sequelas permanentes do Covid, fiquei diabético em função do Covid, etc. e tal...(pausa)... mas eu não perdi ninguém da minha família, né. Tive algumas consequências que me fizeram mudar estilos de vida... [entrevistado/homem 10].

Este relato fortaleceu a ideia de que todas as pessoas, direta ou indiretamente sofreram algum impacto provocado pela pandemia. O desconhecimento sobre a doença que se modificava constantemente através de novas cepas, a preocupação de contraí-la e transmitir aos familiares, o excesso de trabalho e falta de recursos, segundo Borges *et al.* (2021) são alguns exemplos de situações vivenciadas cotidianamente por estes profissionais.

Embora sejam notáveis os avanços no campo da saúde mental e do trabalho, ainda existem déficits no que tange ao adoecimento psíquico provocado em situação laboral. O trabalho no ambiente da UTI, segundo Fogaça *et al.* (2008) pode atuar de forma negativa à saúde do trabalhador por se tratar de locais capazes de gerar estresse à equipe, principalmente pela oscilação entre o sucesso e o fracasso.

Na presente pesquisa, a ansiedade foi uma das principais queixas dos trabalhadores. Quando questionados se percebiam alguma alteração em sua saúde mental desde o início da pandemia, a grande maioria das respostas foi sim. Os profissionais da

enfermagem foram aqueles que passaram o maior período de tempo atendendo a demanda dos pacientes internados nas UTIs e relataram os reflexos emocionais sofridos com a pandemia.

[...] Em relação a saúde mental eu noto, eu sempre fui muito ansiosa, mas não a ponto de sair daqui aos prantos... [entrevistada/mulher 03].

[...] Eu fiquei bem mais ansiosa assim, mais ansiedade assim. Não preciso tomar medicação nem nada, mas eu me noto mais ansiosa em relação as coisas assim, também no trabalho assim, que eu sempre quero as coisas pra ontem assim, me tornei mais ansiosa. [entrevistada/mulher 02].

[...] às vezes eu me lembro que tudo isso eu tive, na verdade eu já tive dois, duas crises de ansiedade anteriormente e na pandemia eu tive umas 3, 4... [entrevistada/mulher 05].

Uma pesquisa realizada com 1.257 profissionais de saúde em 34 hospitais em algumas regiões da China, obteve em seus resultados uma proporção considerável de profissionais que apresentavam sintomas de ansiedade, depressão, insônia, angústia, Transtorno de Ansiedade Generalizada – TAG e Estresse Crônico (Lai, 2019).

A equipe de enfermagem representa o maior grupo de profissionais que atuara no contexto da pandemia, esses enfrentaram diariamente novos desafios no cuidado com os pacientes. Diversos problemas psíquicos poderiam ser desenvolvidos durante esse processo laboral e afetar diretamente a relação desses profissionais com seus pacientes, com a instituição em que trabalham e também em outros âmbitos de suas vidas (Marques, 2021).

Para Leahy (2012), vivemos na era da Ansiedade, uma doença séria que impacta sobre a vida das pessoas em todos os aspectos. Alguns dos sintomas podem ser a incapacidade de trabalhar de forma eficaz, estabelecer relações e viver em sociedade, insônia, maior tendência a tornar-se uma pessoa deprimida ou até mesmo fazer uso de certas substâncias psicoativas.

Os Transtornos de Ansiedade quando não tratados devidamente, persistem e podem afetar de forma significativa o

funcionamento das pessoas, influenciar na má qualidade de vida. Ganham uma proporção muito significativa quando relacionados a conflitos mundiais, pois os fatores ambientais podem impactar na ansiedade e também no desenvolvimento de distúrbio do estresse, em evidência o pós-traumático (Duval *et al.*, 2015).

[...] eu percebo que o pós-pandemia eu tô bem mais ansiosa, hãh, parece que eu tento fazer as coisas e eu não saio do lugar, mas eu não sei se é que não saio do lugar ou é aquela questão de ansiedade que acabo me enrolando e fazendo tudo e não consigo fazer. [entrevistada/mulher 09].

A ansiedade torna-se patológica a partir do momento em que passa a ser exagerada e desproporcional ao estímulo ao qual o indivíduo foi submetido. Caracterizam-se como sintomas primários não oriundos de outras patologias como por exemplo a depressão ou outros transtornos (Castillo, 2000).

Todo trabalhador que venha a enfrentar um sofrimento em seu ambiente de trabalho criará estratégias de amenizá-lo para dessa forma, dar continuidade a seus afazeres. Pode-se dizer então, se por um lado as estratégias defensivas são necessárias para que o sujeito evite adoecer e dê continuidade ao trabalho, por outro se configuram como empecilho para mudanças e conseqüentemente contribuem para a estabilização de um trabalho desgastante e desencadeador de sofrimento (Dejours; Aboucheli, 1990).

Atualmente, há necessidade de maior atenção aos trabalhadores da saúde devido aos mesmos estarem com maior propensão de ter sua saúde mental afetada. O aumento de alguns sintomas como a ansiedade, perda da qualidade do sono e depressão estão cada vez mais fazendo parte da rotina desses profissionais. Existia um medo muito grande de se infectarem e transmitirem aos seus familiares. Dessa forma, criar estratégias que garantissem a saúde mental de toda a equipe também foi sinônimo de maior desempenho no trabalho (Fundação Oswaldo Cruz, 2020).

Não existe margem para dúvida sobre a importância que estes possuem no que se refere ao cuidado. Reconhecer seu valor é de

extrema importância, porém, não foi o suficiente para salvar suas vidas. Foi preciso cuidar destes profissionais, oferecendo-lhes proteção e suporte adequado para exercerem suas atividades com maior segurança e conforto. Também, proporcionar segurança psicológica aos mesmos para que fosse possível conhecer suas preocupações, dúvidas e medos (Grabois, 2021).

Olhar para o trabalhador que esteve inserido dentro dos hospitais para compreender de que maneira essa rotina incessável foi enfrentada pelos mesmos, voltando a atenção aos impactos emocionais e como os processos de trabalho aconteciam dentro dessas instituições, foi muito importante para o pleno reconhecimento e compreensão do vivido durante a pandemia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo tratou sobre a realidade vivida pelos enfermeiros durante o período da pandemia. Foi possível identificar a força que tal classe trabalhista possui e sua importância em integrar a chamada linha de frente ao combate do coronavírus; o que leva a justificar os motivos de ter escolhido esses profissionais para serem os precursores da pesquisa.

Os resultados apontaram para algumas percepções sobre o trabalho no ambiente das UTIs, considerado por eles como um fazer complexo sobre o cuidado com a vida dos pacientes, intensificando-se ainda mais no período da pandemia. Foi um gerador de muitas incertezas e dúvidas, pois ali havia o tratamento sobre uma nova doença, algo muito diferente daquilo que estavam acostumados a enfrentar diariamente.

Sobre suas condições de saúde mental, o que chamou a atenção foi o aumento dos níveis de ansiedade nos profissionais entrevistados, alguns deles já sofriam anteriormente, mas perceberam um agravamento muito significativo em crises dentro e fora do local de trabalho. Esse resultado vem ao encontro de outros estudos que trazem dados semelhantes.

Esta pesquisa buscou retratar a realidade de uma classe trabalhadora, em um período de pandemia, espera-se que a partir destes resultados novos estudos possam surgir relacionados à saúde mental no ambiente de trabalho em hospitais.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, F. X. F.; SANTOS, A. C. As condições de trabalho e a saúde do enfermeiro nas unidades de terapia intensiva. **Revista de Iniciação Científica e Extensão**, Goiás, v. 4, ed. 1, p. 649-666, 2021. Disponível em: <https://revistasfasesa.senaaires.com.br/index.php/iniciacao-cientifica/article/view/325/270>. Acesso em: 1 jun. 2022.
- BORGES, F. *et al.* Dimensionamento de pessoal de enfermagem na UTI-adulto de hospital universitário público. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, v. 22, n. 2, ed. 50306, p. 1-10, 2017. DOI 10.5380/ce.v22i1.50306. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/4836/483654815018/483654815018.pdf>. Acesso em: 4 dez. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Brasil confirma primeiro caso do novo coronavírus, porém não há motivo para pânico. **Conselho Nacional de Saúde**, [S. l.], 27 fev. 2020. Últimas notícias, p. 1. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1042-brasil-confirma-primeiro-caso-do-novo-coronavirus-porem-nao-ha-motivo-para-panico>. Acesso em: 2 jul. 2022.
- CASTILLO, A. R. *et al.* Transtornos de ansiedade. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Porto Alegre, v. 22, p. 20-23, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/dz9nS7gtB9pZFY6rkH48CLt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 jun. 2022.
- CIOTTI, M. *et al.* The COVID-19 pandemic. **Critical Reviews in Clinical Laboratory Sciences**, v. 57, n. 6, p. 365-388, 2020. DOI <https://doi.org/10.1080/10408363.2020.1783198>. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10408363.2020.1783198?scroll=top&needAccess=true&role=tab&aria-labelledby=full-article>. Acesso em: 02 jul. 2022.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. **Revista brasileira de saúde ocupacional**, v. 14, n. 54, p. 7-11, 1986. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5785076/mod_resource/content/1/Por%20um%20novo%20conceito%20de%20saude%20DEJOURS.pdf/. Acesso em: 29 out.2021.

DEJOURS, C.; ABOUCHELI; E. Itinéraire théorique en psychopathologie du travail. **Prevenir**: Paris n. 20, p. 127-149, 1990. Disponível em: https://infodoc.irtsnormandie.ids.fr/index.php?lvl=notice_display&id=54362. Acesso em: 10 ago. 2021.

DUVAL, E.; JAVANBAKHT, A.; LIBERZON, I. Circuitos neurais em transtornos de ansiedade e estresse: uma revisão focada. **Therapeutics and Clinical Risk Management**, [s. l.], v. 11, p. 115–126, 2015. DOI 10.2147/TCRM.S48528. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4315464/>. Acesso em: 19 abr. 2022.

ESPERIDIÃO, E.; SAIDEL, M. G. B.; RODRIGUES, J. R. Saúde mental: foco nos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, p. 1-2, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.202073supl01>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/Pb9ydVgY43nrP36qNW9wKGh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 nov. 2021.

FOGAÇA, M. C. *et al.* Fatores que tornam estressante o trabalho de médicos e enfermeiros em terapia intensiva pediátrica e neonatal: estudo de revisão bibliográfica. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 261-266, Set. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2008000300009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 out. 2020.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Recomendações para Gestores. FIOCRUZ**, [s. l.], p. 1-13, 2020. Disponível em: https://profsaude-abrasco.fiocruz.br/sites/default/files/publicacoes/cartilha_gestores_06_04.pdf. Acesso em: 12 ago. 2022.

GARNICA, A. V. M. Algumas notas sobre pesquisa qualitativa e fenomenologia. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 1, p. 109-122, 1997. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32831997000200008>. Disponível em: <https://www.>

scielo.br/j/icse/a/CMZhfgQZbFHBdTjg9fFWpkd/?lang=pt. Acesso em: 10 mai. 2021.

GRABOIS, V. Como reduzir o risco de contágio e morte dos profissionais de saúde. **Agência Fiocruz de Notícias**. Rio de Janeiro, p. 3, 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/40999>. Acesso em: 15 jul. 2021.

LAI, J. *et al.* Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. **JAMA network open**, v. 3, n. 3, p. e203976-e203976, 2020. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2020.3976. Disponível em: <http://jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>. Acesso em: 10 jul. 2021.

LEAHY, R. **Livre de ansiedade**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

MARQUES, A. C. C. *et al.* Dilemas vividos pela equipe de enfermagem no cuidado ao paciente com COVID-19 na UTI: Revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 12, p. e417101220296, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i12.20296. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/20296/18368>. Acesso em: 04 dez. 2021.

MOREIRA, R. S. Covid-19: unidades de terapia intensiva, ventiladores mecânicos e perfis latentes de mortalidade associados à letalidade no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. 1-12, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00080020>. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/v36n5/1678-4464-csp-36-05-e00080020.pdf/>. Acesso em: 12 nov. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Mais deve ser feito para proteger força de trabalho da enfermagem à medida que casos de COVID-19 aumentam nas Américas, afirma diretora da OPAS. **OPAS**, 4 mai. 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/4-5-2022-mais-deve-ser-feito-para-protetger-forca-trabalho-da-enfermagem-medida-que-casos>. Acesso em: 10 ago. 2022.

RANIERI, L. P.; BARREIRA, C. R. A. A entrevista fenomenológica. **Seminário Internacional de Pesquisa e Estudos Qualitativos**, v. 4,

p. 1-8, 2010. Disponível em: <https://arquivo.sepq.org.br/IV-SIPEQ/Anais/artigos/46.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2021.

SILVA, A. G. *et al.* Saúde mental: por que ainda é importante em meio a uma pandemia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 42, p. 229-231, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0009>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0009>. Acesso em: 19 jul. 2021.

TEIXEIRA C. F. S. *et al.* A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 25, p. 3465-3474, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csc/2020.v25n9/3465-3474/>. Acesso em: 12 set. 2021.

WERNECK, G. L.; CARVALHO, M. S. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00068820, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00068820>. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1036/a-pandemia-de-covid-19-no-brasil-cronica-de-uma-crise-sanitaria-anunciada>. Acesso em: 10 jun. 2022.

8. PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: CONSCIENTIZAÇÃO E PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIA PARA ADOLESCENTES ESCOLARES

Lairany Monteiro dos Santos
Andreina Oliveira de Freitas
Andressa da Silveira
Maria Eloísa Collognese
Ingrid de Abreu Dumke

INTRODUÇÃO

O Programa Saúde na Escola (PSE), implementado através do Decreto nº 6.286 de 05 de dezembro de 2007, é uma articulação entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação que objetiva prevenir agravos e promover a saúde (Brasil, 2007). As ações previstas pelo PSE, em parceria com a educação pública básica e vinculada a uma Estratégia de Saúde da Família (ESF), tem como finalidade a promoção de atividades consoantes às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e abrange avaliações de saúde, redução de morbimortalidade por agravos de saúde, promoção em saúde, prevenção de doenças e agravos e entre outros (Brasil, 2007).

Entre as ações programáticas do PSE, destaca-se o 5º eixo do ciclo 2023, que se refere à prevenção de violências e acidentes. A violência é um agravo de saúde pública, que atinge todas as faixas etárias, sendo os adolescentes considerados um público vulnerável à exposição a casos de *bullying*, agressões físicas, sexuais e até homicídios, seja na comunidade, na escola e/ou no âmbito familiar (Marinho; Aguiar, 2019). A violência interpessoal praticada contra os adolescentes representa a terceira principal causa de óbitos desse público (Pereira *et al.*, 2020).

Nesta perspectiva, destaca-se a importância do desenvolvimento de ações de prevenção à violência para adolescentes escolares. O espaço escolar surge como um espaço estratégico para a promoção e prática de ações de saúde, uma vez que possibilita identificar casos de violência não só presentes nestes cenários, como também aqueles que ocorrem no âmbito familiar e social através do comportamento dos escolares (Santos *et al.*, 2022).

Além disso, enfatiza-se a necessidade da construção do vínculo escola-ESF. O vínculo de confiança desenvolvido com os alunos escolares e a parceria entre os profissionais da saúde e da educação possibilitam um olhar ampliado acerca da identificação das necessidades e agravos de saúde, assim como o reconhecimento de sinais de alerta para violência e o sofrimento da criança/adolescente e, desse modo, possibilita a atuação dos profissionais na prevenção, intervenção e minimização das consequências destas problemáticas (Platt; Gueder; Coelho, 2021).

Frente ao exposto, o presente estudo objetiva relatar a experiência de acadêmicas de enfermagem frente à realização de uma atividade prática de educação em saúde com adolescentes escolares acerca da prevenção de violências. A ação foi desenvolvida em uma escola pública estadual localizada na zona rural de um município da região centro-serra do Rio Grande do Sul, Brasil.

DESENVOLVIMENTO

Trata-se de um relato de experiência que descreve as vivências de acadêmicas do curso de Enfermagem acerca de uma atividade, vinculada ao PSE de uma ESF rural, realizada em uma escola pública localizada na região centro-serra do Rio Grande do Sul, Brasil. A cidade possui uma área territorial de 245,170 km², com cerca de 6.000 habitantes e conta com uma rede de ensino público composta por três escolas de ensino fundamental estaduais, três escolas de ensino fundamental municipais e uma escola de Educação Básica estadual (IBGE, 2020; Rio Grande do Sul, 2023).

A ação foi realizada no mês de junho de 2023 e contemplou cerca de 60 alunos de uma escola pública estadual, matriculados entre o 6º e 9º ano do ensino fundamental, entre 11 e 16 anos de idade. A escola de ensino regular mantém suas atividades em turno matutino e vespertino, possui 96 alunos matriculados (1º a 9º ano) e 14 professores atuantes.

Na oportunidade, trabalharam-se os aspectos da violência vivenciados tanto no âmbito familiar e social quanto escolar pelos adolescentes escolares, seguindo o 5º eixo programático do ciclo 2023 do PSE, que trata sobre “Prevenção das violências e dos acidentes”. Para operacionalizar a atividade, utilizou-se de forma estratégica Metodologia Ativa (MA). A MA é uma técnica que contribui para a promoção do ensino-aprendizagem de forma colaborativa entre educador em saúde e público-alvo, uma vez que atuam de maneira conjunta na busca da resolutividade dos problemas, colaborando com o desenvolvimento crítico-reflexivo, participação ativa na construção do conhecimento e autonomia do estudante (Silva *et al.*, 2021).

Nessa perspectiva, utilizou-se a metodologia do “Círculo de cultura” elaborada pelo educador Paulo Freire. Este método possibilita o diálogo entre os indivíduos e valoriza a subjetividade do cotidiano destes, a partir da reflexão das problemáticas vivenciadas, assim como da consciência, problematização e reelaboração de forma humanizada das problemáticas evidenciadas, possibilitando o caráter reflexivo acerca da mudança (Freire, 1974).

Nesse sentido, em primeiro momento, os alunos encontravam-se em um círculo, no qual as acadêmicas falaram sobre o que era violência. Após, os alunos foram distribuídos em grupos menores e foi proposto a construção de mapas conceituais que respondessem: quais as formas de violência que sofrem ou já presenciaram e suas consequências para a vítima e agressor. Posteriormente, foi proposta a elaboração de um plano de intervenção e prevenção para as problemáticas citadas.

Para a construção dos mapas, utilizou-se papel pardo e canetas holográficas, no qual os alunos sintetizaram com palavras-chave as demandas que perceberam. Como formas de violência vivenciada/presenciadas surgiram: “imagens”, “gestos e insinuações”, “violência verbal”, “bullying”, “abuso sexual”, “socos”, “toques sem permissão”, “abuso físico e emocional” e “agressão física”.

Já como consequências: “lesão corporal”, “isolamento”, “traumas”, depressão”. Como propostas de intervenção, os alunos elencaram: “denunciar”, “respeitar”, “encaminhamentos psicológico”, “roda de conversas”, “lazer”, “desligar o celular e encontrar amigos”, “esportes” e “empatia”.

Após, os alunos compartilharam com os colegas o que trouxeram na atividade, gerando uma discussão acerca dos aspectos da violência trabalhados. A ação foi registrada por meio de recursos fotográficos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A atividade contemplou adolescentes escolares de uma escola pública pertencente a uma ESF rural, desenvolvidas através do PSE. A intervenção realizada possibilitou a valorização da autonomia dos participantes na construção do conhecimento, uma vez que a proposta instigou a participação ativa dos mesmos. Tal aspecto foi evidenciado a partir do envolvimento dos escolares na construção do mapa mental e nas discussões em grupo acerca das questões trabalhadas. O uso de metodologias ativas é um instrumento estratégico que possibilita o desenvolvimento crítico-reflexivo, questionamento e mobilização acerca dos hábitos cotidianos do público-alvo (Silva *et al.*, 2021).

A violência é caracterizada como um ato realizado contra si próprio ou por outrem que objetiva provocar danos, sejam estes físicos ou psicológicos (OMS, 2002). Durante a dinâmica, emergiu como exemplos de violência a de caráter físico através de socos, tapas e chutes; moral, psicológica e o *bullying* por meio da agressão

verbal, chantagem e humilhação; *cyberbullying*; assédio sexual pela exposição de imagens e vídeos nas mídias digitais; e por fim, a violência doméstica.

No Brasil, entre os anos de 2011 a 2017, foram notificados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde 374.673 casos de violência contra adolescentes, sendo a violência física a mais comum entre adolescentes do sexo masculino entre 15 a 19 anos de idade e a violência psicológica e sexual predominante para as adolescentes do sexo feminino de 10 a 14 anos de idade (Pereira *et al.*, 2020). A violência sexual, assim como a doméstica, carrega um caráter cultural e histórico acerca da supremacia da figura masculina e das relações de poder presentes nas sociedades (Pereira *et al.*, 2020).

O *bullying* é um subtipo de violência que afeta, principalmente, crianças e adolescentes em fase escolar e se dá através de agressões físicas, verbais e relacionais - ocorre por boatos que levam à exclusão social da vítima - e são realizadas continuamente de forma proposital (Alves; Ferreira, 2019). Já o *cyberbullying* é uma forma de *bullying* que ocorre através do meio eletrônico (Alves; Ferreira, 2019).

O acesso à *internet* e uso de aparelhos celulares foi mencionado pelos adolescentes como mediador da prática de violência, assim como potencializador dos agravos de saúde mental desse público. O uso excessivo dessas ferramentas pode prejudicar o desenvolvimento do adolescente, seja cognitivo, social e/ou afetivo. Além do mais, pode desencadear episódios de estresse, ansiedade, evasão escolar, déficit de atenção, dependência e isolamento social, assim como vitimizar ou propagar o *cyberbullying* (Lopes *et al.*, 2021; Souza; Cunha, 2019).

Entre as consequências vivenciadas pelas vítimas das agressões, os adolescentes escolares mencionaram os sentimentos de tristeza, medo, isolamento social e traumas. Além disso, citaram doenças de caráter psíquico como ansiedade, depressão e a lesão autoprovocada. A violência sofrida por crianças e adolescentes é uma problemática a longo e curto prazo, sendo que as vítimas de

bullying apresentam índices elevados frente a associação de práticas de suicídio (Vieira *et al.*, 2020).

A fase característica da adolescência, associada a casos de violência, intensificam o risco de exposição a agravos de saúde mental desses indivíduos, uma vez que é um período de amadurecimento, desenvolvimento emocional, novas responsabilidades e a busca pela aprovação na família e sociedade (Miliauskas; Faus, 2020). Portanto, além das consequências de caráter psicológico e emocional perceptíveis nas vítimas, destaca-se aquelas que afetam o funcionamento fisiológico e cognitivo, que podem vir a comprometer o desenvolvimento pessoal dos adolescentes (Hildebrand *et al.*, 2019).

Como planos de intervenção elencados pelos adolescentes participantes da atividade, emergiram: as denúncias, o apoio e encaminhamento psicológico; respeito, empatia, a construção de vínculos de amizade, a prática de exercícios físicos e atividades de lazer com os amigos. A prática de atividades físicas, lazer e construção de vínculos impactam de forma positiva na saúde dos adolescentes, ajudando-os a lidarem com as consequências que a violência causa na vida destes (Hildebrand *et al.*, 2019; França *et al.*, 2022). As relações sociais estáveis são pontos cruciais acerca da estabilidade emocional e contribuem positivamente no desenvolvimento e recuperação das habilidades dos adolescentes (Hildebrand *et al.*, 2019).

Quando os alunos foram questionados acerca dos locais de denúncia, estes acabavam mencionando apenas o âmbito de segurança pública, como policiais e delegacias. Assim, as acadêmicas mencionaram o papel da escola, ESF e o canal “Disque 100” como ferramentas de denúncias e de apoio. Entre os papéis do âmbito de atenção primária à saúde, destaca-se a promoção de saúde e prevenção de doenças. Desse modo, cabe às equipes de saúde, em parceria com os setores da Educação, Segurança e Assistência Social, desenvolver ações para a proteção da criança e do adolescente, do mesmo modo que identificar as populações de risco a agravos (Silva; Ceribelli, 2021).

No mesmo sentido, as escolas possuem caráter protetor desse público a partir da identificação da violação dos direitos da criança e adolescente, acolhimento e encaminhamento/intervenção nestes casos (Silva; Barros, 2021). A escola e os professores apresentam-se como fontes importantes de proteção para os escolares, principalmente para aquelas crianças e adolescentes vítimas de violência no domicílio e em vulnerabilidade social, uma vez que o profissional passa a ser uma figura de confiança e suporte emocional (Hildebrand *et al.*, 2019).

Sob esse viés, pontua-se a importância das atividades acerca da prevenção da violência e o amparo às vítimas, em uma perspectiva multiprofissional. As ações intersetoriais possibilitam um olhar ampliado e humanizado acerca dos agravos de saúde, sendo a parceria de setores da saúde e assistência social com a educação a respeito da prevenção e intervenção de violência um potencializador frente à redução deste agravo, uma vez que o espaço escolar é um local de produção e contato social direto com os adolescentes (Vasconcelos *et al.*, 2020). Desse modo, reforça a importância da educação permanente dos profissionais da saúde, educação e assistência social frente a identificação de sinais de alerta, vulnerabilidade social, canais de denúncias e condutas necessárias (Vasconcelos *et al.*, 2020).

Nesta perspectiva, vê-se que os adolescentes são vítimas ou presenciam a violência tanto no âmbito escolar como familiar e reconhecem as consequências dessa prática na saúde dos mesmos. Assim, evidencia-se a importância de ações e políticas públicas voltadas à atenção aos agravos de saúde dos adolescentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da ação realizada com os adolescentes escolares, percebeu-se que a metodologia proposta aos alunos possibilitou a autonomia dos mesmos na produção do conhecimento. Do mesmo modo, foi possível identificar a violência e seus aspectos que,

possivelmente, esse público sofreu ou presenciou em algum momento.

É perceptível que a violência atua como um agravo para a saúde mental dos adolescentes. Neste sentido, enfatiza-se a importância da construção do vínculo entre a tríade ESF-escola-adolescente para identificar situações de agravos de saúde e realizar, de forma estratégica, ações de prevenção e intervenção a essas problemáticas emergentes. Por fim, reforça a importância da necessidade de construção de políticas públicas e ações intersetoriais acerca da prevenção e intervenção dos casos de violência identificados, seja no âmbito escolar e/ou social.

REFERÊNCIAS

ALVES, G. L.; FERREIRA, R. M. O bullying no ambiente escolar. **Revista Saúde e Meio Ambiente**, v.9, n. 3, p. 82-96, 2019. Disponível em: [https://desafioonline.ufms.br/index.php](https://desafioonline.ufms.br/index.php/sameamb/article/view/8108)

[/sameamb/article/view/8108](https://desafioonline.ufms.br/index.php/sameamb/article/view/8108)

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº, de 5 de dezembro de 2007**. Institui o Programa de Saúde na Escola (PSE), e dá outras providências. Brasília, DF: 2007. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm

BRASIL. Organização Mundial da Saúde (OMS). **Relatório Mundial sobre violência e saúde**. Genebra: OMS, 2002. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/>

BRASIL Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades e estados: Segredo (RS)**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rs/segredo.html>

FRANÇA, E. O. *et al.* Fatores de risco para depressão na adolescência: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria**, v. 26, n. 1, p. 49-57, 2022. Disponível em: <https://www.revneuropsiq.com.br/rbnp/article/download/877/263#:~:text=De%20acordo%20com%20os%20achados,predi%C>

3%A7%C3%A3o%20%C3%A0%20depress%C3%A3o%20na%20adolesc%C3%Aancia.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. São Paulo: Paz e Terra, 1974.

HILDEBRAND, N. A. *et al.* Resilience and mental health problems in children and adolescents who have been victims of violence. **Revista de Saúde Pública** [on-line], v. 53, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000391>.

LOPES, A. P. *et al.* O uso excessivo das tecnologias digitais e seus impactos nas relações psicossociais em diferentes fases do desenvolvimento humano. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-ALAGOAS**, v. 6, n. 3, p. 166-166, 2021. <https://periodicos.set.edu.br/fitsbiosauade/article/view/8964>

MARINHO, R. A. Q. C.; AGUIAR, R. S. A atenção primária como eixo estruturante da redução dos indicadores de violência contra crianças e adolescentes. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, v. 8, n. 2, p. 228-241, 2019. Disponível em: <http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/409>

MILIAUSKAS, C. R.; FAUS, D. P. Saúde mental de adolescentes em tempos de Covid-19: desafios e possibilidades de enfrentamento. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, 2020. <https://www.scielo.br/j/physis/a/W578M6SCTxdZQxCCtFJSbrH/?lang=pt>

PEREIRA, V. O. M. *et al.* Violências contra adolescentes: análise das notificações realizadas no setor saúde, Brasil, 2011-2017. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, 2020.

PLATT, V. B.; GUEDERT, J. M.; COELHO, E. B. S. Violência contra crianças e adolescentes: notificações e alerta em tempos de pandemia. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 39, 2020. <https://www.scielo.br/j/rpp/a/Ghh9Sq55dJsr6tsJsHCfTG/?format=html&lang=pt>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Educação. **Busca de escolas** [site da internet]. Disponível em: <https://educacao.rs.gov.br/busca-de-escolas>

SANTOS, L. M. *et al.* Conscientização acerca da violência com adolescentes na escola: relato de ação extensionista. In: PRAXEDES, Marcus Fernando da Silva. **Experiências em**

enfermagem na contemporaneidade 2. 2 ed. Ponta Grossa - PR: Atena, 2022, p. 195-205.

SILVA, E. B. *et al.* Metodologias ativa: Concepções e práticas docentes de cursos de saúde. **CATAVENTOS-Revista de Extensão da Universidade de Cruz Alta**, v. 9, n. 2, p. 1-15, 2021. Disponível em:<https://scholar.archive.org/work/eegqgrnoyneapmtnr4prgvtk3e/access/wayback/https://revistaeletronica.unicruz.edu.br/index.php/saude/article/download/444/375>

SILVA, M. M.; BARROS, L. S. A contribuição da escola para a promoção da saúde mental de adolescentes no combate a depressão e ao suicídio. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 3, p. 21078-21095, 2021. Disponível em: <https://ojs.Brazilianjournals.com.br/index.php/BRJD/article/download/25509/20316>.

SILVA, S. A.; CERIBELLI, C. O Papel Do Enfermeiro Frente a Violência Infantil na Atenção Primária. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, v. 8, e5001, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reaenf.e5001.2021>.

SOUZA, K.; CUNHA, M. X. C. Impactos do uso das redes sociais virtuais na saúde mental dos adolescentes: uma revisão sistemática da literatura. **Revista Educação, Psicologia e Interfaces**, v. 3, n. 3, p. 204-2017, 2019. <http://educacaoepsicologia.emnuvens.com.br/edupsi/article/view/156>
<https://uploads/2019/04/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>

VASCONCELOS, M. I. O. *et al.* Violência contra adolescentes e as estratégias de enfrentamento. **Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 5, p. 144-151, 2020.

VIEIRA, F. H. M. *et al.* Impactos do bullying na saúde mental do adolescente. **Ciência ET Praxis**, v. 13, n. 25, p. 91-104, 2020. <https://revista.uemg.br/index.php/praxys/article/view/4354/2867>

9. STEWARDSHIP BRASIL: PANORAMA DOS PROGRAMAS DE GERENCIAMENTO DE ANTIMICROBIANOS EM UTIS ADULTO DO SUL DO BRASIL

Mariana Portela de Assis
Mara Rubia Santos Gonçalves
Magda Machado de Miranda Costa
Rochele Mosmann Menezes
Eliane Carlosso Krummenauer
Jane Renner Pollo Renner
Marcelo Carneiro
Suzane Beatriz Frantz Krug

INTRODUÇÃO

O uso excessivo de medicamentos antimicrobianos apresenta diversas consequências negativas para a saúde, pois estimula o surgimento de bactérias multidrogas resistentes. Como resultado, houve um aumento de mortes relacionadas a infecções adquiridas durante a assistência à saúde (Shirazi; Ab Rahman; Zin, 2020). Esse problema é especialmente crítico nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), nas quais aproximadamente metade dos pacientes internados são afetados por Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) (Day *et al.*, 2015; Shirazi; Ab Rahman; Zin, 2020).

Os antimicrobianos são frequentemente prescritos nessas situações, especialmente para pacientes críticos que possuem múltiplas comorbidades e quadros clínicos complexos e variados. Para mitigar esses problemas, uma abordagem proposta é a implantação de um Programa de Gerenciamento de Antimicrobianos

(PGA) nas instituições de saúde (ANVISA, 2019; Day *et al.*, 2015; Nicolle, 2014; Shirazi; Ab Rahman; Zin, 2020).

Esses programas têm o objetivo de racionalizar o uso de antimicrobianos, desenvolvendo políticas institucionais, diretrizes e monitoramento da resistência microbiana e do uso adequado desses medicamentos. Além disso, buscam promover ações educativas sobre o uso e a administração correta dessa classe terapêutica, bem como, estabelecer processos de auditoria de prescrições conduzidos por profissionais especializados em doenças infecciosas (ANVISA, 2023; CDC, 2019).

Os PGA visam uma abordagem mais eficiente e responsável no combate às doenças infecciosas, preservando a eficácia dos antimicrobianos e garantindo uma melhor assistência à saúde dos pacientes. Contudo, há obstáculos que dificultam o êxito dessas iniciativas, tornando essencial compreender a situação atual em relação à implementação dos PGA. Essa compreensão permite a formulação de medidas e táticas para aprimorar a efetividade desses programas na região Sul do país (ANVISA, 2019; ANVISA, 2023; CDC, 2019; Nori; Guo; Ostrowsky, 2018).

Nesse contexto, o estudo aqui apresentado objetivou quantificar e avaliar o perfil das instituições hospitalares com UTI adulto que implementaram o PGA e sua distribuição geográfica na região Sul do Brasil.

DESENVOLVIMENTO

A metodologia desse estudo caracteriza-se pela natureza quantitativa, prospectivo, transversal, com abordagem multicêntrica. A pesquisa foi conduzida pelo *Stewardship Brazil Group*, formado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Os dados foram coletados entre os meses de outubro de 2022 e janeiro de 2023, por meio de um questionário disponibilizado no *site* oficial da ANVISA pelo aplicativo de gerenciamento de pesquisas Google

Forms, preenchidos de forma voluntária pelas instituições hospitalares brasileiras.

O grau de implementação do PGA foi mensurado de acordo com os critérios estabelecidos na Diretriz Nacional para Elaboração do Programa de Gerenciamento do Uso de Antimicrobianos em Serviços de Saúde. Nesse contexto, considerou-se que o PGA estava implementado quando pelo menos 50% das atividades previstas na diretriz foram realizadas pelas instituições. Vale ressaltar que essa foi a segunda avaliação realizada dos PGAs em hospitais brasileiros com UTI adulto, sendo que a primeira ocorreu em 2019.

A Diretriz Nacional para Elaboração do Programa de Gerenciamento do Uso de Antimicrobianos em Serviços de Saúde foi elaborada com o intuito de apoiar os profissionais e instituições de saúde na implementação dos PGAs. Essa diretriz enfatiza a importância da educação como componente essencial para o sucesso e efetividade desses programas, pois capacita os profissionais com técnicas que promovem o uso racional de antimicrobianos (ANVISA, 2023).

O *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), que é a agência do departamento de saúde e serviços humanos dos Estados Unidos, elencou os principais aspectos estruturais e funcionais para a implementação de PGAs efetivos, definidos como componentes essenciais que também estão descritos na diretriz brasileira conforme Figura 1.

Figura 1 – Esquema dos componentes essenciais dos programas de gerenciamento de antimicrobiano estabelecidos pelo CDC



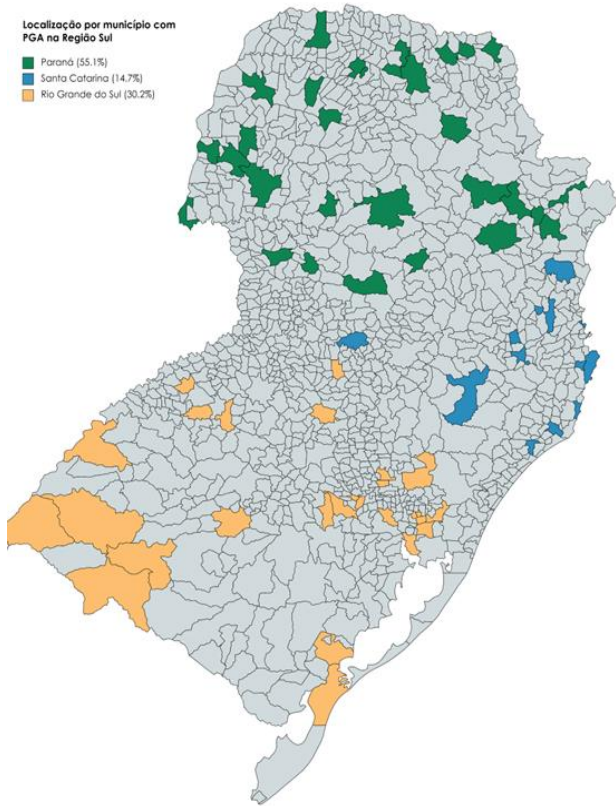
Fonte: ANVISA (2023). Adaptado de CDC (2019)

Os dados coletados foram recrutados em tabela de Excel® 2013, com posterior análise de frequência no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 23. A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul, sob Parecer nº3.017.507.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O total de hospitais brasileiros que preencheram o formulário foi de 2.072, desses 1.171 (56,5%) com UTI adulto, sendo 248 (21,2%) da Região Sul. Dentre eles, 136 (54,8%) responderam que possuem o PGA implementado, sendo que 75 (55,1%) deles são do estado do Paraná, 41 (30,2%) do Rio Grande do Sul e 20 (14,7%) do estado de Santa Catarina. A distribuição espacial dos municípios que têm instituições com PGA implementado está representada na Figura 2.

Figura 2 – Localização por município com PGA na região Sul do Brasil



Fonte: Elaborado pelos autores (2023)

Dos hospitais com UTI adulto que participaram do estudo, 86 (63,2%) estabeleceram o PGA no ano de 2017, ou seja, no mesmo ano em que foi publicada a Diretriz. Em relação ao número de leitos de UTI adulto, 27 (19,9%) possuem abaixo de 10 leitos, 62 (45,6%) entre 10 e 20, 17 (12,5%) entre 21 e 30 e 30 (22%) acima de 30 leitos.

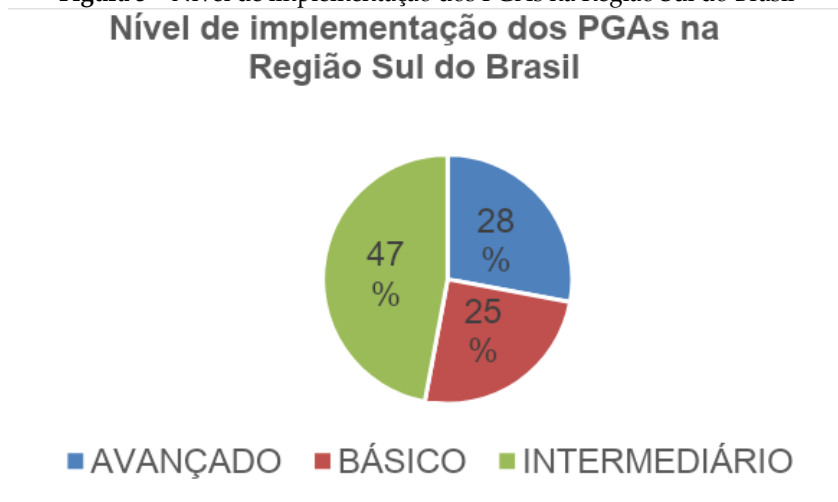
Quanto aos principais fatores que favoreceram a implementação do PGA nas instituições hospitalares respondentes, 107 (78,7%) citaram o apoio da alta gestão da instituição; 102 (75%) a existência de protocolos clínicos para as principais infecções do perfil institucional e 91 (66,9%), a definição de um grupo de

profissionais responsável pela elaboração do PGA, denominada como “time gestor”. Em relação aos dificultadores de implementação, 45 (33,1%) marcaram a falta de tempo do time operacional na execução das atividades do PGA e 40 (29,4%), a falta de engajamento dos setores do hospital na execução das ações do PGA, além de 29 (21,3%) que marcaram a opção da existência de resistência ou oposição dos médicos prescritores do hospital aos critérios do PGA.

Além disso, em 106 (78%) das instituições foi definida a equipe (time gestor) responsável por estabelecer as políticas e normativas, bem como, as diretrizes gerais, monitoramento contínuo e melhoria e retroalimentação dos resultados (*feedback*) do PGA. Dentre os profissionais dessa equipe, 58 (42,6%) são membros da alta direção, 87 (64%), médicos infectologistas, 90 (66%) enfermeiros, 91 (67%) farmacêuticos clínicos e 90 (66%) representantes da comissão interna de controle de infecção hospitalar.

Em relação aos níveis de implementação dos PGAs nas instituições participantes, estão representados na Figura 3.

Figura 3 – Nível de implementação dos PGAs na Região Sul do Brasil



Fonte: Elaborado pelos autores (2023)

Em estudo realizado na América Latina, no qual também se avaliou o nível de implementação do PGA de 20 instituições hospitalares, o resultado foi básico em 35% dos hospitais, intermediário em 50% e avançado em 15%. Ainda, os autores trouxeram que a falta de apoio da gestão e a falta de tempo dos profissionais dedicados aos programas são considerados como dificultadores dos seus desenvolvimentos (Fabre *et al.*, 2023).

No estudo realizado no Brasil em 2019, com hospitais com UTI adulto, de um total de 954 hospitais que participaram da pesquisa, 453 (47,5%) afirmaram ter PGA estabelecido. E entre os fatores facilitadores com maior representatividade ao programa, foram o apoio da alta direção (81,5%) e a existência de protocolos clínicos alinhados com o perfil institucional (75,7%). Entre os obstáculos que dificultaram a implementação do ASP, foram referentes a componentes do time operacional, que enfrentam limitações temporais para a realização das atividades no PGA (44,6%) (Menezes *et al.*, 2022).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos apontam para a necessidade de propor estratégias, visando o aumento do número de instituições participantes na avaliação dos Programas de Gerenciamento de Antimicrobianos (PGA), pois tais dados são fundamentais para obter uma visão mais completa do panorama desses programas nas UTIs do Sul do Brasil.

O PGA é uma abordagem viável para a otimização e uso apropriado de antimicrobianos em países em desenvolvimento. No contexto brasileiro, essa estratégia apresenta papel fundamental no apoio às ações governamentais de combate à resistência antimicrobiana, especialmente em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), tendo um impacto significativo na sustentabilidade do sistema de saúde pública. É evidente que tanto as barreiras quanto os facilitadores precisam ser aprimorados para tornar a implementação do PGA cada vez mais factível e para garantir o

sucesso do programa, principalmente em hospitais que ainda não possuem o PGA implementado.

REFERÊNCIAS

BRASIL. ANVISA. **Projeto Stewardship Avaliação Nacional dos Programas de Gerenciamento do Uso de Antimicrobianos em Unidade de Terapia Intensiva Adulto dos Hospitais Brasileiros**. BRASÍLIA, 2019. Disponível em: <<http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/Projeto+Stewardship+Brasil/435012dc-4709-4796-ba78-a0235895d901?version=1.0>>.

BRASIL. ANVISA. **Diretriz Nacional para Elaboração de Programa de Gerenciamento do Uso de Antimicrobianos em Serviços de Saúde**. BRASÍLIA, 2023. Disponível em: <<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/DiretrizGerenciamentoAntimicrobianosANVISA2023FINAL.pdf>>. Acesso em: 13 jul. 2023.

CDC. **Core Elements of Hospital Antibiotic Stewardship Programs**. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, CDC; 2019. Available at <https://www.cdc.gov/antibiotic-use/core-elements/hospital.html>.

DAY, S. R. *et al.* An Infectious Diseases Physician-Led Antimicrobial Stewardship Program at a Small Community Hospital Associated With Improved Susceptibility Patterns and Cost-Savings After the First Year. **Open forum infectious diseases**, v. 2, n. 2, p. ofv064, 2015. Disponível em: doi:10.1093/ofid/ofv064

FABRE, V. *et al.* Deep Dive Into Gaps and Barriers to Implementation of Antimicrobial Stewardship Programs in Hospitals in Latin America. **Clinical Infectious Diseases**, v.77, Suppl. 1, p. S53-S61, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/cid/ciad184>

MENEZES, R. M. *et al.* Antimicrobial Stewardship Programmes in Brazil: introductory analysis. **Research, Society and Development**,

[S. 1.], v. 11, n. 7, p. e51011729444, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i7.29444.

NICOLLE, L. E. Antimicrobial stewardship in long term care facilities: what is effective? **Antimicrobial Resistance & Infection Control**, v. 3, n. 1, p. 6, 2014. doi:10.1186/2047-2994-3-6

NORI, P.; GUO, Y.; OSTROWSKY, B. Creative Collaborations in Antimicrobial Stewardship: Using the Centers for Disease Control and Prevention's Core Elements as Your Guide. **The Medical clinics of North America**, v.102, n. 5, p. 845–854, 2018.

SHIRAZI, O. U.; AB RAHMAN, N. S.; ZIN, C. S. A Narrative Review of Antimicrobial Stewardship Interventions within Inpatient Settings and Resultant Patient Outcomes. **Journal of pharmacy & bioallied sciences**, v.12, n. 4, p. 369–380, 2020. DOI: 10.4103/jpbs.JPBS_311_19

10. A PRÁTICA GRUPAL COMO FERRAMENTA DE PROMOÇÃO À SAÚDE MENTAL DE MULHERES RURAIS

Luísa Klix de Abreu Pereira
Teresinha Eduardes Klafke
Ana Paula Schafer

INTRODUÇÃO

A presente escrita refere-se às atividades grupais de promoção à saúde mental realizadas com mulheres rurais. O grupo mencionado, estava previsto no Plano do Estágio Curricular em Psicologia I e II da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), como uma das ações a ser concretizada no Centro de Atendimento Integral à Saúde - CAIS, em Vera Cruz (RS), no ano de 2022. O serviço em questão conta com uma equipe de onze pessoas, dentre técnicos e estagiários das seguintes áreas: Psicologia, Medicina (Pediatria), Serviço Social, redução de danos, Nutrição, Educação Física e oficinas terapêuticas.

Em relação aos atendimentos à população, eles se dão majoritariamente em grupos, tendo em vista que o trabalho nesse formato se torna uma ferramenta necessária para dar conta da alta demanda e pode propiciar aos pacientes troca de informações, experiências, aprendizagens e reflexões sobre os seus processos de saúde-doença. Dessa forma, em coletividade, estimula-se a transformação de atitudes e crenças por meio do compartilhamento de vivências. Ainda, nos grupos, cria-se e/ou fortalece-se as redes sociais dos participantes, ampliando as possibilidades de viver (Ribeirão Preto, 2021). Ressalta-se ainda, que os atendimentos nessa modalidade possibilitam diversos sujeitos que são da mesma comunidade, com pensamentos e hábitos semelhantes, bem como

histórias de vida e valores parecidos convivam. No que tange ao funcionamento do CAIS, também ocorrem atendimentos de modo individual quando necessário, entretanto esse não é o foco das ações, haja vista os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e possibilidades de atuação.

Pontua-se, por fim, que a equipe circula nas unidades de saúde e seus arredores, especialmente no interior – zona rural –, com o intuito de conseguir realizar ações junto a esse público que tem maior dificuldade de acesso à sede. É nesse sentido que a escrita deste trabalho se constitui no relato da experiência de um grupo de mulheres, volante, realizado na área rural do município com foco na promoção da saúde mental.

DESENVOLVIMENTO

Foram realizados oito encontros em dois territórios, pertencentes à Equipe de Atenção Primária Volante (EAP). Pontua-se que os grupos ocorreram de modo espelhado, ou seja, as mesmas atividades nas duas localidades, haja vista as semelhanças entre o público participante, dessa forma, foram realizados quatro grupos em cada localidade. Destaca-se que em cada encontro, contou-se com a participação média de 09 mulheres, tendo sido 14 o número máximo e 05 o número mínimo. O perfil das mulheres que foram aos encontros era de mulheres casadas, com filhos, trabalhadoras da agricultura e, de certo modo, esquecidas de si mesmas, com pouco olhar e cuidados voltados para a própria saúde mental e física.

Nos primeiros dias, nos apresentamos e falamos da proposta, visando discutir questões do interesse delas, tendo como foco a promoção da saúde mental. Fizemos acordo com o grupo de que: a) tudo que seria falado, ficaria ali, pois a ideia era que o grupo fosse um lugar seguro para todas; b) a ideia não era palestra, ou seja, contava-se com a colaboração delas para interação; c) a duração média seria de 01h30min; d) seriam realizados encontros mensais, conforme sugestão prévia das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS). Na sequência, pedimos para as participantes se

apresentar, falando o que julgassem pertinente e respondendo à pergunta: “Como está a tua saúde mental?” A pergunta tinha a intenção de verificar o entendimento sobre o tema e criar norteadores para a fala.

Nesses primeiros grupos, junto da apresentação utilizamos a dinâmica do novelo de lã. Quem terminasse de falar, amarrava um pedacinho no dedo e em seguida lançava o novelo para outra participante da sua escolha, a fim de passar a palavra e criar, assim, uma teia. Ao final das apresentações, tinha se formado um pequeno nó em uma parte da lã, o qual possibilitou as primeiras discussões. Dando sequência ao grupo, nos segundos encontros, levamos como pauta a questão dos desejos e prazeres. As perguntas que propusemos foram: “Quais coisas na sua vida lhe dão prazer?”; “Quais os desejos que você ainda quer realizar na sua vida? Quando? De que forma?”.

No terceiro encontro, como dinâmica disparadora, utilizamos algumas cartas do baralho das emoções. Colocamos as perguntas em uma caixinha e fomos pedindo que cada participante retirasse uma e pudesse responder em voz alta. A partir disso, o grande grupo complementava e trazia novos pontos para a discussão. As perguntas retiradas foram as seguintes: 1) O que é o amor?; 2) O que é ser feliz?; 3) Descreva sua família; 4) Pense em alguém e diga algo para essa pessoa; 5) Como você gostaria de ser percebido?; 6) O que é medo?; 7) Se você nascesse novamente, que mudanças faria em sua vida?; 8) Cite três coisas que fazem parte da sua vida, mas que não deseja mais. Ressaltamos que sempre foi pensado em disparadores para a discussão, após, seguia-se a ideia da livre associação, tal qual proposta pela psicanálise: a pessoa deve falar livremente o que lhe vem à mente, de acordo com seu fluxo de ideias, sem censura ou seleção (Sabrosa, 2017). Essa técnica permite melhor exploração, acesso e interpretação do inconsciente e suas forças.

No que tange aos obstáculos experimentados para a ação, acredito que, quando falamos no início de um grupo, o maior desafio seria conseguir reunir um número significativo de participantes em decorrência dos compromissos e das agendas pessoais no que tange

dia/horário da atividade. Um obstáculo quanto à operacionalização foi vivenciado em uma das localidades, já que o empenho das participantes com os encontros não se deu de forma genuína; inicialmente foram engajadas, mas aos poucos o número de participantes foi diminuindo. Entendemos que essa possível falta de compromisso é multifatorial, pensando nos seguintes pontos: a) o não entendimento do momento como promoção à saúde e sim como uma “simples conversa”; b) a falta do desejo de estar no grupo; c) o não reconhecimento de uma possível necessidade; d) trabalho/família; e) o fato de as reuniões do grupo serem mensais. Em relação a esse último item, pontua-se que fora acordado com elas essa frequência, pensando na conciliação do labor com um momento para si, porém sabe-se que, ao mesmo tempo que essa frequência facilita a adesão, também atrapalha, em termos terapêuticos, a construção e manutenção do vínculo.

Por fim, é possível pontuar um facilitador visto nos encontros: a facilidade das mulheres em se abrirem e trazerem relatos pessoais considerados delicados para o coletivo. Desse modo, evidenciou-se a grande necessidade de fala dessas mulheres e acredita-se que por conta disso e dos modos de vida no interior, algumas se agarraram a oportunidade e fizeram do grupo um espaço muito potente, podendo destacar o engajamento das mesmas, haja visto que muitas caminhavam em torno de 35-40min para chegar ao local do encontro da reunião.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quando falamos de saúde mental, especialmente pelo viés psicanalítico, é extremamente difícil falar em resultados e avaliá-los conforme os moldes da ideia de “melhora” ou, ainda, atrelado à noção de um “antes e depois”. Dessa forma, avaliar os resultados do grupo como algo simples e concreto, torna-se impossível haja visto que o grupo ainda está em andamento. A nova estagiária de Psicologia do serviço deu seguimento às ações, e as ideias conceituais de resultado não se encaixam aqui. Assim, afirma-se

que o grupo é um espaço potente para ressignificações de afetos e efeitos, sofridos e produzidos ao longo dos anos da vida dessas mulheres, pois

conforme 'Freud afirmava que a tarefa do tratamento psicanalítico é transformar o sofrimento em miséria ordinária' (Dunker, 2015, p. 41). Isso demonstra como, para Freud, o domínio ético do tratamento psicanalítico não deve se orientar pelo ideal regulador da saúde. Pois, se há uma ética na clínica freudiana, esta não é regulada por uma política de tratamento pautada pelo ajuste normativo que toma como finalidade a inclusão dos indivíduos na clausura genérica da boa saúde (Neves, 2020, p. 25).

Desse modo, entendendo que os ditos resultados possuem significações diferentes para o viés psicanalítico, afirmamos que o grupo vem agregando novos olhares e possibilidades de curas às suas participantes. Logo, a fala do trauma pode ser vista como sinônimo de cura, uma vez que não conseguimos eliminar/remitir alguns sintomas e memórias, porém conseguimos lidar com eles de um modo menos prejudicial e sofrido. Freud (*apud* Vieira, 2022), afirmava que um dos objetivos da escuta psicanalítica é uma melhora significativa, levando em conta os aspectos qualitativos (mudança de estado) e quantitativos (redução do *quantum* de dor do sintoma). Outro fato que pode ser lido como uma resultante, é a formação de laços criados pelas participantes, ao se denominarem e se referirem como "amigas", a capacidade ampliada de saber ouvir e respeitar a história da outra e o seu momento de fala e a compreensão verbalizada nos dois últimos encontros sobre a relevância de terem um momento para si, no qual conseguiram desabafar, rir, chorar e aprender sem julgamentos.

E, é nesse sentido que as ações coletivas realizadas na Atenção Primária se colocam como eixo central da atuação psicológica, visto os grandes benefícios e mudanças que a mesma é capaz de produzir. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2017), esse nível se caracteriza como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção da saúde, prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento, a

reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral ao cuidado de cada cidadão. Pelo fato dessa esfera de atendimento ser o primeiro acesso/principal porta de entrada do SUS, a demanda é grande e para dar conta disso, especialmente no que se refere à saúde mental, as atividades planejadas e executadas voltam-se para o atendimento coletivo, com foco na prevenção e promoção à saúde.

De acordo com o Conselho Federal de Psicologia o papel do psicólogo na atenção primária, em conformidade com o código de ética da profissão, visa contribuir para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. Além disso, cabe ao profissional auxiliar na compreensão histórica e social de processos que impactam diretamente na saúde mental dos usuários do SUS, uma vez que atuar nesse campo exige uma postura em defesa das políticas públicas como instrumentos de garantia de direitos (CFP, 2019). Ainda, é importante mencionar que de acordo com as normas técnicas do Conselho, o psicólogo nesse nível de atenção deve atuar na prevenção e promoção à saúde dos usuários, priorizando as ações coletivas e bem articuladas com o território no qual se trabalha. As formas de atendimento vão além do viés clínico tradicional, sendo esse ponto ainda um impasse prático da profissão, dentro e fora dela.

Sendo assim, a Psicologia no contexto do trabalho em equipe na atenção primária, é convidada a pensar outras maneiras de intervenção que não se restrinjam ao atendimento direto e individual. Outro ponto importante se dá na relevância da atuação do psicólogo de acordo com as normas e diretrizes estabelecidas na base do SUS. Pois, se há a inserção e atuação desse profissional em conformidade com a política, há o cuidado com o usuário de forma integral sem que o mesmo necessite de suporte em outros níveis de cuidado na rede (Ferreira-Neto, 2010).

Um dos fatores que auxilia as normas de atuação do psicólogo, na rede de saúde mental do SUS, em todos os seus níveis, são as diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com foco no cuidado em liberdade, visando assegurar os direitos conquistados a

partir da reforma psiquiátrica. A RAPS foi instituída no Brasil por meio da Lei nº 3.088/2011, sendo um dos papéis do profissional da psicologia, trabalhar em sua defesa, já que se deve pensar na garantia de direitos dos cidadãos. Uma das formas práticas de realizar isso é por meio da possibilidade que os psicólogos têm de “inventar novos saberes e dispositivos em direção à desinstitucionalização da cultura manicomial, que vai muito além do âmbito restrito de serviços e práticas profissionais e diz respeito aos modos de vida tecidos no cotidiano” (Dimenstein; Macedo, 2012, p. 7).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), quando se fala da organização de redes de atenção psicossocial, destaca-se a necessidade de oferta de tratamento na atenção primária e a organização de ações em saúde mental no contexto comunitário (Silveira; Vieira, 2007). Tendo isso em vista, o atendimento grupal no campo da saúde mental, torna-se uma possibilidade extremamente potente e preconizada pelo Ministério da Saúde no Caderno de Atenção Básica (2013, p. 26):

No campo da Saúde Mental, temos como principais dispositivos comunitários os grupos terapêuticos, os grupos operativos, a abordagem familiar, as redes de apoio social e/ou pessoal do indivíduo, os grupos de convivência, os grupos de artesanato ou de geração de renda, entre outros.

Muitos profissionais motivam estas práticas, uma vez que nesses encontros os pacientes conseguem partilhar vivências e fortalecer uns aos outros. Nesses espaços, consolida-se uma concepção do sujeito em sua integralidade, para além do foco de entendimento do processo saúde-doença, oferecendo uma formação em saúde mais reflexiva, integrada e humanizada haja visto que o compartilhamento de vivências potencializa o grupo, pois eles são:

[...] aplicados para promoção da saúde, prevenção de doenças e prestação de cuidados específicos, como a Estratégia Saúde da Família (ESF). Podem também promover programas educativos que possibilitem uma melhoria da qualidade de vida e saúde das pessoas. Esses grupos, na Atenção Primária, possuem uma prática coletiva de problematização e discussão, gerando um

processo de aprendizagem crescente. Seus benefícios são uma maior otimização do trabalho, com a diminuição das consultas individuais, participação ativa do indivíduo no processo educativo e envolvimento da equipe de profissionais com o paciente (Menezes; Avelino, 2016, p. 125).

Sabendo que a atenção básica é a base do SUS, quando se fala de ações nesse nível, os limites são altos, uma vez que se deve focar na prevenção e promoção à saúde, ou seja, olhar o sujeito como um todo e pensar as mais variadas ações para com ele. Seguindo essa linha, Dimenstein (2001) problematiza a atuação psicólogo-psicoterapeuta como sendo a única possível. Pois, segundo a autora, os psicólogos ainda não realizaram uma efetiva revisão dos recursos teóricos e metodológicos para atuação nas políticas públicas de saúde, mantendo uma relação em que predomina a reprodução de saberes e fazeres, em detrimento de suas formações.

Tal afirmação é comprovada no estudo de Dimenstein (2001), o qual foi realizado em Teresina no Piauí. No projeto executado com profissionais do SUS da cidade, foi evidenciado que cerca de 80% dos psicólogos entrevistados têm suas práticas essencialmente reduzidas ao atendimento direto ao usuário. Pode-se inferir que esta maneira de pensar e agir pode estar ligada a ações desarticuladas nos diferentes serviços que levam à multiplicação de tarefas e dificuldade de diálogo entre os locais no cuidado em saúde de indivíduos e suas famílias (Archanjo; Schraiber, 2012). Outrossim, pode-se ver que atuar nas políticas públicas de saúde ainda é um impasse, já que os próprios profissionais da área trabalham de forma individual. Dessa forma, o entendimento quanto às práticas psicológicas e psiquiátricas fica comprometido e reforça negativamente uma lógica que vai contra o previsto na legislação do SUS e do próprio CFP, já que ambos os órgãos prezam pelo atendimento integral e majoritariamente coletivo (Ferreira-Neto, 2010). Bem como, reforça a noção de que saúde mental é feita, apenas, de modo individual e exclusivamente pelos profissionais da psicologia e psiquiatria.

A psicanálise enquanto teoria traz diversas contribuições para a visão acerca do sujeito no contexto da saúde. A partir da sua base,

entende-se que o Eu só se constitui por meio da linguagem e a partir do Outro, ou seja, o Eu é plural (Ávila, 2009). Tomando esta concepção como premissa, a prática grupal proporciona, por meio do real e do simbólico, a constituição do indivíduo, considerando suas particularidades e possibilidades. Pode soar estranho a associação da psicanálise com a pauta grupal, porém Bion em 1970, aprofundou os estudos nessa relação e Ávila (2009, p. 6), a partir disso afirmou que “o indivíduo não existe, o Eu é feito de relações, o Eu é múltiplo, o Eu é Eu - outro e o Eu é plural”.

Entendendo o sujeito como sendo coletivo, o grupo no campo da saúde mental se faz extremamente necessário e potente. Uma vez que a partir dos depoimentos dos participantes de modo individual, cada um consegue se (re)encontrar e se (re)constituir. Ainda, a visão da saúde e cura em psicanálise vai ao encontro do que o Ministério da Saúde preconiza, pois a teoria entende que para compreender a noção de saúde precisa-se questionar “o indivíduo para além do que seria normal ou patológico” (Moreira, 2018, p. 10). Bem como, compreende a cura como sendo uma nova forma de vida dentro das potencialidades da pessoa e não dentro da noção biologista de ausência de doenças. Convergindo com tal ideia, o Ministério da Saúde (2013, p. 24) afirma que:

As intervenções em saúde mental devem promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde e não se restringindo à cura de doenças. Isso significa acreditar que a vida pode ter várias formas de ser percebida, experimentada e vivida. Para tanto, é necessário olhar o sujeito em suas múltiplas dimensões, com seus desejos, anseios, valores e escolhas. Na Atenção Básica, o desenvolvimento de intervenções em saúde mental é construído no cotidiano dos encontros entre profissionais e usuários, em que ambos criam novas ferramentas e estratégias para compartilhar e construir juntos o cuidado em saúde.

Para dar conta disso nos grupos, entendemos que o conceito chave da teoria psicanalítica seria fundamental: a livre associação. Conforme já exposto, ela possibilita que a pessoa fale livremente o que lhe vem à mente, conduzindo o atendimento a partir do que

surge. Em alguns encontros, levamos disparadores e após as suas apresentações, deixamos que a livre associação guiasse o restante do tempo, ou seja, a partir de pequenos incentivos íamos fazendo poucas pontuações sobre as falas das mulheres.

Logo, é importante destacar que o mais importante sobre atendimentos coletivos de saúde mental com base teórica psicanalítica para compreensão do sujeito, é a ideia de que o grupo é uma dimensão invisível, latente e inconsciente. Ou seja, o grupo é muito mais do que “uma entidade distinta do simples fato de termos sete pessoas andando juntas” (Ávila, 2019, p. 9). Pois, nesses espaços o sujeito é convidado a se permitir ser tocado pelo outro, que mesmo sem saber, exerce papel fundamental para sua constituição.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implicação é a relação que nós, indivíduos, desenvolvemos com o campo no qual intervimos. Por isso, querendo ou não, somos tomados pela instituição na qual estamos inseridos, não tendo a possibilidade de decidirmos estar ou não implicados, uma vez que somos subjetivados constantemente pelos locais que ocupamos (Baremlitt; Melo, 2002). Assim, cabe pontuar que a implicação diz respeito aos lugares que tomamos no mundo, bem como, qua uso fazemos deles, como nos posicionamos nos jogos de poder e quais alianças fazemos e em prol de que. É como trocamos e partilhamos. É necessário estender esse exercício à vida diária, à rotina, às interações sociais, ao trabalho e ao lugar que ocupamos na história (Bocco, 2008).

Essa implicação sustentou-se em muitos pontos da ação aqui relatada, entretanto a importância de uma escuta potente e não individualizadora e/ou generalista, foi o maior deles. Ao longo dos encontros percebeu-se as nuances sobre a feminilidade no contexto do campo x cidade e considerando as subjetivações nesse processo, foi possível dar-se conta do perigo de não considerar de modo integral o social que perpassa essa pauta. Uma vez que ao não se dar conta disso, corre-se o risco de escutar de modo limitante, não

realizando uma escuta engajada, política e socialmente respeitosa, conforme preconiza o CFP (2019).

Nessa direção, é imprescindível pensar que, se na cidade a luta feminista se deu majoritariamente pelo desejo do trabalho, a mulher no campo foi um dos pilares para o desenvolvimento da agricultura (Motta, 2017), logo ela sempre trabalhou. No que tange a subjetivação social das integrantes do grupo, à luz de Michel Foucault (1996), pode-se afirmar que o discurso é um acontecimento histórico e por conta disso, encontra-se na ordem das leis já que produz verdades a partir das suas práticas. O autor convida a pensar e compreender a realidade discursiva, quais os sentidos apreendidos dos enunciados, quais suas relações com o desejo e poder. Assim, nos mostra que os discursos não se justificam por si mesmos, mas eles emergem dentro de um campo enunciativo no qual são construídos, gerando sentidos e ações. Nessa perspectiva, o enunciado não é visto e entendido de forma individual, mas como uma ação coletiva pela busca de produção de verdades. Logo, descrever um enunciado na perspectiva foucaultiana é, portanto, entendê-lo não como uma função restrita a frases e orações, uma vez que as mesmas podem ter sentidos diferentes, mas procurar entendê-las dentro de um conjunto de saberes (Morais, 2017).

Dessa forma, destaca-se o quão necessário é estudar os processos de subjetivação e as diferenças sociais que formam as feminilidades e as diversas potencialidades e possibilidades do “ser mulher”. Pois, ao mesmo tempo que é preciso (re)conhecer esses processos, não se pode banalizá-los ao pensar “ocorre com todas elas” ou ainda descartá-los e escutar de modo individual a pauta trazida pela pessoa em questão. A prática possibilitou confirmar como a escuta psicológica/psicanalista é sim social, política e coletiva, seja em grupos ou no atendimento individual. Finalizando, pode se dizer que ao longo das atividades com os grupos, produziram-se muitos afetos, os quais possibilitaram reafirmar o compromisso da Psicologia em conformidade com o CFP, ou seja, uma escuta ética, comprometida com as diretrizes do

SUS e que considera o sujeito em sua totalidade, observando atentamente seus modos de vida e processos de subjetivação.

REFERÊNCIAS

ARCHANJO, A. M.; SCHRAIBER, L. B. A atuação dos Psicólogos em Unidades Básicas de Saúde na Cidade de São Paulo. **Saúde Soc.** São Paulo, v.21, n.2, p.351-363. São Paulo - SP, 2012.

ÁVILA, L. A. O eu é plural (grupos: a perspectiva psicanalítica). Vínculo – **Revista do NESME**, v. 1, n. 6, p. 39-52. São Paulo - SP, 2009. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/vinculo/v6n1/v6n1a05.pdf>> Acesso em: 10 jul. 2023.

BAREMBLITT, G. F.; MELO, C. R. **Glossário Compêndios de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática.** 5 ed. Belo Horizonte, MG: Instituto Felix Guattari, 2002.

BOCCO, F. **Cartografias da infração juvenil.** 1 ed. Porto Alegre: Abrapso Sul, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dez. de 2011. **Diário Oficial.** Brasília - DF, Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: saúde mental.** Brasília - DF, Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília - DF, Ministério da Saúde, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, CFP. **Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) na atenção básica à saúde.** Brasília - DF, CFP, 2019.

DIMENSTEIN, M. O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. **Psicologia em Estudo**, v. 6, n.2, p.7-63. Maringá -

Paraná, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/ssBKbycz5cW5RxXmNs5RcXv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 jul. 2023.

DIMENSTEIN, M.; MACEDO, J. P. Formação em Psicologia: Requisitos para atuação na Atenção Primária e Psicossocial. *Psicologia: ciência e profissão*, v. 32, p. 232-245. **Conselho Federal de Psicologia**, Brasília - DF, 2012.

FERREIRA-NETO, J. L. A atuação do psicólogo no SUS: análise de alguns impasses. *Psicologia: ciência e profissão*, v. 30, n.2, p. 390-403. Conselho Federal de Psicologia, Brasília - DF, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pcp/a/JLZCLZb7xptjLFJtQPGL3mg/>> Acesso em: 20 jul. 2023.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso: aula inaugural no Colège d'e France**, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. 3 ed. Trad. Laura Fraga de Almeida Sampaio. São Paulo: Edições Loyola, 1996.

MENEZES, K. K. P.; AVELINO, P. R. Grupos operativos na Atenção Primária à Saúde como prática de discussão e educação: uma revisão. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 24, n. 1, p. 124-130. Rio de Janeiro - RJ, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/cadsc/a/KZh3BmhLfqFRM7GYqp8ZXSc/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 10 jul. 2023.

MORAIS, H. A. Michel Foucault e o discurso: as implicações teórico metodológicas da análise do discurso a partir das perspectivas da arqueologia do saber e da genealogia do poder. **Revista Movimentos Sociais e Dinâmicas Espaciais**. Recife - PE, v. 6, n. 2, p. 183-196, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistamseu/article/view/231065/>. Acesso em: 23 ago. 2022.

MOREIRA, F. B. A psicanálise e a saúde mental. **Revista PubSaúde**, v. 1, n. 02, p. 02-10. Maringá - PR, 2018. Disponível em: <https://pubsaude.com.br/wpcontent/uploads/2018/07/002Pubsa%C3%BAde-1-a002-A-psican%C3%A1lise-e-a-sa%C3%BAde-mental.pdf/>. Acesso em: 10 jul. 2023.

MOTTA, F. A mulher do campo: ontem e hoje. **Elysios**, 2017. Disponível em: <https://elysios.com.br/blog/a-mulher-do-campo-ontem-e-hoje/>. Acesso em: 10 jul. 2023.

NEVES, T. I. O universalismo da cura em Freud. **Ágora: estudos em teoria psicanalítica**, v. XXIII, n. 1, p. 21-29. Rio de Janeiro - RJ, jan/abr 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/agora/a/CfkcMhRWFRWtRtcFkT96yLg/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 10 jul. 2023.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas. **Guia Prático de Grupo na Atenção Primária à Saúde**. Prefeitura de Ribeirão Preto – São Paulo, 2021. 28 p. Descritores: Grupo. Atenção Primária à Saúde. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/pdf/saude464202112.pdf> Acesso em: 10 jul. 2023.

SABROSA, A. M. Alguns dos vocabulários mais usados em psicanálise: Associação livre. **FEBRAPSI - Federação Brasileira de Psicanálise**. Rio de Janeiro - RJ, 2017. Disponível em: <https://febrapsi.org/wp-content/uploads/2017/02/associacao-livre--ana-maria-sabrosa.pdf> Acesso em: 10 jul. 2023.

SILVEIRA, D. P.; VIEIRA, A. L. S. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 139-148. Rio de Janeiro - RJ, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mkMfWcyRk8Fm4v9F6SN6pRR/?lang=pt> Acesso em: 10 jul. 2023.

VIEIRA, Paulo. Conceito em Freud e Lacan: o que é cura em psicanálise? **Psicanálise clínica**, 2022. Disponível em: <https://www.psicanaliseclinica.com/cura-em-psicanalise/> Acesso em: 10 jul. 2023.

11. PERFIL DO ATENDIMENTO DE USUÁRIOS CLASSIFICADOS COMO POUCO E/OU NÃO URGENTES PERANTE O PROTOCOLO MANCHESTER DE UM PRONTO ATENDIMENTO HOSPITALAR NO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL

Georgia Fassini
Bruna Rossarola Pozzebon
Luizi Basso de Souza
Eduarda Plümer
Gessica Raquel Tatsch
Louise Teles Santos
Mari Ângela Gaedke
Janine Koeppe

INTRODUÇÃO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Constituição Federal de 1988 e da Lei 8.080/1990 caracterizou-se como um importante marco histórico para o país, tornando a saúde efetivamente um dever do Estado brasileiro e um direito que abrange a todos os cidadãos.

De forma regionalizada e hierarquizada, sua organização ocorre em níveis de atenção à saúde, os quais dividem-se em atenção básica ou primária, média e alta complexidade, que integrados, respondem pela promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, gerenciamento de doenças, reabilitação e cuidados paliativos, de acordo com as necessidades do usuário ao longo da vida (Macedo, 2020; Damaceno *et al.*, 2020).

Conforme a política de saúde vigente, o acesso a essa rede tem como porta de entrada a Atenção Básica, que deve estar apta para acolher, atender e resolver os principais problemas de saúde da população. Entretanto, quando os agravos não forem resolvidos nesse nível, devem ser referenciados para serviços de maior densidade tecnológica, que envolvem os serviços de média e alta complexidade, como Unidades de Pronto Atendimento, Hospitais e Centros de Atendimento com equipamentos para exames mais avançados (Schafirowitz; Souza, 2020).

Todavia, estudos revelam que os serviços de urgência e emergência ainda servem de porta de entrada ao sistema, mesmo em situações não consideradas urgências e de baixa complexidade assistencial, especialmente pela facilidade de acesso a esse serviço (Vigilato *et al.*, 2021). Frente a isso, a reorganização dos fluxos de acesso aos serviços de emergências tornou-se primordial. Práticas ou tecnologias como a classificação de risco surgem como uma estratégia clínica e organizacional para atenuar riscos e danos oriundos das assimetrias geradas pelo acesso aos cuidados em urgência e emergência. Esta prática permite organizar os atendimentos, identificando os indivíduos que necessitam de cuidados imediatos e, assim, priorizar a assistência conforme a gravidade clínica, o grau de sofrimento e risco para sua própria saúde, buscando minimizar os riscos e danos causados pelas consequências da sua superlotação no serviço (Sacoman *et al.*, 2019).

Um dos sistemas de classificação de risco mais utilizado no Brasil e no exterior é o Sistema de Classificação de Risco de Manchester (SCRM). O sistema se baseia na queixa principal do usuário direcionando o enfermeiro a um fluxograma de condição clínica que contém discriminadores que norteiam a investigação e, conforme as respostas que o usuário fornece, dá-se a classificação de gravidade ou risco clínico. Essa classificação é apresentada por cores, as quais indicam tempos máximos para o primeiro atendimento médico (Anzileiro *et al.*, 2016; Sacoman *et al.*, 2019).

Estudos revelam que a busca frequente dos usuários, por estas portas de entrada, deve-se principalmente pela facilidade de acesso

aos serviços, a garantia de atendimento sem necessidade de agendamento e a rápida realização de exames e diagnósticos, o que por sua vez, leva a superlotação dos serviços e fragiliza muitas vezes a assistência em toda sua totalidade (Sacoman *et al.*, 2019).

Identificar a prevalência de usuários com demandas de baixa complexidade assistencial que acessam o serviço terciário é um importante indicador tanto para gestão hospitalar quanto para as Redes de Atenção à Saúde, considerando que estes atendimentos contribuem para a lotação dos serviços de urgência e que a Atenção Primária possui lacunas nos atendimentos de demandas espontâneas (Feijó *et al.*, 2015).

Neste contexto, teve-se o objetivo de caracterizar o atendimento de usuários classificados como pouco e/ou não urgentes pelo protocolo de Manchester de serviço de urgência e emergência hospitalar pelo Sistema Único de Saúde, bem como identificar o perfil sociodemográfico e clínico dos usuários.

DESENVOLVIMENTO

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são entendidas como sistemas de serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, que integradas entre si, buscam oferecer o cuidado à população de maneira integral. A mesma foi instituída pela portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010 (UNA-SUS, 2018; Brasil, 2010).

As RAS são dispostas em cinco redes: Rede Cegonha, estabelecida por meio da Portaria nº 1.459/11; Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), Portaria nº 1.600/11; Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), Portaria nº 3.088/11; Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências Portaria nº 793/12; e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (RAPC), pela Portaria nº 438/14 (UNA-SUS, 2015).

Todas as redes, ao serem instituídas, tem como finalidade organizar e possibilitar de modo articulado e de forma integral os serviços de saúde, buscando oferecer assistência de maneira efetiva, de acordo com a necessidade tecnológica de cada situação apresentada pelo usuário (Damaceno *et al.*, 2020).

Dentre as RAS, as que apresentam demanda elevada, são as relacionadas às portas de entradas vinculadas às Redes de Atenção às Urgências e Emergências. A busca por esses serviços faz com que ocorra, uma sobrecarga do mesmo, e isto, acaba acarretando, muitas vezes, deficiência no prestar a assistência (Sousa; Souza, 2022).

Os termos urgência e emergência, embora sejam parecidos, possuem divergência em suas definições. A Portaria nº 354, de 10 de março de 2014, que dispõem sobre as Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência, expõe que a urgência é caracterizada pela ocorrência imprevista de agravo à saúde em que há ou não o risco iminente de morte, onde a pessoa nessa condição demanda de assistência médica imediata. Já a emergência é a constatação de sofrimento intenso ou risco iminente de vida, exigindo, dessa forma, tratamento médico imediato (Brasil, 2014).

SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE MANCHESTER (SCRM)

O Protocolo de Manchester conta com discriminadores e fluxogramas que direcionam o profissional e, associado à história clínica e exame físico, determinam qual é a gravidade do usuário. A implantação desse método buscou colaborar com a gestão de cuidado, a fim de sistematizar e integrar a assistência, bem como a gestão do mesmo, buscando assim, facilitar os fluxos de trabalho e a forma organizacional de distribuição dos serviços (Sousa; Santos, 2022) (Sacoman *et al.*, 2019).

O SCRM é um método de triagem para usuários utilizado com a finalidade de classificação de risco, de acordo com a condição clínica apresentada por estes. O mesmo é disposto por sistema de

cores, sendo caracterizado de acordo com a gravidade apresentada (Mackway-Jones, 2018).

O vermelho significa emergência e há risco iminente de morte, o usuário deverá ser atendido imediatamente. O laranja significa muito urgente e o usuário também apresenta risco de morte. Contudo, há uma maior estabilidade que no caso da classificação vermelha e poderá esperar no máximo 10 (dez) minutos para ser atendido (Mackway-Jones, 2018).

O amarelo compreende-se os casos urgentes e a gravidade é considerada moderada, o tempo de espera máximo será de 50 minutos. Já o verde compreende-se os casos pouco urgentes com menor gravidade, o tempo de espera será de até 2 (duas) horas. No azul são considerados os casos não urgentes, o tempo de espera será até 4 (quatro) horas, ou ainda, o usuário pode ser encaminhado para outro serviço de saúde de menor complexidade, como a Estratégia de Saúde da Família (ESF) (Mackway-Jones, 2018; Sousa; Santos, 2022).

PERCURSO METODOLÓGICO

Tendo esse contexto em vista, é importante ponderar que o presente estudo se trata de uma pesquisa transversal, recorte de uma pesquisa maior de Trabalho de Conclusão de Residência Multiprofissional em Saúde, realizada em um hospital de ensino localizado no interior do RS. Os dados para composição da amostra foram extraídos perante o banco de dados desta pesquisa citada anteriormente. Foram utilizados dados de 769 usuários que frequentaram a unidade de pronto atendimento SUS do referido hospital nos turnos manhã e tarde (das 07h00 às 19h00), classificados como pouco urgentes ou não urgentes pela classificação de risco Manchester, maiores de 18 anos, durante 11 dias consecutivos, de 24 de abril a 4 de maio de 2023. Foram excluídos os atendimentos de causa obstétrica. Optou-se por avaliar os atendimentos diurnos devido à disponibilidade de atendimento nos níveis de atenção básica.

As variáveis coletadas foram idade (18 a 59 anos e 60 anos ou mais) sexo, raça, cidade de moradia, fluxograma de triagem conforme Protocolo de Manchester, tempos de espera em minutos (chegada até início da classificação, fim da classificação até consulta médica e chegada até alta do atendimento) e desfecho do atendimento (alta após consulta, alta após consulta e medicação, alta após consulta e exame, alta após consulta e observação, evasão, alta a pedido ou desistência, internação).

Os dados foram disponibilizados em planilha no *software Excel*, de forma anonimizada pela instituição cenário do estudo, que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o parecer nº 5.930.034. Após os dados foram transpostos para o programa estatístico SPSS, versão 23, e realizada inicialmente análise descritiva de forma que as variáveis contínuas foram expressas em média e desvio padrão, e as categóricas em frequência absoluta e relativa. Após, para verificar a associação do desfecho do atendimento em relação ao tempo entre a classificação de risco e a consulta médica, foi aplicado o *teste-t* para amostras independentes, sendo considerado valor de $p < 0,5$ como critério para significância estatística.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados dados de 769 usuários que procuraram o serviço de urgência e emergência e foram classificados como pouco urgentes e não urgentes de acordo com o protocolo de Manchester. Em relação às características sociodemográficas, verificou-se que a maioria dos participantes foram do sexo feminino (62,5%), brancos (88%) e com idade média de 42 anos ($\pm 18,25$) (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos usuários classificados como pouco e/ou não urgentes pelo protocolo de Manchester de serviço de urgência e emergência hospitalar pelo Sistema Único de Saúde (n=769), 2023

Sexo	n	%
Feminino	481	62,5
Masculino	288	37,5
Idade	n	%
18 a 59 anos	618	80,4
60 anos ou mais	151	19,6
Raça	n	%
Branca	677	88
Amarela ou parda	33	4,3
Preta	47	6,1
Cidade	n	%
Santa Cruz do Sul	633	82,7
Outras	133	17,3

Fonte: Elaborado pelos autores (2023)

Achados de um estudo realizado em um hospital público da região Nordeste do Brasil corroboram com os resultados encontrados, no qual a maioria dos usuários eram do sexo feminino (51,8%) e a idade média foi de $48,8 \pm 18,8$ anos (Jesus *et al.*, 2021). Outro estudo realizado em um pronto atendimento de um hospital do interior paulista, também evidenciou que a maior demanda de atendimento era de mulheres (58,5%). Já a faixa etária de predomínio foi de 0-10 anos (21,4%), seguida de 31-40 (17,6%) (Jaques *et al.*, 2020).

Ambos estudos trazem as mulheres como maioria dos usuários que procuraram o serviço de urgência e emergência. Tal fato pode acontecer porque quando as mulheres são acometidas por alguma doença, procuram por atendimento mais rapidamente quando comparado aos homens, justificando assim a predominância feminina em diversos estudos (Azevedo; Graça; Souza, 2021).

Outro dado evidenciado, foi que 17,3% dos usuários que buscaram auxílio no referido pronto atendimento e foram classificados como pouco/não urgentes não residiam na cidade de

Santa Cruz do Sul. Tal dado evidencia que a instituição de saúde promove acesso a usuários que não se enquadram necessariamente em suas responsabilidades, assumindo uma demanda de usuários que poderiam ser atendidos em outros pontos de atendimento ou localidades dentro das RUE, como Unidades Básicas de Saúde. Tal questão, pode causar a sobrecarga dos recursos e limitar a eficiência do sistema como um todo.

A tabela 2 traz os fluxogramas de triagem mais utilizados pelos enfermeiros para classificar os usuários como pouco ou não urgentes de acordo com o protocolo de Manchester. Evidenciou-se que o principal motivo que levou os participantes a procurarem o serviço de urgência e emergência foi a cefaleia (23,5%).

Tabela 2 - Fluxograma de triagem dos usuários classificados como pouco e/ou não urgentes pelo protocolo de Manchester de serviço de urgência e emergência hospitalar pelo Sistema Único de Saúde (n=769). SCS, 2023

Fluxograma Triado	n	%
Cefaleia	181	23,50
Dor Abdominal	78	10,10
Dor de Garganta	102	13,30
Problemas em Extremidades	95	12,40
Outros	313	40,70

Fonte: Elaborado pelos autores (2023)

Os demais fluxogramas mais prevalentes foram dor de garganta (13,3%) e problemas em extremidades (12,40%). Estes dados se assemelham com os achados em um estudo realizado na região Sudeste do Brasil que tinha como objetivo avaliar o perfil sociodemográfico de usuários que procuram serviços de urgência e emergência. Neste estudo, a maioria dos usuários foi classificado como pouco ou não urgente (77%), e os fluxogramas mais utilizados foram cefaleia (12,61%) e problemas em extremidades (10,30%) (Paulino; Grabin, 2023).

Em contraponto, outro estudo realizado em um hospital público, de grande porte, localizado em Minas Gerais, apontou o fluxograma de problema em extremidades, sendo o mais frequente

entre usuários classificados como não urgente, pouco urgente e urgente (Silva *et al.*; 2019).

Cabe destacar que todos estes fluxogramas estão relacionados a queixas que poderiam ser atendidas em serviço de atenção primária, o que demonstra uma inadequação do uso dos serviços de saúde. Isto pode acarretar além da superlotação do SUE, fragilidade na qualidade assistencial, pois acaba gerando uma sobrecarga de trabalho (Vigilato *et al.*, 2021).

Quanto ao tempo de espera dos usuários no SUE, observou-se que os tempos médios de espera estavam de acordo com o preconizado para a classificação pouco e/ou não urgente (Tabela 3).

Tabela 3 - Tempos de espera dos usuários classificados como pouco e/ou não urgentes pelo protocolo de Manchester de serviço de urgência e emergência hospitalar pelo Sistema Único de Saúde (n=769), 2023

Tempos (em minutos)	Média ± DP¹	(Mín²-Máx³)
Chegada até início da classificação	10,77 ± 7,6	0-57
Fim da classificação até consulta médica	69,44 ± 62,2	0-325
Chegada até alta do atendimento	156,51 ± 166,3	8-1597

Fonte: Elaborado pelos autores (2023)

1: DP=Desvio padrão;

2: Mín=Valor mínimo;

3: Máx=Valor máximo.

Os tempos de espera foram diferentes quando comparados a outros estudos brasileiros. Estudo realizado, em um serviço de urgência e emergência da região Sudeste, evidenciou um tempo médio de espera entre a chegada até a classificação de risco de 21,8 minutos, e entre a classificação de risco e a consulta médica de 31,30 minutos (Mendes *et al.*, 2018).

Também, estudo realizado em um Serviço de Emergência, de um Hospital público de São Paulo, verificou que o tempo de espera do usuário classificado como verde entre a classificação de risco e o atendimento médico foi em média de 53,76 minutos e do usuário

classificado como azul foi em média de 69,06 minutos, dados similares aos já encontrados (Oliveira *et al.*, 2016).

Analisando os dados em questão e fazendo uma comparação com os critérios estabelecidos pela classificação de risco Manchester, que estipula que os usuários devem ser classificados em até 10 minutos após a chegada, verificamos que os usuários estão sendo classificados de acordo com as normas (Mackway-Jones, 2018). Após a classificação de risco, os usuários são encaminhados para consulta médica de acordo com a urgência, sendo recomendado que os casos pouco urgentes (verdes) sejam atendidos em até 120 minutos, e os não urgentes (azuis) em até 240 minutos (Mackway-Jones, 2018). Desta forma, pode-se evidenciar que os tempos de espera dentro do período analisado, estavam dentro dos limites propostos.

Tabela 4 - Desfecho do atendimento dos usuários classificados como pouco e/ou não urgentes pelo protocolo de Manchester de serviço de urgência e emergência hospitalar pelo Sistema Único de Saúde (n=769), 2023

Desfecho	n	%
Alta após consulta	406	52,8
Alta após consulta e medicação	192	25
Alta após consulta e exame	71	9,2
Alta após consulta e observação	3	0,4
Evasão, alta, alta a pedido ou desistência	80	10,4
Internação	6	0,8

Fonte: Elaborado pelos autores (2023)

Estudo, já citado anteriormente, apontou que a maioria dos usuários que procuraram os serviços de urgência e emergência tiveram alta após consulta médica (98,7%) (Mendes *et al.*, 2018), corroborando com os achados deste estudo (87,4%), conforme mostra a tabela 4.

Outro estudo, realizado no pronto socorro de um hospital do interior do Mato Grosso do Sul, analisou que 79% dos usuários receberam alta após consulta médica e apenas 1% necessitou

internação hospitalar (Bezerra *et al.*, 2017). Tal fato evidencia que a maioria dos usuários atendidos nos serviços de pronto atendimento de urgência e emergência não são casos graves.

Também foi analisada a associação entre o desfecho do atendimento e o tempo entre a classificação e a consulta médica, evidenciando que o tempo médio de espera para atendimento médico, daqueles que tiveram alta, foi de 65 minutos. Enquanto o tempo para aqueles que desistiram do atendimento, tiveram alta a pedido ou evadiram, foi de 102 minutos ($p < 0,001$) (Tabela 5).

Tabela 5 - Associação entre o desfecho do atendimento e o tempo entre a classificação pelo Protocolo de Manchester e a consulta médica (n=769). 2023

Desfecho	Média±DP ¹	p valor ²
Alta	65,34 ± 61,028	< 0,001
Desistência/A pedido/ Evasão	102,38 ± 62,799	< 0,001

Fonte: Elaborado pelos autores (2023)

1: DP = Desvio Padrão

2: teste-t para amostras independentes

A partir destes resultados foi possível verificar que um maior tempo de espera por consulta médica impacta na decisão do usuário por aguardar por atendimento. Esta realidade, apesar de apontar para um resultado negativo deste indicador assistencial (alto tempo de espera), revela a necessidade de reavaliação dos fluxos de acesso dos usuários à rede de atenção à saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através do presente estudo foi possível caracterizar o uso do pronto atendimento hospitalar por usuários classificados como não e/ou pouco urgentes, o qual se deu em sua maioria por mulheres, brancas com idade média de 42 anos, sendo a queixa de maior prevalência a cefaleia. Além disso, as médias de tempo de espera dos usuários foram adequadas, conforme o protocolo utilizado para classificação de risco dos usuários, bem como a própria

classificação foi correta perante o desfecho dos usuários, que em sua maioria obtiveram alta.

Porém, é notório que a grande procura pelo pronto atendimento provém de usuários que poderiam ser atendidos em outro nível de atenção, como na atenção básica. Sendo assim é necessário promover orientação por meio de atividades educativas para a população geral, evidenciando a hierarquização de cada nível de atenção, a fim de contribuir para diminuição de custos e aumento da qualidade do atendimento nos serviços de urgência e emergência. Além disso, espera-se que estes resultados contribuam para que políticas públicas de readequação da RUE sejam permanentemente avaliadas como forma de que o Sistema de Saúde seja o mais equânime e resolutivo possível.

REFERÊNCIAS

- ANZILIERO, F. *et al.* Sistema Manchester: tempo empregado na classificação de risco e prioridade para atendimento em uma emergência. **Revista gaúcha de enfermagem**, v. 37, n. 4, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.64753>. Acesso em: 07 ago. 2023.
- AZEVEDO, C. I. A.; GRAÇA, L. C. C.; SOUZA, C. P. F. **Triagem de Manchester**: processos de decisão dos enfermeiros num hospital do norte de Portugal. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica) - Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Julho 2021. Disponível em: <http://hdl.handle.net/20.500.11960/2694>. Acesso em: 30 jul. 2023.
- BEZERRA, R. C. *et al.* Perfil de atendimento em Prontos Socorros: caso do Hospital Sagrado Coração de Jesus. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 08, n. 02, p 198-211 198, maio 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/317409366_Perfil_de_atendimento_em_Prontos_Socorros_o_caso_do_Hospital_Sagrado_Coracao_de_Jesus_de_Anaurilandia_-_MS. Acesso em: 30 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 354, de 10 de março de 2014**. Publica a proposta de Projeto de Resolução "Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência". Brasília, 2014.

DAMACENO, A. N. *et al.* Redes de atenção à saúde: uma estratégia para integração dos sistemas de saúde. **Rev. Enferm. UFSM**, v.10, p. 1-14, Santa Maria, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769236832>. Acesso em: 30 jul. 2023.

FEIJÓ, V. B. E. R. *et al.* Análise da demanda atendida em unidade de urgência com classificação de risco. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 106, p. 627–636, jul. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/9rrjMmGS8Hxdv4ZRVDfPcTn/?lang=pt#>. Acesso em: 08 ago. 2023.

JAQUES, L. R. B. *et al.* Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco de um Pronto Atendimento: Caracterização dos Atendimentos. **UNIFUNEC Ciências da Saúde e Biológicas**, Santa Fé do Sul, São Paulo, v. 3, n. 6, p. 1–10, 2020. DOI: 10.24980/ucsb.v3i6.3906. Disponível em: <https://seer.unifunec.edu.br/index.php/rfce/article/view/3906>. Acesso em: 30 jul. 2023.

JESUS, A. P. S. *et al.* Manchester Triage System: assessment in an emergency hospital service. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 3, p. e20201361, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/prWmyPMW3LNVwXsqGMhghBQ/?lang=en#>. Acesso em: 30 jul. 2023.

MACEDO, D. F. A importância do Sistema Único de Saúde Brasileiro para o enfrentamento de Emergências de Saúde Pública. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, v. 17, n. 2. Belo Horizonte, abri/jun, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.21450/rahis.v17i2.6202>>. Acesso em: 06 ago. 2023.

MACKWAY-JONES, K.; MARSDEN, J.; WINDLE, J. **Sistema Manchester de Classificação de Risco**. Versão brasileira de Welfane Cordeiro Junior, Maria do Carmo Paixão Rausch. 2ª ed. Belo Horizonte: Folium, 2018.

MENDES, T. J. M. *et al.* Associação entre o acolhimento com classificação de risco, desfecho clínico e o escore Mews. **REME Rev.**

min. enferm, v. 22, p e-1077, 2018. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-2762201800100206&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 30 jul. 2023.

OLIVEIRA, G. N. *et al.* A. Avaliação e classificação de risco: tempo de espera dos usuários de baixa gravidade. **Rev. enferm. UFSM**, v. 6, n. 1, p 21-28, jan/mar, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/18911/pdf>. Acesso em: 30 jul. 2023.

PAULINO, J. V. L.; GARBIN, J. R. T. **Perfil e principais demandas clínicas de um pronto atendimento em Cariacica no Espírito Santo**. 2023. Disponível em: <https://unisaes.br/wp-content/uploads/2023/06/Perfil-E-Principais-Demandas-Clinicas-De-Um-Pronto-Atendimento-Em-Cariacica-No-Espirito-Santo.pdf> Acesso em: 30 jul. 2023.

SACOMAN, T. M. *et al.* Implantação do Sistema de Classificação de Risco Manchester em uma rede municipal de urgência. **Revista Saúde Debate**, v. 43, n. 121, p. 354-367, Rio de Janeiro, abr/jun., 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912105>. Acesso em: 29 jul. 2023.

SCHAFFIROWITZ, G. D. C.; SOUZA, A. C. Usuários adultos classificados como pouco urgentes em Unidade de Pronto Atendimento. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, p. e190630, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/scm3s59QBGVXMq4vBQB7hCv/?lang=pt#>. Acesso em: 29 jul. 2023.

SILVA, A. D. C. *et al.* Caracterização dos atendimentos de um pronto-socorro público segundo o sistema de triagem de Manchester. **REME rev. min. enferm**, v. 23, p. e-1178, jan. 2019. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622019000100225&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 30 jul. 2023.

SOUZA, C. L. A.; SOUZA, M. K. B. de S. Aspectos da demanda assistencial em unidade de pronto atendimento 24h. **Revista Desafios**, v. 9, n. 1, p. 30-41, 2022. Disponível em: <https://betas.uft.edu.br/periodicos/index.php/desafios/article/download/8805/20080>. Acesso em: 05 ago. 2023.

SOUSA, L. A.; SANTOS, M. V. F. A importância do protocolo de Manchester na atuação do enfermeiro na unidade de urgência e emergência. **Scire Salutis**, v.12, n.2, p.100-107, 2022. Disponível em: <http://doi.org/10.6008/CBPC2236-9600.2022.002.0011>. Acesso em: 07 ago. 2023.

UNASUS/UFMA. **Redes de Atenção à Saúde**. Redes de Atenção às Urgências e Emergências no Âmbito do Sistema Único de Saúde. 2018. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/10272/1/Redes%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0s%20Urg%C3%AAncias%20e%20Emerg%C3%AAncias%20-20978-85-7862-721-8.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2023.

UNASUS/UFMA. Universidade Aberta do SUS. **Redes de atenção à saúde: rede de urgência e emergência**. São Luís, 2015. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/2435/1/UNIDA DE_4.pdf. Acesso em: 05 ago. 2023.

VIGILATO, G. A. *et al.* Uso inadequado do serviço de pronto atendimento de um hospital público por adultos. **Rev Enferm Atenção Saúde** [on-line], v. 10, n.3:e202135, out/dez 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.18554/reas.v10i3.4442>. Acesso em 05 ago. 2023.

12. EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA NA EDUCAÇÃO PARA SAÚDE HOSPITALAR: USO DE BONECOS SIMULADORES COMO TECNOLOGIA EDUCATIVA

Tiago da Rosa Rambo
Ana Carolina Severo
Bruna Eduarda Diehl
Djennifer Raquel da Rosa
Gabriela Neumann Frantz
Jéssica Luiza Pedroso da Silva
Patrícia Xavier Oliveira
Dulciane Nunes Paiva

INTRODUÇÃO

A tecnologia abrange um conjunto de saberes e fazeres relacionados aos produtos que definem terapêuticas e processos de trabalho, se constituindo em instrumentos para realizar ações que podem transformar a realidade do indivíduo (Cordeiro, 2018). Segundo Merhy (1997), as tecnologias podem ser classificadas em *leve*, *leve-dura* e *dura*. As *leves* referem-se às relações de produção de vínculo, acolhimento, autonomização e gestão para gerenciar processos de trabalho, as *leve-duras* dizem respeito aos saberes estruturados no processo de trabalho em saúde e as *duras* ao uso de recursos materiais e equipamentos tecnológicos, como máquinas, estruturas organizacionais e normas.

São as tecnologias leves que conferem vida ao trabalho em saúde, pois as mesmas permitem trabalhar as particularidades de cada usuário, conferindo sentido ao uso das demais tecnologias (Feuerwerker, 2014). No que tange à Educação para a Saúde, as tecnologias também podem ser classificadas em *Tecnologias*

Educativas (TE), que consistem nas que permitem a mediação de processos de ensinar e aprender; as *Tecnologias Assistenciais*, que abrangem dispositivos que permitem mediar o processo de cuidar e as *Tecnologias Gerenciais*, que abrangem dispositivos que mediam os processos de gestão nos sistemas de saúde (Nietsche *et al.*, 2005). As TE são importantes, pois fornecem informações que melhoram o conhecimento e o enfrentamento do paciente, tornando-o capaz de entender como suas ações influenciam em seu padrão de saúde. Fazem parte da TE os manuais, folhetos, histórias em quadrinhos, cartazes, bonecos simuladores e, dentre os recursos eletrônicos, a teleconferência, jogos eletrônicos, vídeos e filmes (Matsui, 2010).

O uso de bonecos simuladores na área da saúde possibilita comunicar, ouvir, compreender anseios, interesses e a realidade do paciente, bem como desenvolver estratégias para o atendimento de suas necessidades e de seus familiares/cuidadores. Tal recurso pode contribuir para reduzir complicações no âmbito hospitalar, bem como acolher e reduzir a ansiedade dessa população (Matsui, 2010). A tecnologia aplicada à educação deve ser vista como um conjunto sistemático de procedimentos que possibilitem o planejamento, a execução, o controle e o acompanhamento do sistema educacional (Hunt, 2015) e, se produzido eficazmente, pode modificar a realidade dos pacientes e dos profissionais de saúde envolvidos (Berardinelli *et al.*, 2016).

Nesse sentido, as atividades de extensão são processos educativos interdisciplinares que buscam a articulação entre a universidade e a sociedade por meio de atividades de conversas e troca de experiências. Além disso, aliados às atividades de ensino e pesquisa, desempenham um papel importante na construção e expressão de ideias e na participação da sociedade/comunidade, pois traz benefícios mútuos: à comunidade visa resolver os seus problemas, e à universidade visa o aprimoramento de suas pesquisas, do ensino, do desenvolvimento de habilidades e o estímulo da criatividade dos estudantes com uma visão abrangente pautada em situações realísticas (Pinheiro; Narciso, 2022). Frente ao exposto, foi objetivo deste estudo descrever ações de extensão de

Educação para a Saúde destinadas aos pacientes hospitalizados e seus familiares/cuidadores utilizando como recurso de TE, bonecos simuladores com diferentes dispositivos/acessos hospitalares.

DESENVOLVIMENTO

Trata-se de um estudo teórico reflexivo delineado para descrever ações de extensão de Educação para a Saúde destinadas aos pacientes hospitalizados e seus familiares/cuidadores, utilizando como recurso de TE bonecos simuladores com diferentes dispositivos/acessos hospitalares. As ações foram desenvolvidas pela Liga Acadêmica de Fisioterapia Hospitalar (LAFIHO), vinculada ao Curso de Fisioterapia da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), localizada em um município do Sul do Brasil. A LAFIHO foi criada em 2022 com o objetivo de contribuir com a promoção da saúde regional utilizando diferentes métodos que atendam às demandas da população, da comunidade acadêmica e dos profissionais da área no contexto hospitalar.

Os bonecos simuladores foram criados em 2017 por estudantes da disciplina de Fisioterapia Pneumofuncional II, componente curricular do Curso de Fisioterapia da UNISC. A referida atividade resultou em 6 bonecos simuladores, que possuíam os seguintes dispositivos/acessos hospitalares invasivos e não-invasivos: acesso venoso central, acesso venoso periférico, cateter óculo nasal, cânula traqueal, dreno de mediastino, dreno de tórax, sonda nasoenteral e pulseira de identificação.

Os bonecos simuladores foram disponibilizados ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Santa Cruz e foram utilizados inicialmente por Residentes Multiprofissionais para a implementação de Programas de Educação Permanente em Saúde, destinado às equipes assistenciais da instituição, auxiliando no processo de ensino-aprendizagem. Desde 2017, o uso dos bonecos simuladores tem possibilitado o aperfeiçoamento de técnicas e procedimentos, qualificando as equipes assistenciais quanto às vulnerabilidades emergentes neste cenário, com vista a

orientar sobre o manejo e possíveis complicações vinculadas aos diferentes dispositivos/ acessos hospitalares.

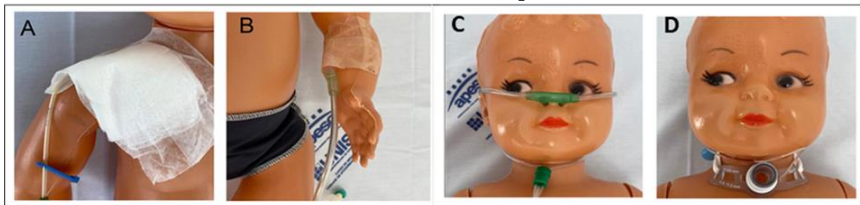
No ano de 2023, os bonecos simuladores foram utilizados pela LAFIHO, com o intuito de ressignificá-los como recursos de TE para a implementação de ações de Educação para a Saúde destinadas aos pacientes e seus familiares/cuidadores. As ações desenvolvidas possibilitaram uma maior compreensão sobre alguns dos diferentes dispositivos/ acessos hospitalares invasivos e não-invasivos utilizados pelos pacientes hospitalizados durante o período de internação, disponibilizando informações pertinentes quanto à sua finalidade e manejo por meio de simulações realísticas.

Ao considerar os dispositivos/ acessos hospitalares dispostos nos bonecos simuladores, o acesso venoso central é utilizado para administrar líquidos rapidamente, como drogas vasoativas no suporte avançado de vida ou na impossibilidade de obter um acesso venoso periférico, sendo também utilizado para nutrição parenteral e inserção de marca-passo temporário transvenoso (Amato, 2016) (Figura 1 A). Os principais locais de punção são as veias jugulares internas, subclávias e femorais em que a veia jugular interna direita é a escolha preferencial devido ao fácil acesso. Ainda, se torna necessário realizar exame radiográfico de tórax para confirmar sua posição, verificando possíveis complicações como pneumotórax (Rippe, 2015). Do mesmo modo, o acesso venoso periférico permite a administração de medicamentos, soluções, componentes sanguíneos e nutricionais, além da coleta de amostras sanguíneas para análises laboratoriais (Barros; Lopes; Moraes, 2019) (Figura 1 B).

O cateter óculo nasal é um dispositivo de oferta de oxigênio de baixo fluxo que permite administrar fluxo máximo de 6 L/min (Figura 1 C). Tal dispositivo é menos invasivo que o cateter nasal e de fácil adaptação, pois pode ser ajustado de acordo com o diâmetro cefálico (Rodrigues-Machado, 2018). A cânula traqueal, por sua vez, consiste em um dispositivo inserido cirurgicamente na traqueia, com o objetivo de favorecer a ventilação pulmonar e facilitar a eliminação de secreções (Figura 2 D). O procedimento

pode ser permanente ou temporário e as cânulas podem ser plásticas (com ou sem vedação por balonete e subdividida em lúmen único, duplo ou duplo com fenestra) ou metálica. A Figura 1 apresenta os bonecos simuladores com uso do cateter venoso central e periférico, cateter óculo nasal e cânula traqueal.

Figura 1 – Bonecos simuladores com cateter venoso central (A) e periférico (B), cateter óculo nasal (C) e cânula de traqueal com balonete (D)



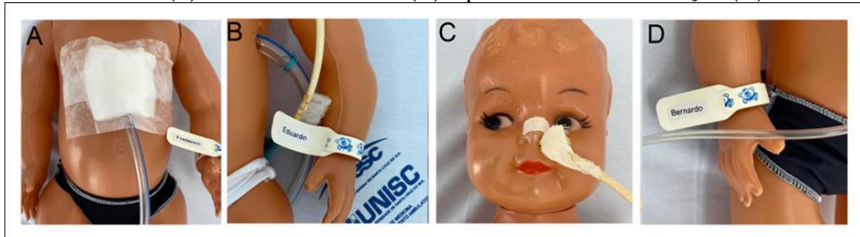
Fonte: Elaborado pelos autores

O dreno de mediastino consiste em um tubo de drenagem inserido dentro ou sobre o pericárdio com o objetivo drenar o acúmulo de fluídos e manter o estado hemodinâmico e cardiorrespiratório do indivíduo submetido à cirurgia cardíaca (Nicoletti *et al.*, 2021; Parra *et al.*, 2005) (Figura 2 A). Na drenagem mediastinal, podem ocorrer complicações como perfuração miocárdica, arritmias e abertura da cavidade pleural/peritoneal (Parra *et al.*, 2005). O dreno de tórax, por sua vez, é inserido nos espaços intercostais e objetiva drenar o acúmulo de fluídos para restaurar/manter a pressão negativa do espaço pleural, recuperar a função cardiopulmonar/estabilidade hemodinâmica e para profilaxia em cirurgias cardíacas (Hasselman *et al.*, 2021; Cavalcanti *et al.*, 2021; Parra *et al.*, 2005) (Figura 2 B).

A sonda nasoenteral consiste em um dispositivo que é introduzido na cavidade nasal até o duodeno e promover a nutrição do indivíduo, quando há inviabilidade da realização por via oral, evitando episódios de êmese, distensão estomacal e broncoaspiração (Figura 2 C). A sonda nasoenteral necessita de um fio guia para ser introduzida, sendo necessário realizar exame radiográfico para confirmação do posicionamento após o

procedimento (Amato, 2016). A pulseira de identificação branca é utilizada para favorecer a identificação segura do paciente durante a internação hospitalar, sendo um recurso adicional no combate aos erros devastadores que a identificação incorreta pode trazer durante a assistência, este recurso fornece maior segurança e legitima o receptor do tratamento/procedimento, assegurando que o mesmo seja realizado no paciente que necessita (Hoffmeister, Moura, 2015) (Figura 2 D). Na Figura 2 podem ser observados os bonecos simuladores com uso do dreno de mediastino e de tórax, sonda nasoenteral e pulseira de identificação.

Figura 2 – Boneco simulador com uso do dreno de mediastino (A), dreno de tórax (B), sonda nasoenteral (C) e pulseira de identificação (D)



Fonte: Elaborado pelos autores

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Educação para a Saúde se constitui em uma prática de cuidado baseada na educação formal, na ciência e no modo de organização do trabalho (Mackey; Bassendowski, 2017). Ao longo dos anos o conceito foi se consolidando e, a promoção da saúde se destacou como principal objetivo das práticas de saúde, devendo ser implementada por meio de ações, nas quais a educação para a saúde se insere (Thompson; Watson; Tilford, 2018). Abrange práticas que contribuem para o aumento da autonomia dos indivíduos e representa as experiências de aprendizagem facilitam os ajustes do comportamento humano para a promoção da saúde, conscientizando o indivíduo sobre como seu comportamento influencia sua condição de saúde (Seabra *et al.*, 2019; Porter, 2015).

O uso de bonecos simuladores como recursos de TE promovem maior empoderamento ao indivíduo hospitalizado, dando-lhe maior autonomia e segurança sobre condição de hospitalização, bem como promovendo mudanças comportamentais que resultem na promoção da saúde, pois se baseia nas necessidades específicas apresentadas pelo paciente, e por seu familiar/cuidador durante a hospitalização.

Ao orientar sobre os cuidados necessários à manutenção dos acessos venosos, que se constitui em um dos procedimentos mais realizados no ambiente hospitalar, possibilitamos menor risco de trauma vascular associado à tração acidental e interrupção na infusão de fármacos, bem como a redução da ansiedade do paciente (Barros; Lopes; Morais, 2019). No que se refere à prevenção de complicações do uso de cateter óculo nasal, deve-se educar quanto à necessidade de manter a oferta de oxigênio prescrito pelo médico, bem como o ajuste adequado de acordo com o perímetro cefálico para evitar lesões cutâneas (Busanello *et al.*, 2015). Em relação à cânula traqueal, deve-se orientar que o procedimento pode ser permanente ou temporário, sobre a importância de manter a insuflação do balonete que fixa a referida cânula à traqueia (Donoso *et al.*, 2013). Deve ser explicado que a aspiração traqueal é uma conduta essencial do manejo eficaz das vias aéreas, mas que apresenta riscos e complicações associadas que naturalmente serão evitados (Khanum *et al.*, 2022).

Ao promover uma ação educativa sobre o dreno de mediastino e de tórax orientando sobre não elevar o frasco acima do tórax por longos períodos de tempo, pode-se evitar complicações como descontinuidade da drenagem, aumento da dor por um posicionamento inadequado ou até mesmo laceração de tecidos adjacentes por uma tração acidental (Cavalcanti *et al.*, 2021). Ao considerar as orientações sobre a sonda nasoenteral, deve-se orientar quanto aos cuidados para evitar a tração da mesma, visto que tal evento poderia repercutir em complicações, principalmente gastrintestinais (Corrêa *et al.*, 2021).

Devem ser prestadas orientações sobre o significado das cores das pulseiras utilizadas pelos pacientes, em que a cor branca apresenta os dados de identificação, permitindo que sejam rapidamente identificados, reduzindo o risco de terem o tratamento direcionado a outro indivíduo (Hoffmeister; Moura, 2015). A amarela é utilizada para prevenção de riscos de quedas, sendo a fraqueza muscular e a falta de equilíbrio aspectos considerados para a aplicação (Medeiros; Sassi; Andrade, 2019). A vermelha se relaciona a presença de alergia medicamentosa, sendo imprescindível ao paciente, seu familiar/cuidador relatem quanto a existência de tal condição a fim de evitar eventos adversos decorrentes da administração errônea de fármacos (Medeiros; Sassi; Andrade, 2019). A cinza é para prevenção de broncoaspiração, e contempla principalmente o conjunto de circunstâncias favoráveis ao desenvolvimento de disfagia, como doenças neurológicas, respiratórias e tempo de ventilação mecânica prolongada (Brito *et al.*, 2021). A lilás se associa à prevenção de lesão por pressão e é utilizada em pacientes expostos aos fatores de risco para desenvolvê-la, em especial nos casos de uso prolongado de drogas sedativas, imobilismo no leito ou quando apresenta mobilidade reduzida (Medeiros; Sassi; Andrade, 2019).

Todas as orientações prestadas sobre os dispositivos/aceessos hospitalares dizem respeito à segurança do paciente e à humanização na relação estabelecida com o mesmo. Apesar da humanização do cuidado em saúde ser uma pauta frequente, ainda são inúmeros os desafios que permeiam o processo de fortalecimento das interrelações entre profissionais e os pacientes que recebem atendimento em diferentes serviços. Portanto, se torna importante refletir sobre o impacto das ações de extensão fundamentadas na Educação para a Saúde desenvolvidas pela LAFIHO, no que se refere à humanização do cuidado, por meio de simulações realísticas utilizando bonecos simuladores como uma forma de TE. A humanização do cuidado hospitalar deve ser projetada de forma interdisciplinar considerando a complexidade humana, acolhendo necessidades individuais dos pacientes e,

buscando qualificar os serviços de saúde, garantindo melhores resultados no tratamento e maior satisfação frente à assistência prestada (Alves *et al.*, 2017).

Neste contexto, o ato de humanizar no ambiente hospitalar promove melhorias no atendimento, favorecendo a recuperação do paciente por meio da disseminação de esperança em um cenário socioculturalmente atrelado ao combate às doenças (Bona, 2016). Historicamente, hospitais são vistos como ambientes desiguais com rígido controle hierárquico, onde práticas subjetivas de humanização, tais como as ações de Educação para a Saúde, o diálogo efetivo e a escuta ativa podem ser postas em segundo plano, devido a precarização do trabalho (Carvalho *et al.*, 2015). As instituições hospitalares são responsáveis pelo acolhimento, identificação das demandas e solução das adversidades dos pacientes, em que se torna necessário estabelecer um vínculo entre os profissionais e o paciente, seu familiar/cuidador para garantir conforto, segurança e, por consequência, minimizar seus temores e anseios, portanto, a comunicação é fundamental para viabilizar soluções, transmitir informações e promover Educação para a Saúde a estes indivíduos (Oliveira *et al.*, 2013).

No cenário hospitalar, há ampla utilização de tecnologias *duras*, como os aparelhos e maquinários, principalmente na assistência aos pacientes críticos internados na unidade de terapia intensiva. Apesar deste tipo de tecnologia ser imprescindível, mecaniza a assistência, levando a priorização do manejo de aparelhos frente às necessidades/demandas dos pacientes, resultando em um processo de desumanização do cuidado (Bento, 2014). Frente a isto, cabe destacar a importância das tecnologias leves neste contexto, como os bonecos simuladores, pois são estes recursos de TE que conferem vida ao trabalho e humanizam o cuidado atendendo às individualidades (Feuerwerker, 2014). Dessa forma, as ações propostas pela LAFIHO são de suma importância para que os pacientes hospitalizados no Hospital Santa Cruz tenham um melhor acolhimento e conhecimento acerca dos procedimentos realizados neste ambiente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O emprego dos bonecos simuladores possibilita o desenvolvimento de ações de Educação para a Saúde e a promoção da saúde dos pacientes hospitalizados. A proposta do uso de bonecos simuladores como recurso de TE viabiliza a humanização do cuidado e o acolhimento, oportunizando desmistificar os dispositivos/ acessos invasivos e não-invasivos utilizados no âmbito hospitalar, bem como proporcionar vivências aos Ligantes, as quais serão importantes para a formação profissional. Ainda, tais ações superam os obstáculos impostos aos profissionais como a sobrecarga de trabalho e a precariedade dos recursos, uma realidade presente em muitas instituições.

Cabe aprimorar esse cuidado, articulando a educação à assistência prestada ao paciente no ambiente hospitalar, de modo a promover uma recuperação exitosa e contribuir para o processo de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação relacionadas à saúde. Dessa forma, o intuito é que o presente estudo possa instigar outros profissionais da área e pesquisadores a assumirem a Educação para a Saúde dos pacientes hospitalizados e seus familiares/cuidadores como uma prática tangível.

REFERÊNCIAS

ALVES, D. F. C. *et al.* Processo de humanização na assistência de enfermagem à parturiente: revisão integrativa. **SANARE**, v.16, n. 2, p. 68-76, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.36925/sanare.v16i2.1180>

AMATO, A. C. M. **Procedimentos médicos: técnica e tática**. Rio de Janeiro: Roca; 2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/283615267_Procedimentos_Medicos_Tecnica_e_Tatica
BARROS, A. L. B. L.; LOPES, J. L.; MORAIS, S. C. R. V. **Procedimentos de enfermagem para a prática clínica**. Porto

Alegre: Artmed, 2019. Disponível em: https://www.ufcspa.edu.br/editora_log/download.php?cod=002&tipo=pdf

BENTO, L. R. **A importância do Acolhimento no ambiente hospitalar**. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Programa de Aprimoramento Profissional) – Fundação Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto/SP, Área: Serviço Social na Saúde. São José do Rio Preto/SP, 2014. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/ses-sp/2014/ses-31689/ses-31689-5575.pdf>

BERARDINELLI, L. *et al.* Tecnologia educacional como estratégia de empoderamento de pessoas com enfermidades crônicas. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 22, n. 5, p. 233-239, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2014.15509>

BONA, D. **Humanização e gestão hospitalar**. 2016. Artigo de Pós-Graduação (Especialização em Gestão de Organização Pública em Saúde) Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2016. Disponível em: https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/11338/Bona_Daniela_de.pdf

BRITO, M. F. P. *et al.* Processo de identificação do paciente em serviços de saúde. **Brazilian Journal of Health Review**, v.4, n.2, p. 4343-4356, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-030>

BUSANELLO, J. *et al.* Cuidados de enfermagem ao paciente adulto: prevenção de lesões cutaneomucosas e segurança do paciente. **Revista de Enfermagem UFSM**, v.5, n.4, p.597-606, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769216310>

CARVALHO, D. O. *et al.* Percepção do profissional de enfermagem acerca do cuidado humanizado no ambiente hospitalar. **Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis**, v. 8, n. 3, p. 61-74, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5007/1807-1384.2011v8n1p158>

CAVALCANTE, A.S.P. *et al.* The academic leagues in the health area: knowledge gaps from the Brazilian scientific production. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 42, n.1, p. 197-204, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712018v42n1RB20170081>

CAVALCANTI, K. S. *et al.* Cuidados de enfermagem no manuseio de drenos de tórax na profilaxia de agravos. **Brazilian Journal of Development**, v.7, n. 11, p. 107730-107743, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n11-415>

CELESTINO, M. S.; VALENTE, V. C. P. N. Aplicabilidade e benefícios de softwares e simuladores em processos de ensino-aprendizagem. **Educação Temática Digital**, v. 23, n. 4, p. 881-903, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.20396/etd.v23i4.8658342>

CORDEIRO, L. *et al.* Validation of educational booklet for HIV/Aids prevention in older adults. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 4, p. 775-782, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0145>

CORRÊA, A. S. G. *et al.* Boas práticas de enfermagem relacionadas ao uso de sonda enteral. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 4, p. e53410414468, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i4.14468>

DONOSO, M. T. V. *et al.* **Oxigenoterapia e ventilação mecânica em atenção domiciliar**. Núcleo de educação em saúde coletiva, Belo Horizonte - MG, Brasil, p. 1-82, 2013. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4259.pdf>

FEUERWERKER, L. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/6407202/mod_resource/content/1/Micropol%C3%ADtica%20e%20sa%C3%BAde.pdf

HASSELMANN, B. N. O. *et al.* Boas práticas de enfermagem na utilização de dreno de tórax: revisão integrativa. **Global Academic Nursing Journal**, v. 2, n.2, p. e173, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200173>

HOFFMEISTER V. H.; MOURA G. M. S. B. Uso de pulseiras de identificação em pacientes internados em um hospital universitário. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. 36-43, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0144.2522>

HUNT, C. Technology and diabetes self-management: an integrative review. **World Journal of Diabetes**, v. 6, n. 2, p. 225-233, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.4239/wjd.v6.i2.225>

KHANUM, T *et al.* Assessment of knowledge regarding tracheostomy care and management of early complications among healthcare professionals. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 88, n. 2, p. 251-256, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2021.06.011>

MACKKEY, A.; BASSENDOWSKI, S. The history of evidence-based practice in nursing education and practice. **Journal of Professional Nursing**, v. 33, n. 1, p. 51-55, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2016.05.009>

MATSUI, M. Effectiveness of end-of-life education among community-dwelling older adults. **Nursing Ethics**, v. 17, n. 3, p. 363-72, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0969733009355372>

MEDEIROS, G. C.; SASSI, F. C.; ANDRADE, C. R. F. Uso de pulseira de identificação para risco de broncoaspiração em ambiente hospitalar. **Audiology Communication Research**, v. 24, n. 1, p. 1-3, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2019-2258>

MENDES, W. *et al.* The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 21, n. 4, p. 279-284, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzp022>

MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface**, v. 9, n. 16, p. 172-174, 2005. Disponível em: <https://www.epsvj.fiocruz.br/sites/default/files/143.pdf>

NICOLETTI, A. N. *et al.* Ansiedade e intensidade da experiência dolorosa no perioperatório de cirurgia cardíaca. **Brazilian Journal of Health Review**, v.4, n. 2, p. 9162-9172, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-419>

NIETSCHKE, E. *et al.* Tecnologias educacionais, assistenciais e gerenciais: uma reflexão a partir da concepção dos docentes de

enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 344-352, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000300009>

OLIVEIRA, K. M. **Implementação da simulação realística como método de melhoria da segurança do paciente: ensaio controlado** Dissertação (Mestrado em Saúde) - Universidade de Brasília, 2017. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/31941/3/2017_KarillucyMendesdeOliveira_PARCIAL.pdf

OLIVEIRA, N. E. *et al.* Humanização na teoria e na prática: a construção do agir de uma equipe de Enfermeiros. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 334-343, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v15i2.17916>

PARRA, A. *et al.* Retirada de dreno torácico em pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 12, n. 2, p. 116-119, 2005. Disponível em: https://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/Vol-12-2/10.pdf

PINHEIRO, J. V.; NARCISO, C. S. A importância da inserção de atividades de extensão universitária para o desenvolvimento profissional. **Revista Extensão & Sociedade**, v. 14, n. 2, p. 56-68, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.21680/2178-6054.2022v14n2ID28993>

PORTER, C. Revisiting precede-proceed: a leading model for ecological and ethical health promotion. **Health Education Journal**, v. 75, n. 6, p. 753-764, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/0017896915619645>

RODRIGUES-MACHADO, M. G. **Bases da Fisioterapia Respiratória - Terapia Intensiva e Reabilitação**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. Disponível em: <https://livros01.livrosgratis.com.br/cp130297.pdf>

SEABRA C. A. M. *et al.* Health education as a strategy for the promotion of the health of the elderly: an integrative review. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 4, p. e190022, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190022>

THOMPSON S. R.; WATSON M. C.; TILFORD S. The Ottawa charter 30 years on: still an important standard for health promotion. **International Journal of Health Promotion and Education**, v. 56, n. 2, p. 73-84, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/14635240.2017.1415765>

13. ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR COMO ESTRATÉGIA PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Luana Casarotto de Borba
Cisnara Pires Amaral
Michel Lopes Pimentel

INTRODUÇÃO

Na contemporaneidade, observa-se a crescente melhoria das condições e qualidade de vida da população, no plano mundial. A melhora das condições de vida deve-se a causas multifatoriais e decorrem, especialmente, das condições econômicas, sociais, políticas, ambientais e de saúde. No entanto, é pertinente considerar que essas condições podem tanto favorecer quanto prejudicar as condições de saúde, portanto, torna-se relevante promover a saúde por meio da Educação, a partir da orientação e implementação de ambientes favoráveis com ações individuais e das comunidades, a fim de empoderar e desenvolver sua autonomia para alcançar melhores condições de vida e de saúde (Brasil, 2002).

No entanto, para que ocorra a promoção da saúde, segundo a Carta de Ottawa, desenvolvida na primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde em 1986, é fundamental a qualificação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior engajamento dos indivíduos no controle desse processo. Com isso, para que o conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), que envolve o bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades, seja minimamente atingido, é essencial que a comunidade identifique suas necessidades e seja ativa no processo de modificar sua realidade (Brasil, 2002; Who, 1946-48, p.1).

Nesse sentido, a promoção da saúde tem como objetivo, propiciar ferramentas que serão utilizadas pela comunidade para melhorar as escolhas em relação às condições de saúde. Isso ocorre por meio da Educação, da adoção de estilos de vida saudáveis, do desenvolvimento de competências e capacidades individuais e da produção de um ambiente saudável. Essas práticas podem ser realizadas nas escolas, nos lares, no trabalho e em outros espaços comunitários, por meio de organizações educacionais, profissionais, comerciais e voluntárias, e também por instituições governamentais (Brasil, 2002; Bezerra; Sorpreso, 2016).

Nesse contexto, a extensão universitária interdisciplinar se insere como uma excelente ferramenta para promover saúde, pois permite a construção do conhecimento mais amplo da realidade, rompendo barreiras disciplinares e permitindo trocas de conhecimento. De acordo com Buss (2000), a interdisciplinaridade consiste no fundamento cognitivo da promoção da saúde e, a intersetorialidade, sua ferramenta operacional. Portanto, não é possível ser abordada de forma fragmentada, utilizando os saberes de disciplinas isoladas.

Observando que a interdisciplinaridade será capaz de contribuir para a mudança de hábitos, faz-se necessário somar esforços para que, munidos de conhecimentos científicos adquiridos na graduação, o grupo consiga produzir atividades de extensão, que favoreçam a criticidade, a conscientização em relação a hábitos cotidianos que podem colocar em risco o metabolismo do organismo. Sendo assim, objetiva-se relatar as atividades de extensão desenvolvidas de forma interdisciplinar pela Liga Acadêmica de Saúde e Meio Ambiente.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência de atividades de extensão, de caráter qualitativo e interdisciplinar realizadas em espaços informais e formais de aprendizagem no município de Santiago – Rio Grande do Sul, no período de agosto de 2022 a junho de 2023,

pelos acadêmicos e professores orientadores integrantes da Liga Acadêmica de Meio Ambiente e Saúde (LiASM), que se articula à Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI). A referida Liga é composta pelos acadêmicos dos cursos de Biomedicina, Enfermagem, Farmácia e Medicina Veterinária.

As atividades de extensão se iniciaram por meio da produção da oficina intitulada “Descarte de medicamentos: Impactos, atitudes e práticas corretas”. A oficina citada ocorreu entre os meses de agosto de 2022 e junho de 2023, em que a mesma utilizou como ferramentas o *powerpoint* animado para apresentar os danos ambientais e as consequências que o descarte incorreto de medicamentos ocasiona no meio ambiente, intensificando conceitos relacionados à magnificação trófica e suas consequências para a saúde humana e animal, além disso, ocorreu a criação de um tabuleiro, o qual apresentava uma trilha interpretativa que consistia em leitura de *QRCode*, caça-palavras, charadas, tirinhas e questionamentos em relação ao assunto abordado, com a finalidade de fortalecer o conhecimento científico acerca da temática. A oficina deu ênfase para a coleta de medicamentos, destacando os locais específicos na cidade e realizando a coleta em escola rural. Os medicamentos recolhidos foram encaminhados ao Curso de Farmácia da URI, onde tiveram destino adequado.

Ademais, desenvolveram-se atividades relacionadas às principais zoonoses regionais, principalmente a raiva, que se configura em uma zoonose de destaque nas mídias sociais. Para essa oficina contou-se com a atividade dos ligantes do Curso de Medicina Veterinária da Universidade. Para essa atividade realizou-se apresentação no *Canva*, leitura de *QRcode* e interação com as notícias atuais relacionada a zoonose raiva, além de observação de morcegos retirados da Coleção Zoológica do Curso de Ciências Biológicas.

O “Bingo Cor de Rosa” trata-se de uma outra ação elaborada e desenvolvida, tendo ocorrida no mês de outubro de 2022, a partir do convite da Enfermeira de uma Estratégia de Saúde da Família do município de Santiago – RS. O evento reuniu mulheres acima de

60 anos e teve como palestrantes, uma Enfermeira e uma Bióloga, as quais discutiram a prevenção do câncer de mama e os fatores de risco, respectivamente. Diante disso, a LiASM elaborou um “Bingo Cor de Rosa”, de acordo com o conteúdo das palestras. Para tanto, foram realizadas reuniões com as referidas profissionais para elaborar as perguntas referentes às abordagens para a confecção do bingo. Dessa forma, a fim de facilitar o entendimento das participantes da pesquisa, utilizou-se como estratégia, o uso de figuras para representar as respostas às perguntas elaboradas.

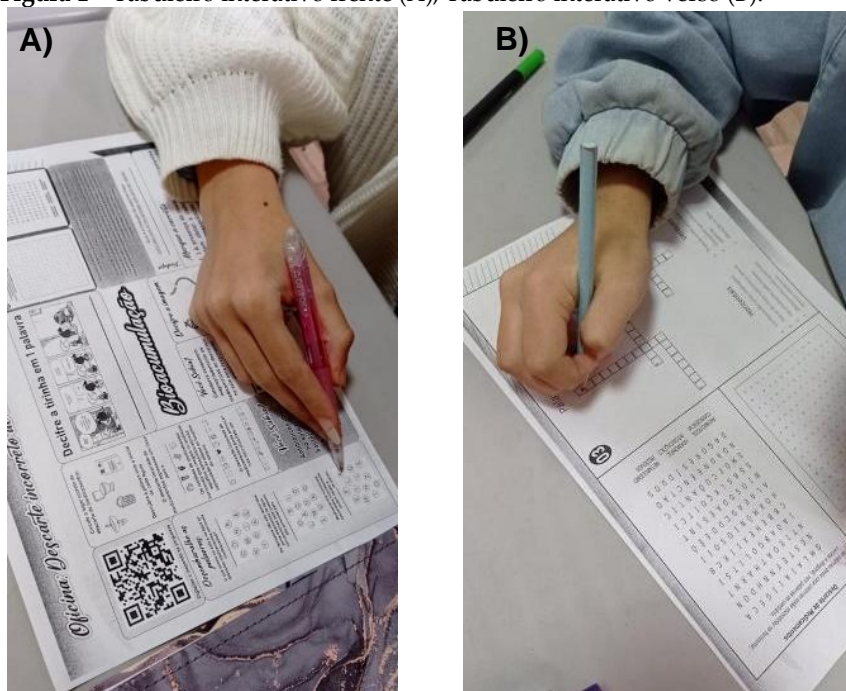
No período de outubro de 2022 a julho de 2023, ocorreu a I e II Jornada on line sobre Menopausa, sendo as mesmas realizadas via *google meet*, com o apoio de palestrantes voluntários, especificamente: médicas, farmacêuticas, biólogas, nutricionista, psicólogas e fisioterapeutas. Os assuntos abordados envolveram a compreensão da biologia e da fisiologia do corpo humano durante a menopausa, bem como sobre os fitoterápicos que atuam nos sintomas, a importância dos hábitos alimentares, a importância da fisioterapia pélvica, da aromaterapia, seus possíveis impactos sobre a saúde mental e o uso da terapia de reposição hormonal (TRH). As inscrições ocorreram por *link* disponibilizado pelo *site* da universidade. A I Jornada abrangeu 65 inscrições e a II Jornada, 75 inscrições. Durante o evento, disponibilizou-se o formulário para preenchimento para avaliar a satisfação das participantes.

Para a realização das ações extensionistas, os Ligantes receberam orientação da professora coordenadora, além de participarem das reuniões, com o intuito de traçar estratégias para a produção de atividades envolventes, interativas e que oferecessem promoção da saúde à comunidade. Também ocorreram orientações com relação à avaliação das atividades escolares, do jogo do bingo, da participação dos inscritos durante a exposição dos conteúdos e sobre a produção das atividades realizadas. A avaliação dos participantes foi realizada por meio de um questionário de satisfação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação à oficina denominada “Descarte de Medicamentos: Impactos, atitudes e práticas corretas”, a qual foi aplicada do 5º ano do Ensino Fundamental ao 3º ano do Ensino Médio das escolas municipais, estaduais e privadas do município, foram realizadas 10 oficinas, abrangendo o total de 320 discentes que foram contemplados com a atividade. As Figuras 1a e 1b fazem referência ao tabuleiro interativo utilizado como ferramenta estratégica.

Figura 1 – Tabuleiro interativo frente (A), Tabuleiro interativo verso (B).



Fonte: Elaborado pelos autores

Ficou evidenciado que as referidas atividades proporcionaram a compreensão acerca do descarte correto de medicamentos e a discussão sobre os impactos ambientais e sociais, pois, tanto no Ensino Médio quanto no Fundamental ocorreram depoimentos relacionados a tais assuntos. Observou-se ainda, que a utilização de

diferentes estratégias pedagógicas para a realização desta atividade foi primordial para a obtenção da atenção e engajamento durante as atividades da trilha, interação entre indivíduos sobre as possíveis respostas, questionamentos e compreensão de que o conhecimento científico abordado na Universidade deverá ser chegar até as comunidades escolares para mudança de hábitos e atitudes. Salienta-se que durante a atividade, houve incentivo para o descarte correto e coleta de medicamentos vencidos para serem levados ao curso de Farmácia da Universidade.

É importante destacar as ações comunitárias e habilidades pessoais necessárias para exercer maior comando sobre a saúde e o meio ambiente por meio da promoção da saúde, para tanto isso requer um total e contínuo acesso à informação, educação para a saúde, desenvolvimento pessoal e social, oportunidades de aprendizado para os assuntos de saúde e fortalecimento de habilidades (Minayo; Miranda, 2002). Santana e colaboradores (2021) ressaltam as diferentes estratégias aplicadas, com o objetivo de estimular a aplicabilidade do conhecimento pelo estudante, destacando-as como uma forma de comunicação com a sociedade, principalmente no que tange a divulgação de assuntos relacionados à promoção da saúde.

Em relação às atividades sobre Zoonoses, as mesmas foram realizadas em espaços formais pelos Ligantes do Curso de Medicina Veterinária (Figura 2), no mês de maio e junho de 2023, destacando que a atividade ocorreu nos 2º anos e 3º ano do Ensino Médio de Escola privada e no 6º e 7º ano da escola estadual. Ao todo, foram 4 atuações, em diferentes escolas, sendo uma delas da zona rural do município.

Figura 2 – Exemplar de morcego retirado da Coleção Zoológica da Universidade



Fonte: Elaborado pelos autores

A partir da atividade supracitada foi possível promover a saúde por meio do fortalecimento da autonomia dos indivíduos e dos grupos sociais na busca de melhorias na qualidade de vida. Constatou-se ainda, a partir da oficina, o entendimento de novos conceitos entre os envolvidos, bem como o empoderamento por meio do conhecimento científico para a ação de medidas preventivas, a adesão significativa e os elogios ao projeto. Outro fato evidenciado foi que a atividade demonstrou a importância de relacionar os conhecimentos científicos acessados na universidade com as notícias que são veiculadas na mídia sobre a comunidade e a região.

A integração de saberes encontra respaldo na intersectorialidade com a convocação de diversos setores para realizar, de modo integrado, intervenções que promovam melhores condições de vida e saúde. Desse modo, as ações desenvolvidas entre o âmbito da saúde e educacional têm se expandido, no que tange às ações que visam as melhorias mencionadas. Nessa perspectiva, a relação entre esses dois setores, se ancora na promoção da saúde com base no

processo de autonomia e ampliação das possibilidades individuais e coletivas no controle sobre a sua saúde e a qualidade de vida. Dessa maneira, as ações extensionistas contribuem para a habilitação de multiplicadores de ações promotoras da saúde e para além, empodera os indivíduos em fase escolar quanto agentes de disseminadores de informações e de conhecimento (Brasil, 2004).

A realização do “Bingo Cor de Rosa” destinado às mulheres da terceira idade ocorreu no mês de outubro de 2022, em um clube localizado na área adstrita da Estratégia Saúde da Família com a qual a parceria foi realizada. A atividade contou com a participação de aproximadamente 70 participantes (Figura 3).

Figura 3 – Registro da realização do bingo



Fonte: Elaborado pelos autores

Ao realizar a referida atividade, observou-se a receptividade, o interesse e a integração das participantes. Com isso, acredita-se ter atingido o objetivo de conscientizar o grupo sobre as medidas de prevenção, bem como esclarecer sobre os fatores de risco. Além disso, as atividades contribuíram, também para maior interação e proximidade dos acadêmicos com a realidade da comunidade.

Vale ressaltar a importância das ações em saúde durante o percurso acadêmico, pois, favorece que os discentes e docentes adquiram habilidades, competências e atitudes crítico-reflexivas para atuarem junto à comunidade. Outrossim, se insere como uma excelente ferramenta para conscientizar os indivíduos, proporcionar a prática da promoção e prevenção da saúde, com o intuito de ampliar o autoconhecimento visto que, conhecendo o próprio corpo e seus sinais e sintomas torna-se possível o reconhecimento precoce do câncer de mama. Ademais, é lícito destacar que a procura precoce da assistência à saúde aumenta a efetividade do tratamento e maior chance de cura (Mattos *et al.*, 2020).

As Jornadas I e II (on-line) abordaram o tema: “Respire, você está na menopausa, e daí?”, priorizando o bem-estar das mulheres acima de 40 anos, tendo como intuito de empoderar e potencializar o protagonismo das mulheres frente à menopausa a partir de diálogos multiprofissionais relacionados à essa fase.

As Jornadas I e II (on-line), sobre Menopausa obtiveram-65 e 75 inscrições pelo *site* da universidade, respectivamente. Ademais, 44 e 56 mulheres participaram integralmente. Observou-se que as discussões acerca da menopausa foram de extrema importância para o público geral, visto que ainda há tabus sobre estas questões e os diálogos são incipientes. Por meio do *feedback* das avaliações, foi possível identificar a satisfação, a curiosidade e o engajamento diante das discussões proporcionadas no decorrer dos encontros. Ainda, por meio do questionário disponibilizado no primeiro evento, das 25 respostas relacionadas à classificação do evento, 16 indicaram como excelente e 9 como muito bom. Em relação à Jornada II (on-line) sobre a Menopausa, utilizou-se de relatos para avaliar a satisfação, tais como os descritos abaixo:

Parabenizo a todas pelas abordagens feitas fundamentais para nós mulheres nos conhecermos e nos entendermos melhor.

Maravilhosa e fundamental esta abordagem, este novo olhar resignificando a menopausa.

Desse modo, a realização de eventos relacionados à promoção da saúde, como os descritos no presente capítulo, é de grande valia para os acadêmicos e para a comunidade em geral, pois permite que o acadêmico fortaleça seu conhecimento científico, se empodere do conceito de um saber de saúde ampliado, a partir de experiências e vivências. No que se refere à comunidade, percebe-se a partir dos questionários e relatos registrados, o sentimento de acolhimento e de um novo olhar sobre a menopausa a partir dos conhecimentos adquiridos nos eventos referidos.

Minetto e colaboradores (2016) inferem que ações extensionistas proporcionam à comunidade o aumento da participação de forma ativa, discutindo e refletindo em grupo, possibilitando a geração e aquisição do conhecimento sobre assuntos conectados ao processo de saúde-doença e das boas práticas em saúde. Outrossim, esta estratégia se destaca pela responsabilidade social, ao gerar conhecimento para a população, por meio da motivação à participação, estímulo à autonomia e ao empoderamento para buscar a melhora na qualidade de vida.

Foi possível identificar a satisfação das mulheres inscritas no evento, em que as mesmas demonstraram estímulo e necessidade de promover o autocuidado e buscar conhecimento diante das dificuldades que este período impõe. Ademais, as atividades de promoção de saúde ofertadas para mulheres acima de 40 anos, sobre a menopausa são momentos pertinentes os quais necessitam estar em evidência, visto que proporcionam o conhecimento, engajamento, discussões e curiosidade, contribuindo para mudanças de hábitos e garantindo a travessia desse período com mais tranquilidade (Amaral *et al.*, 2022).

Desta forma, vale ressaltar que as atividades extensionistas consistem no espaço para tencionar as práticas intersetoriais que geralmente não ocorrem no cotidiano dos serviços de saúde. Por esse motivo, a aproximação universidade-comunidade por meio da abordagem à essa temática se torna pertinente, visto que através da interlocução de saberes, se estabelece o fortalecimento da autonomia e a transformação social (Cortez; Silva, 2017; Silva *et al.*, 2017).

Reitera-se, portanto, que a execução de atividades intersetoriais interdisciplinares, trazem benefícios tanto para a comunidade acadêmica quanto para a comunidade externa. Ressalta-se que as atividades interdisciplinares auxiliam no processo de ensino-aprendizagem, permitindo a prática de iniciação científica, pesquisa e extensão, formando um enfoque inovador constituído pela articulação de visões particulares, além de beneficiar a sociedade em geral, por permitir a execução de melhores práticas sociais, ambientais e de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio dos resultados obtidos, infere-se que é de suma importância que as ações voltadas à educação em saúde sejam desenvolvidas a partir do diálogo, da integração entre teoria e prática de forma interdisciplinar, pois será capaz de agregar a cooperação entre os saberes. A realização de diferentes abordagens por meio do conhecimento científico e de diferentes estratégias pedagógicas são fundamentais para a disseminação de conhecimento e para a promoção da saúde. Percebe-se que a união de diversas áreas do conhecimento dentro de uma Liga Acadêmica permite amplas discussões em diversos espaços, sejam eles formais ou informais, nos quais os benefícios atingem igualmente acadêmicos da universidade, estudantes do ensino fundamental e a comunidade em geral.

Dessa forma, fica claro a relevância das ações extensionistas como ferramenta para aproximar a universidade da comunidade. A partir da troca e da articulação de saberes, ficam estabelecidas as contribuições para o aprofundamento da cidadania, o fortalecimento da autonomia e da transformação social, além de favorecer a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados a favor da qualidade de vida.

As atividades interdisciplinares de descarte de medicamentos, *Bingo Cor de Rosa*, oficina de zoonoses e as jornadas sobre menopausa permitiram a junção de conhecimentos e práticas em

prol da atenção primária em saúde. Tais atividades propiciaram vínculos com as comunidades acadêmicas e externas envolvidas, além de estimular a criticidade, a conscientização e as mudanças de hábitos no cotidiano, benefícios estes que viabilizam a qualidade de vida e promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

AMARAL, C. P. *et al.* Promoção da saúde e a importância das discussões sobre a fisiologia do corpo na menopausa. **Concilium**, [S.L.], v. 22, n. 7, p. 312-321, 17 dez. 2022. União Atlântica de Pesquisadores. <http://dx.doi.org/10.53660/clm-668-729>. Disponível em: <https://clium.org/index.php/edicoes/article/view/668>. Acesso em: 29 jul. 2023.

BEZERRA, I. M. P.; SORPRESO, I. C. E. Concepts and movements in health promotion to guide educational practices. **Journal of Human Growth and Development**, [S.L.], v. 26, n. 1, p. 11, 28 abr. 2016. Faculdade de Filosofia e Ciências. <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.113709>.

BRASIL. Ministério da Saúde: Secretarias de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Ministério da saúde, Brasília: 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS no seu município: garantindo saúde para todos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232000000100014>.

CORTEZ, E. A.; SILVA, L. M. da. Pesquisa-Ação: promovendo educação em saúde com adolescentes sobre infecção sexualmente transmissível. **Revista de Enfermagem UFPE on-line**, Recife, v. 11, n. 9, p. 3642-3649, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234495/27700>>. Acesso em: 29 jul. 2023. doi:<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i9a234495p3642-3649-2017>.

MATTOS, L. M. *et al.* O conhecimento e a prática da realização do autoexame das mamas: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, [S.L.], v. 9, n. 4, p. e158943028-e158943028, 22 mar. 2020. Research, Society and Development. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i4.3028>.

MINETTO, C. *et al.* A extensão universitária na formação de estudantes do curso de administração - UFFS. **Revista Conbrad**, Campus Cerro Largo, v. 1, n. 1, p. 33-46, 2016.

MINAYO, M. C. de S.; MIRANDA, A. C. (org.). **Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. 345 p. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/xkvy4/pdf/minayo-9788575413661.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2023.

OLIVEIRA, E. R. A. *et al.* Interdisciplinaridade, trabalho em equipe e multiprofissionalismo: concepções dos acadêmicos de enfermagem. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research**, [S. l.], v. 13, n. 4, 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/2996>. Acesso em: 29 jul. 2023.

SANTANA, R. R. *et al.* Extensão universitária como prática educativa na promoção da saúde. **Educação & Realidade**, [S.L.], v. 46, n. 2, p. 1-17, jan. 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/2175-623698702>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/edreal/a/qX3KBJghtJpHQrDZzG4b8XB/#>. Acesso em: 29 jul. 2023.

SILVA, C. B. *et al.* Atividades de educação em saúde junto ao ensino infantil: relato de experiência. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, [S.l.], v. 11, n. 12, p. 5455-5463, dez. 2017. ISSN 1981-8963. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/22772>>. Acesso em: 29 jul. 2023. doi:<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a22772p5455-5463-2017>.

WHO (World Health Organization) 1946. **Constitution of the World Health Organization**. Basic Documents. WHO. Genebra. Disponível em: <http://www.who.int>. Acesso em 04/2017.

14. SAÚDE MENTAL DE PROFESSORES UNIVERSITÁRIOS DE INSTITUIÇÕES PÚBLICAS

Bianca Macedo Jacques
Fabio Gotz de Lima
Luís Henrique Paloski

INTRODUÇÃO

No processo de globalização neoliberal houve a inserção de valores mercantis no campo da educação superior, reorganizando seu funcionamento, afetando também as universidades públicas (Lopes, 2006). Como resultado da mercantilização das instituições governamentais, o perfil dos cursos e das carreiras acadêmicas sofreram diversas modificações em meados da década de 1990 – sendo influenciadas diretamente pelas demandas mercadológicas da época, tanto na rede pública quanto na rede privada. Dessa forma, a ampliação do ensino público é explicada pelo movimento de expansão que ocorreu no Brasil a partir do ano de 1995.

Em 1995 ocorreu a reforma administrativa do Estado brasileiro que causou um grande impacto – com parcelas positivas e negativas – no setor educacional do país. Logo, no Brasil, durante os governos dos presidentes Fernando Henrique Cardoso e Luiz Inácio Lula da Silva, os quais abrangeram o período de 1995 a 2010, uma das soluções encontradas para a recuperação da capacidade de reprodução do capital – que impactou diretamente nas universidades – foi a transferência dos serviços públicos para a esfera privada, com a expansão da educação superior e introdução de uma tendência crescente de mercantilização do ensino superior nas instituições públicas (Bosi, 2007).

Em virtude disso, durante os governos de Fernando Henrique Cardoso e o primeiro mandato de Luiz Inácio Lula da Silva, houve

um grande investimento nas instituições de ensino superior privadas, em maior número de matrículas, alunos e oportunidades. Contudo, os números das universidades públicas ampliaram-se concomitantemente. Segundo uma pesquisa realizada pelo INEP (2011), houve um crescimento no mercado de 134,58% de matrículas nas organizações públicas de ensino entre 1995 e 2010, apesar desse aumento ser inferior ao percentual privado. Alicerçado nisso, a incrementação de um maior número de matrículas na rede pública, deu-se devido ao Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI) – criado no governo de Luiz Inácio Lula da Silva com o propósito de democratizar o acesso ao ensino superior público aliado a interiorização das universidades federais.

Posto isto, é possível afirmar que as instituições públicas ocupam, paulatinamente, um papel de maior destaque no processo de produção de conhecimento-mercadoria, ou seja, apropriando-se da tecnologia e agregando uma maior estima aos produtos que circulam no mercado brasileiro e/ou internacional. Consoante à algumas pesquisas, em decorrência da mercantilização da educação, baseada no produtivismo e lucratividade, passaram a compor o cenário laboral do docente algumas características do mundo do trabalho voltadas para o capital que estão intrinsecamente relacionadas, como a precarização, flexibilização, alienação e a intensificação do trabalho (Bolsoi, 2012; Bosi, 2007; Guimarães; Chaves, 2015; Lemos, 2011; Lopes, 2006; Mancebo, 2007; Moura *et al.*, 2019). Nessa perspectiva, o objetivo deste trabalho foi investigar a presença de sintomatologia de depressão, ansiedade e estresse em professores universitários de instituições públicas.

DESENVOLVIMENTO

Logo após a ampliação do número de matrículas nas instituições, ocorreu de maneira concomitante – todavia não igualitária -, uma expansão na quantidade de docentes nas universidades. A partir de 2007, observou-se uma demanda de

contratação de docentes no setor público, simultânea ao aumento de vagas discentes nas organizações de ensino, a fim de atender ao propósito de interiorização da educação. De acordo com pesquisas do Ministério da Educação, no período que compreende os anos de 2005 a 2015, houve uma expansão de 65% de professores universitários atuantes no setor público, ao passo que no setor privado esse adicional foi de apenas 14% (Brasil, 2015).

Em virtude disso, o mercado para a docência não apenas cresceu, mas também se tornou mais exigente e qualificado. Já que a exigência legal é de que, desde 2013, os concursos públicos para docentes tenham como requisito de ingresso o título de doutor na área exigida na prova classificatória. Consoante aos Censos de Educação Superior de cada respectivo ano, é concebível analisar a expansão no número de professores doutores atuando em instituições públicas: em 1995 eram 24% do total; em 2005, 40%; e, em 2015, 59%. Dessa maneira, os profissionais de educação que atuam no sistema público, geralmente, são estatutários, conforme a Constituição Federal (Brasil, 1988), o Estatuto dos Funcionários Públicos Civis (Brasil, 1997) e a LDB (Brasil, 1996, alterada em Brasil, 2006, 2017).

Mesmo com o exposto aumento de docentes e as qualificações de maior notoriedade, a precarização é uma realidade que estratifica os professores, de um lado de docentes centrais – mais qualificados e com garantia mais ampla de direitos trabalhistas – e, de outro, de docentes periféricos – que são vinculados a instituições articuladas ao mercado e voltadas, quase exclusivamente, para a atividade de ensino, com menor garantia de direitos e sem um plano de carreira concreto como dos docentes centrais (Vargas, 2021).

De modo geral, a precarização da educação e da atividade da docência são justificadas pela necessidade de acompanhar a modernização constante, a qual inclui aumentar o sistema, diversificá-lo e administrá-lo de uma forma mais abrangente e organizada. No entanto, esse processo trouxe também a desvalorização da profissão, que engloba algumas características específicas, tais como: rebaixamento salarial, exploração do

trabalho docente, aumento das demissões e da rotatividade de professores, flexibilização dos contratos, menor exigência no nível de formação acadêmica – visto que, os educadores com uma quantidade menor de formação e especialização na área custam um valor mais acessível para a organização -, e acréscimo na quantidade de trabalho (Vargas, 2021).

Assim, é notório a pressão por produtividade colocada nos docentes, sendo cobrada uma maior quantidade de tarefas concluídas dentro de uma jornada de 40 horas semanais, o direcionamento do fomento para pesquisa a estudos tomados como de potencialidade econômica e a perda da qualidade da produção acadêmica, a partir do momento em que a quantidade passa a ser mais valorizada (Bosi, 2007). Além disso, outra importante dimensão da precarização do trabalho docente é o excesso de controle institucional sobre o cotidiano e o padrão de qualidade desse trabalho, o que representa uma perda progressiva da autonomia no fazer acadêmico, muitas vezes não percebida pelos professores universitários (Lemos, 2011).

Ademais, o processo de precarização nas universidades públicas também foi favorecido pela expressiva ampliação do número de vagas ofertadas no ensino superior, que ocorreu de forma mais intensa a partir da implementação do REUNI (Guerra; Rocha, 2019). Ou seja, a valorização passou a basear-se em critérios quantitativos definidos pelos interesses mercadológicos e a qualidade da produção acadêmica é avaliada pela quantidade de produções e valores monetários agregados a ela (Bosi, 2007). Em função disso, houve um enxugamento orçamentário nas instituições, cujo foi responsável por parte da precarização no ensino superior.

Portanto, a partir da diminuição de investimentos, muitos docentes – em especial os pesquisadores – passam a participar do processo de captação de recursos para a pesquisa, para a instituição e até para si mesmos, gerando, em algumas situações, contratos com empresas privadas, que promovem o financiamento privado de instalações e investigações orientadas para o mercado, além do estabelecimento de sistemas de parentes sobre resultados

científicos logrados e a transferência de tecnologia das universidades para as empresas (Mancebo, 2013).

Dessa maneira, é observado um crescimento na docência periférica nas universidades, professores com contratos de até 24 meses, com menor remuneração, sem seguir seu plano de carreira, e aumento de pressão por produtividade, controle institucional e quantidade de trabalho exercido nas organizações de ensino dentro e fora das salas de aula. Sendo também parte da fragilização da profissão, está a sobrecarga de função, intensificação do trabalho e aumento da jornada de trabalho que, muitas vezes, estende-se aos momentos de descanso e lazer, comprometendo a saúde dos profissionais. Por conseguinte, essa sobrecarga é melhor explicada pelo crescimento desenfreado de vagas discentes, que não foi acompanhado corretamente pelo número necessário de docentes, portanto, a falta de servidores técnicos gerou essa demanda de execução de atividades administrativas. A fim de atender a enorme quantidade de exigências acadêmicas e burocráticas da academia delegadas aos professores universitários, estes precisam estender sua jornada de trabalho, ultrapassando a carga horária diária (Vargas, 2021).

Ao longo das últimas décadas, o docente universitário vem sofrendo os impactos das transformações operadas na sociedade e na universidade em sua dinâmica de trabalho (Borsoi, 2012; Guimarães; Chaves, 2015; Moura *et al.*, 2019). Em decorrência das novas ordenações e da estratégia neoliberal, adotadas pelo Estado brasileiro, desencadeou-se um processo de sobrecarga e de condições inadequadas de trabalho, com sérias consequências para a saúde dos profissionais, em especial exaustão emocional e física (Lima; Lima-Filho, 2009). Consequentemente, por conta das transformações educacionais, os profissionais da educação estão expostos a diversos estressores no seu cotidiano de trabalho.

Ademais, a pressão constante sobre o professor universitário gerada pelos processos de qualificação, carreira, geração de resultados, submissão a políticas públicas burocráticas e a carga de trabalho excessiva, sem reconhecimento ou recompensa, impactam

significativamente a saúde psíquica do docente (Forattini; Lucena, 2015). Apesar de o trabalho acadêmico ter se tornado flexível e multifacetado por conta das novas tecnologias disponíveis no mercado, ele provoca mudanças no cotidiano dos educadores, auxiliando na aceleração da produção num intervalo de tempo, maior dedicação ao trabalho e facilidade de poder exercer o trabalho sem estar necessariamente dentro da instituição.

Porém tal dinâmica leva a uma rotina exaustiva que deve ser administrada e incorporada às demais dimensões e papéis assumidos pelos docentes no âmbito de sua vida privada (Garcia; Benevides-Pereira, 2003). Entretanto, essa autonomia, muitas vezes, considerada um aspecto positivo na vida do trabalhador, pode ser prejudicial caso não haja o equilíbrio necessário com os momentos de lazer e descanso. Do mesmo modo que a pressão pela produção e por resultados, a exigência de titulação como critério obrigatório, as competências didáticas, administrativas, comunicacionais, intelectuais e a elevada carga de trabalho se configuram como exigências desgastantes que levam o profissional ao esgotamento (Forattini; Lucena, 2015).

Nesse cenário, essa pesquisa coletou com professores universitários de instituições públicas os níveis de depressão, ansiedade e estresse. As respostas do questionário on-line armazenadas em uma planilha de dados foram exportadas ao Jeffrey's Amazing Statistics Program (JASP 0.17.2.1). Após, foram realizadas estatísticas descritivas sobre a pontuação da Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21) (Vignola; Tucci, 2014). Para investigar a associação entre idade e pontuação nas subescalas de depressão, ansiedade e estresse utilizou-se o teste de correlação de Spearman.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para responder ao objetivo do estudo foi utilizado um recorte dos dados do projeto guarda-chuva "Saúde mental e docência: uma análise correlacional dos estilos de ensino, fatores de personalidade e psicopatologias" do Mestrado em Psicologia da Atitus Educação,

aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de uma instituição de ensino superior, sob o CAAE: 60298722.7.0000.5319.

Durante o período de coleta no ano de 2023 participaram do estudo 261 indivíduos, 150 mulheres (57.47%) e 111 homens (42.53%), com idades entre 28 e 74 anos ($M = 49.65$; $DP = 10.50$), docentes do ensino superior de instituições públicas. Os participantes responderam a DASS-21. A Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse, é composta por 21 itens, em uma escala do tipo Likert de 4 pontos – na qual zero é equivalente a não se aplicou de maneira alguma; 1 aplicou-se em algum grau, ou por algum tempo; 2 aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo; 3 aplicou-se muito, ou na maioria do tempo. Cada área avaliada (depressão, ansiedade e estresse), faz referência a sete itens (sendo cada item da escala uma afirmação simples que diz respeito às afetividades negativas). O instrumento possui Alfa de Cronbach de 0,70 (Vignola; Tucci, 2014).

Verificou-se as pontuações médias nas subescalas de depressão ($M = 3.88$; $DP = 5.08$), ansiedade ($M = 2.29$; $DP = 3.60$) e estresse ($M = 5.52$; $DP = 4.79$). A tabela 1 apresenta a correlação entre idade e pontuações na DASS-21.

Tabela 1 – Correlações entre as variáveis de sintomas depressivos, de ansiedade e de estresse e idade dos participantes

Variáveis da DASS-21	Idade
Sintomas Depressivos	- 0.218**
Sintomas de Ansiedade	-0.153*
Sintomas de Estresse	-0.234**

Fonte: Elaborado pelos autores (2023). Legenda: DASS-21 = Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse. Foi utilizada a correlação de Spearman; * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$.

Para a subescala DASS D (depressão), o coeficiente de correlação de Spearman encontrado é de -0,218, o que indica uma correlação negativa de intensidade moderada entre a idade dos participantes e os sintomas de depressão. Além disso, o p-valor é menor que 0,001, o que sugere que essa correlação é

estatisticamente significativa. Na subescala DASS A (ansiedade), o coeficiente de correlação de Spearman encontrado é de $-0,153$, mostrando uma correlação negativa de intensidade fraca a moderada entre a idade e os sintomas de ansiedade. O p-valor associado é de $0,014$, indicando que essa correlação também é estatisticamente significativa.

Já para a subescala DASS E (estresse), o coeficiente de correlação de Spearman encontrado é de $-0,234$, evidenciando uma correlação negativa de intensidade moderada entre a idade e os sintomas de estresse. Novamente, o p-valor é menor que $0,001$, confirmando a significância estatística dessa correlação. Tal achado vai ao encontro dos dados disponíveis na literatura (Wagner *et al.*, 2021).

Em resumo, os dados sugerem que à medida que a idade dos participantes aumenta, há uma tendência de redução nos sintomas de depressão, ansiedade e estresse. Entretanto, é importante lembrar que a correlação não implica em relação de causa e efeito, apenas indica uma associação estatística entre as variáveis analisadas. Outros fatores podem estar envolvidos nessa relação entre idade e sintomas de DASS-21.

Neste sentido, o trabalho docente pode ser caracterizado pela multiexposição a fatores desestruturantes de natureza psicossocial que gera nos docentes de instituições de ensino superior um processo de fragilização orgânica, existencial e identitária constituindo-se em um trabalho patogênico (Lemos, 2014). Dentre as psicopatologias mais comuns encontradas estão os Transtornos Mentais Comuns (TMC), evidenciando assim a frequência com que acometem os professores universitários. Logo, no exercício da função docente, existem diversos estressores psicossociais que podem desencadear a Síndrome de Burnout nos trabalhadores.

Os TMC são manifestações de sofrimento mental que englobam os quadros depressivos, ansiosos e somáticos, categoricamente classificados na Classificação Internacional de Doenças da OMS, como também outras manifestações de sofrimento que não necessariamente preenchem todos os critérios para o diagnóstico de algum transtorno específico. Dessa maneira

caracterizam-se por múltiplos sintomas, tais como insônia, nervosismo, dores de cabeça, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração, queixas somáticas inespecíficas e uma variedade de manifestações que poderiam ser caracterizadas como sintomas depressivos, ansiosos ou somáticos (Fonseca; Guimarães; Vasconcellos, 2008).

Além disso, por conta da diminuição de financiamento das universidades, contratações temporárias de docentes substitutos, surgiram como uma alternativa econômica para o crescimento do quadro de professores universitários nas organizações de ensino públicas. Essas subcontratações são formas de flexibilização dos contratos trabalhistas das relações de trabalho e geram efeitos negativos na docência ao intensificar o regime de trabalho, aumentar o sofrimento subjetivo, paralisar a mobilização coletiva e aprofundar o individualismo, atingindo tanto docentes substitutos quanto efetivos (Mancebo, 2007). Observa-se que as instituições não buscam profissionais com titulação máxima; ao contrário, as contratações em quase sua totalidade, priorizam docentes especialistas, pois implica em um valor da hora/aula menor. A instituição visa, a todo custo, o enxugamento da folha para aumentar os ganhos em escala (Santos *et al.*, 2013, p. 90).

Nessa perspectiva, as demandas diárias impostas aos professores são consideráveis, pois incluem a gestão bem-sucedida das aulas diante das complexas e diversas necessidades de aprendizagem dos alunos. O tempo significativo que os alunos passam na escola muitas vezes resulta em desafios que antes eram tratados pela família e pela comunidade. Isso leva os educadores a enfrentarem altos níveis de estresse no trabalho. Portanto, é fundamental que os docentes aprendam a lidar efetivamente com os desafios diários, a fim de exercerem seu trabalho de forma eficaz, criando ambientes propícios ao bem-estar e à saúde mental (Gray *et al.*, 2017). Os sintomas de ansiedade, estresse e depressão são reconhecidos como problemas globais de saúde pública, e a detecção precoce desses sintomas pode ser de grande utilidade

para permitir intervenções psicológicas no ambiente educacional (Coker *et al.*, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A degradação do ensino superior afeta a saúde física e mental dos docentes, por meio de estressores que são encontrados dentro e fora de sala de aula. A atividade docente, que tem o intuito de ser estimulante e enriquecedora tanto para professores quanto para estudantes, tornou-se uma fonte de sofrimento psíquico para os educadores. A precarização reflete-se nos sintomas psicopatológicos presentes em muitos profissionais, indicando um impacto significativo em seu bem-estar emocional. Isso destaca a necessidade urgente de abordar as condições de trabalho dos professores, não apenas reconhecendo os desafios existentes, mas também implementando medidas eficazes para mitigar esses problemas.

Mediante a isso, faz-se necessário chamar atenção da sociedade para que volte seu olhar a essa questão que, evidencia a importância de compreender de modo efetivo os desafios enfrentados pelos professores. Essa compreensão é crucial para desenvolver estratégias eficazes que possam contribuir para a construção do conhecimento e, ao mesmo tempo, melhorar as condições de trabalho dos educadores. A valorização da profissão docente, a implementação de políticas educacionais mais sustentáveis e o apoio contínuo aos professores são destacados como elementos cruciais para melhorar a qualidade do ensino e a saúde mental dos profissionais da educação.

REFERÊNCIAS

BORSOI, I. C. F. Trabalho e produtivismo: saúde e modo de vida de docentes de instituições públicas de Ensino Superior. **Cad. psicol. soc. trab.** São Paulo, v. 15, n. 1, p. 81-100, jun. 2012. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_art

text&pid=S1516-37172012000100007&lng=pt&nrm=iso . Acesso em: 26 jul. 2023

BOSI, A. P. A precarização do trabalho docente nas instituições de ensino superior do Brasil nesses últimos 25 anos. **Educação & Sociedade**, v. 28, n. 101, p. 1503–1523, set. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-73302007000400012/>. Acesso em: 25 jul. 2023

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm . Acesso em 25 jul. 2023

BRASIL. Lei N. 9,394, de 20 de dezembro de 1996. **Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/lei9394_ldbn1.pdf . Acesso em: 25 jul. 2023

BRASIL. **Lei N. 9.527, de 10 de dezembro de 1997**. Altera dispositivos das Leis nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, nº 8.460, de 17 de setembro de 1992, e nº 2.180, de 5 de fevereiro de 1954, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9527.htm . Acesso em: 25 jul. 2023

CAMPOS, T. C.; VÉRAS, R. M.; ARAÚJO, T. M. Trabalho docente em universidades públicas brasileiras e adoecimento mental: uma revisão bibliográfica. **Revista Docência do Ensino Superior**, Belo Horizonte, v. 10, e015193, p. 1-19, 2020 DOI: <https://doi.org/10.35699/2237-5864.2020.15193/>. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/rdes/article/view/15193/>. Acesso em: 26 jul. 2023.

COKER, A. O.; COKER, O. O.; SANNI, D. Psychometric properties of the 21-item depression anxiety stress scale (DASS-21). **African Research Review**, v. 12, n. 2, p. 135-142, 2018. DOI: 10.4314/afrrrev.v12i2.13. Disponível em: <https://www.ajol.info/index.php/afrrrev/article/view/174532> . Acesso em: 14 jul. 2023.

FONSECA, M. L. G.; GUIMARÃES, M. B. L.; VASCONCELOS, E. M. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. **Revista de APS, [S. l.]**, v. 11, n. 3, 2008. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14269>. Acesso em: 17 jul. 2023.

FORATTINI, C. Adoecimento e sofrimento docente na perspectiva da precarização do trabalho. Universidade Federal de Uberlândia. **Laplage em Revista**, vol. 1, n. 2, p. 32-47, 2015. DOI: <https://doi.org/10.24115/S2446-622020151219p.32-47> . Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/5527/552756338004/html/>.

Acesso em: 18 jul. 2023.

GARCIA, L. P.; BENEVIDES-PEREIRA, A. M. Investigando o burnout em professores universitários. **Revista Eletrônica InterAção Psy**, Maringá, n. 1, p. 76-89, 2003. Disponível em: <https://docplayer.com.br/11762483-Garcia-l-p-et-al-investigando-o-burnout-em-professores-universitarios-76.html/>. Acesso em: 25 jul. 2023

GRAY, C.; WILCOX, G.; NORDSTOKKE, D. Teacher mental health, school climate, inclusive education and student learning: **A review**. **Canadian Psychology/Psychologie Canadiens**, v. 58, n. 3, p. 203, 2017. DOI: 10.1037/cap0000117. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/318829464_Teacher_Mental_Health_School_Climate_Inclusive_Education_and_Student_Learning_A_Review/. Acesso em: 16 jul. 2023.

GUERRA, A. C.; ROCHA, A. R. M. R. M. REUNI no contexto das universidades federais: números, avanços e retrocessos. **Revista Práxis Pedagógica**, [S. l.], v. 2, n. 2, p. 139–157, 2019. Disponível em: <https://periodicos.unir.br/index.php/praxis/article/view/3306> . Acesso em: 18 jul. 2023.

GUIMARÃES, A. R.; CHAVES, V. L. J. A intensificação do trabalho docente universitário: aceitações e resistências. **Revista Brasileira de Política e Administração da Educação** - Periódico científico editado pela ANPAE, [S. l.], v. 31, n. 3, p. 567–586, 2016. Doi: 10.21573/vol31n32015.59914. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/rbpaee/article/view/59914/> . Acesso em: 24 jul. 2023.

LEMOS, D. V. S. Precarização do trabalho docente e os impactos na saúde – o professor no seu limite. **Revista Entre ideias: educação, cultura e sociedade**, [S. l.], v. 3, n. 1, 2013. DOI: 10.9771/2317-

1219rf.v3i1.7028. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/entreideias/article/view/7028/>. Acesso em: 19 jul. 2023.

LEMOS, D. Trabalho docente nas universidades federais: tensões e contradições. **Caderno CRH**, Salvador, v. 24, n. 1, p. 103-118, 2011. <https://doi.org/10.1590/S0103-49792011000400008/>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ccrh/a/wcMpf3pNCszJPXkZKfWdd3D/?lang=pt/>. Acesso em: 16 jul. 2023.

LIMA, M. F. E. M.; LIMA-FILHO, D. O. Condições de trabalho e saúde do/a professor/a universitário/a. **Ciências e Cognição**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 62-82, 2009. Disponível em: http://www.cienciasecognicao.org/pdf/v14_3/m253.pdf/. Acesso em: 25 jul. 2023.

LOPES, M. C. R. "Universidade produtiva" e trabalho docente flexibilizado. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro v. 6, n. 1, p. 35-48, jun. 2006. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812006000100004&lng=pt&nrm=iso/. Acesso em: 27 jul. 2023.

MANCEBO, D.; VALE, A. A. D.; MARTINS, T. B. Políticas de expansão da educação superior no Brasil. 1995-2010. **Revista Brasileira de Educação**, v. 20, n. 60, p. 31-50, jan. 2015. <https://doi.org/10.1590/S1413-24782015206003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbedu/a/QKyJmCvwwGxsJqg7vSCC4xk/?lang=pt/>. Acesso em: 16 jul. 2023.

MANCEBO, D. Trabalho Docente: Subjetividade, Sobre implicação e Prazer. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 74- 80, 2007. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722007000100010>. Acesso em: 25 jul. 2023.

MANCEBO, D. Trabalho docente e produção de conhecimento. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte: ABPS, v. 25, p. 519-526, 2013. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822013000300006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/QHm3LWcS7TKNC8mWBH6zTqM/?lang=pt/>. Acesso em: 16 jul. 2023.

MEC. INEP. Sinopses estatísticas do Censo da Educação Superior: 1995 a 2011. Brasília: MEC, 2011. Disponível em: <https://www.gov.br/inep/pt-br/aceso-a-informacao/dados-abertos/sinopses-estatisticas/educacao-superior-graduacao/>.

MOURA, J. S.; RIBEIRO, J. C. O. A.; CASTRO NETA, A. A.; NUNES, C. P. A precarização do trabalho docente e o adoecimento mental no contexto neoliberal. **Revista Profissão Docente**, [S. l.], v. 19, n. 40, p. 01–17, 2019. DOI: 10.31496/rpd.v19i40.1242. Disponível em: <https://revistasdigitais.uniube.br/index.php/rpd/article/view/1242/>. Acesso em: 16 jul. 2023

SANTOS, F. S.; ALMEIDA FILHO, N. **A quarta missão da Universidade**: internacionalização universitária na sociedade do conhecimento. Coimbra: EduCoimbra; Brasília: Editora UnB, 2012. Acesso em: 16 jul. 2023.

VARGAS, H. M.; ZUCCARELLI, C.; HONORATO, G. de S. Século XXI e desigualdades nas condições de trabalho docente na educação superior. **Revista Diálogo Educacional**, [S. l.], v. 21, n. 69, 2021. DOI: 10.7213/1981-416X.21.069.AO04. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/dialogoeducacional/article/view/27056/>. Acesso em: 17 jul. 2023.

VIGNOLA, R. C. B.; TUCCI, A. M. Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. **Journal of Affective Disorders**, v. 155, p. 104–109, fev. 2014. DOI: 10.1016/j.jad.2013.10.031. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24238871/>. Acesso em: 19 jul. 2023.

WAGNER, T. F. *et al.* Ansiedade social e comorbidades em professores do ensino superior. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 13, n. 4, p. 3-13, 2021. Disponível em: <https://pssa.ucdb.br/pssa/article/view/1163/>. Acesso em: 18 Dez. 2023.

15. BENEFÍCIO EMERGENCIAL PARA MANUTENÇÃO DO EMPREGO E DA RENDA: ANÁLISE PRELIMINAR DE UM ESTUDO COM BENEFICIÁRIOS DO MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO SUL -RS

Cristiane Davina Redin Freitas
Letícia Lorenzoni Lasta
Gabrielly da Fontoura Winter
Kayla Niandra da Silva
Patrícia Marcon Frick Silveira

INTRODUÇÃO

Devido ao impacto econômico gerado pela pandemia da covid-19, muitos países introduziram medidas para proteger o emprego e a renda das famílias (Nogueira; Moreira, 2023). Essas medidas foram importantes para auxiliar os trabalhadores e suas famílias a atravessar o período de crise e também para reduzir os efeitos econômicos negativos de médio e longo prazo.

Nesta direção, o Brasil adotou duas importantes medidas na área trabalhista, uma de natureza assistencial voltada para os trabalhadores informais e famílias de baixa renda (Lei n° 13.982/2020) e outra para os trabalhadores formais do setor privado (MP n° 936/2020) (Hecksher; Foguel, 2020; Brasil, 2020a; Brasil, 2020b). Neste contexto, o Benefício Emergencial para Manutenção do Emprego e da Renda, do qual se tratam as medidas mencionadas, foi um benefício financeiro fornecido pelo Governo Federal com destinação aos trabalhadores informais, microempreendedores individuais, autônomos e desempregados. (Brasil, 2020c).

O referido Auxílio visava que os cidadãos pudessem ter acesso à renda e se mantivessem em isolamento social, conforme orientação dos órgãos nacionais e internacionais de saúde (Brasil, 2020c), permitindo que esta população tivesse condições práticas de participar do esforço coletivo de contenção da pandemia. Porém, a demora do governo para a operacionalização do benefício expôs as parcelas mais vulneráveis da população brasileira a situações de insegurança alimentar.

Além disso, sabe-se que determinadas vulnerabilidades, como a falta de celeridade na disponibilização dos recursos, podem aumentar os riscos de exposição ao contágio do vírus causador da Covid-19. Em um contexto em que uma grande parcela da população urge por fontes alternativas de renda, somada às vulnerabilidades existentes anteriormente ao período da pandemia, outros desafios se interpõem à ação estatal.

Barbosa e Prates (2020) referindo-se ao nível de ocupação apontam que houve a exclusão de grande parcela da população do mercado de trabalho, sendo o desemprego ampliado a 25,3% em nosso país. Além disso, confirmam que o desemprego atingiu indivíduos localizados nas partes intermediária e superior da distribuição de renda e em maior intensidade do que em crises anteriores. Assim, a crise na economia, derivada da presença do vírus entre a população, ao forçar as pessoas a se retirarem do mercado de trabalho, também impeliu o governo a implementar políticas emergenciais.

Dito isso, este trabalho articula-se à pesquisa intitulada “Impactos do benefício emergencial para a manutenção do emprego e da renda para os cidadãos de Santa Cruz do Sul/RS”, que buscou analisar o impacto do Benefício Emergencial para Manutenção do Emprego e da Renda na vida dos cidadãos de Santa Cruz do Sul, durante o período da pandemia da covid-19. Nesse sentido, entendemos ser importante compreender como ocorreu o processo de acesso (ou não) ao Auxílio Emergencial, a partir da perspectiva das pessoas que se inscreveram para o recebimento do benefício, na cidade de Santa Cruz do Sul/RS.

Com relação ao processo metodológico, este estudo possui caráter quantitativo, exploratório e descritivo e foi dividido em três fases, sendo a primeira de investigação da população do município inscrita no Benefício Emergencial, buscando verificar a situação acerca do recebimento ou não do benefício por esta população. A segunda fase se dá a partir da aplicação de um questionário estruturado, de forma presencial, buscando investigar as características sociodemográficas dos inscritos para o Benefício Emergencial e o processo de obtenção do mesmo, as razões que o levaram a ser aceito ou não na solicitação deste, bem como mapear as áreas da vida nas quais os inscritos usaram ou usariam o referido benefício. Na terceira fase, busca-se a construção de cartilhas e vídeos informativos acerca dos benefícios sociais do Governo Federal (eventuais e emergenciais) que dão acesso aos direitos garantidos pela Constituição.

Atualmente, a pesquisa se encontra em sua segunda fase, onde está sendo realizada a coleta de dados a partir dos questionários. Os questionários contam com perguntas acerca de dados socioeconômicos e sociodemográficos dos participantes, como por exemplo: idade, sexo, renda atual, bem como com quem o participante reside e quantas pessoas moram na mesma casa. Ainda, há questões acerca da inscrição do participante para o recebimento do Benefício Emergencial, se houve alguma dificuldade neste processo, os motivos do recebimento ou não deste, e onde o participante utiliza ou utilizaria o dinheiro recebido. Os dados obtidos foram computados em uma Planilha do Excel e analisados através de estatística descritiva.

Assim, neste texto, vamos apresentar as evidências levantadas até o momento, segunda fase da pesquisa, de modo a discutir, o impacto de tal benefício na vida dos cidadãos da cidade estudada, problematizando em que medida tal benefício contribuiu para minimizar os efeitos da crise econômica, provocada pela instauração da situação de pandemia. Sendo assim, o texto se organiza da seguinte forma: no desenvolvimento, apresentam-se alguns apontamentos acerca da Assistência Social e dos Benefícios

Eventuais, após, problematiza-se o surgimento do contexto pandêmico e suas consequências no âmbito econômico e social da população. Por fim, apresentamos o Auxílio Emergencial como ferramenta utilizada pelo governo para a mitigação das consequências da Covid-19, discutindo os resultados do estudo realizado no município de Santa Cruz do Sul.

ALGUNS APONTAMENTOS SOBRE ASSISTÊNCIA SOCIAL E OS BENEFÍCIOS EVENTUAIS

O reconhecimento da necessidade de ampliação de direitos sociais e políticos à cidadania foi dado a partir de discussões realizadas em movimentos sociais presentes no Brasil, os quais resultaram em importantes conquistas que impactaram na Constituição Federal de 1988 e asseguraram, então, a garantia de direitos sociais e individuais (Silva; Corgozinho, 2011). Neste campo, a Assistência Social passa a integrar o campo da Seguridade Social, sendo entendida como política pública e também como dever do Estado.

A partir da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) (Brasil, 1993), a Assistência Social passa a ser organizada em níveis de complexidade: Proteção Social Básica e Proteção Social Especial média e alta complexidade. Como principais objetivos, a Proteção Social visa a garantia da vida, a prevenção de riscos e a redução de danos a partir da proteção, da vigilância socioassistencial e da defesa de direitos (Brasil, 2011). Tais objetivos são operacionalizados através dos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), representantes da proteção social básica do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), e também os Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), dispositivos da Proteção Social Especializada.

De acordo com a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), a Assistência Social visa garantir a todos que dela necessitam, a proteção social. Assim, “essa perspectiva significa aportar quem, quantos, quais e onde estão os brasileiros

demandatários de serviços e atenções de assistência social” (Brasil, 2004, p. 15).

Para Mauriel (2010), as lutas sociais pela implementação da Seguridade Social brasileira foram estratégias no combate à pobreza. Para o autor, exercer uma liberdade perpassa por condições como a saúde e a educação básica, as quais devem ser garantidas para que haja o exercício da cidadania. Ainda, para haja o combate da pobreza, é necessário o desenvolvimento de capacidades libertadoras, como possibilidade de escolha. Aqui, o Estado se dá como o responsável pela garantia de tais condições mínimas de autonomia e empoderamento.

Dessa forma, um dos dispositivos adotados pelo SUAS para tal garantia de direito, os Benefícios Eventuais caracterizam-se por uma oferta temporária de recursos para o enfrentamento de situações de vulnerabilidades. Para o Ministério da Cidadania (2018, p. 21), os Benefícios Eventuais são:

Concedidos em forma de pecúnia, bens ou serviços, buscam garantir as seguranças sociais de acolhida, convívio e sobrevivência aos indivíduos e às famílias com impossibilidade temporária de arcar, por conta própria, com o enfrentamento de situações de vulnerabilidade decorrentes ou agravadas por contingências que causam danos, perdas e riscos, desprotegendo e fragilizando a manutenção e o convívio entre as pessoas.

Assim, pode-se entender que o Benefício Eventual se dá a partir da oferta de possibilidades frente a um episódio de instabilidade da garantia de acesso a direitos básicos garantidos ao cidadão, como por exemplo em situações de agravamento de pobreza, fragilidades ou inclusive em dificuldades de acesso à renda, ao mundo do trabalho ou outras políticas públicas. Como objetivo principal, visa restabelecer aquilo que foi comprometido com o evento ocorrido, envolvendo acolhimento e a busca da autonomia do sujeito, seja através da promoção de bens materiais, quanto no restabelecimento do convívio familiar e social (Brasil, 2018).

A PANDEMIA DA COVID-19 E O AGRAVAMENTO DAS SITUAÇÕES DE VULNERABILIDADE SOCIAL

A partir da disseminação de alta transmissibilidade do vírus denominado como SARS-CoV-2, causador de uma síndrome respiratória aguda grave, em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou estado de pandemia (Nie *et al.*, 2020; OPAS, 2020). Diante desse cenário e do colapso de diversos serviços de saúde devido ao aumento do número de internações, foi necessária a implementação de medidas para a redução da transmissão do vírus, como o isolamento dos casos infectados, o uso de máscaras e, principalmente, o distanciamento social. Tais medidas ocasionaram o fechamento de escolas, a proibição de aglomerações, a diminuição da circulação nas ruas e, também, o fechamento de postos de trabalho presenciais (Aquino *et al.*, 2020).

Apesar do distanciamento se dar como uma estratégia eficaz na diminuição do avanço do vírus, essa ferramenta também trouxe consequências relacionadas ao desemprego e impactos na economia, atingindo principalmente as camadas mais vulneráveis, no caso do Brasil. Neste sentido, os dados atualizados do ano de 2021 demonstram que mais de 50 milhões de pessoas passaram a viver em situação de pobreza e de extrema pobreza (Brasil, 2021).

Houve, ainda, um processo de demissão em massa e a busca de alternativas para que as empresas mantivessem, ao menos, as suas atividades, com serviços de entrega ou vendas pela *Internet*. Todavia, prestadores de serviços de diversas áreas ficaram com pouca ou nenhuma renda, devido à recomendação de isolamento social. Assim, percebe-se que houve inúmeras falências no âmbito econômico e um aumento expressivo do desemprego (Amaral; Jesus; Costa, 2020).

Diante deste cenário, o Brasil foi exposto a uma realidade de desigualdades sociais e problemas de saúde pública, revelando condições vulneráveis de uma parte da população, com recursos escassos, falta de saneamento básico e inclusive de moradia e

alimentação (Nasser *et al.*, 2021). Frente a isso, foi necessária a mobilização governamental para que, para além dos cuidados com a saúde física e biológica da população, ainda se pudesse criar estratégias para que os direitos fundamentais, como habitação e alimentação, pudessem ser preservados durante a crise sanitária vivenciada na pandemia.

O AUXÍLIO EMERGENCIAL COMO DISPOSITIVO DE GARANTIA DE EMPREGO E RENDA

Regulamentado através da Lei 13.982 de 2 de abril de 2020, o Benefício Emergencial para Manutenção do Emprego e da Renda se deu como um apoio financeiro do Governo Federal para trabalhadores informais, microempreendedores individuais, autônomos e desempregados, objetivando a proteção emergencial durante a pandemia da covid-19. A lei dispõe como renda básica emergencial, o valor de R\$ 600,00 ou R\$ 1.200,00 para mães-solos, que possuem condições de trabalho instáveis ou desemprego. Inicialmente, o período deste benefício era de seis meses, podendo ser prorrogado, diante da situação da pandemia. Os critérios elegidos para o recebimento do Auxílio foram os seguintes: ter idade mínima de 18 anos; não ter emprego formal; ter renda familiar até 3 salários-mínimos; não ter recebido rendimentos tributáveis, em seu nome, acima de R\$ 28.559,70 no ano de 2018; e não receber outros benefícios assistenciais do governo, exceto o Bolsa Família (Brasil, 2020a).

Como forma de divulgação e inscrição para o Auxílio Emergencial, o governo criou um aplicativo virtual, o qual poderia ser acessado em computadores e *smartphones*. Porém, neste processo de inscrição e pagamento do Auxílio, Marins *et al.* (2021), em seu estudo, referem a ocorrência de inúmeros desafios que dificultaram o auxílio à população, sendo que inicialmente houve uma demora para a operacionalização deste benefício, o que expôs as parcelas mais vulneráveis da população pobre brasileira a

situações de insegurança alimentar, e, inclusive, à cenas desumanas como famílias dormindo em fila de espera, aguardando o benefício.

Outros pontos abordados pelos autores referem dificuldades como o acesso ao aplicativo, sendo necessário um dispositivo e a familiaridade com a tecnologia, o que acaba por não ser a realidade das populações mais vulneráveis. Ainda, a falta de orientação e atendimento à população, o que dificultou inclusive o acesso ou a inscrição. Por fim, se pontua também a desarticulação evidenciada entre os entes federativos, o que também prejudicou aqueles que necessitavam de auxílio (Marins *et al.*, 2021).

Portanto, em um contexto em que uma grande parcela da população urge por fontes alternativas de renda, somada às vulnerabilidades existentes anteriormente ao período da pandemia, outros desafios se interpõem à ação estatal. Esses aspectos interferem diretamente no acesso ao benefício e podem prejudicar sua eficácia. Apesar disso, o Auxílio Emergencial foi capaz de alcançar 68,3 milhões de pessoas, sendo 56,1% da população (Brasil, 2021) e foi capaz de recolocar em pauta de discussão, novamente, problemas como a precarização do trabalho, a concentração de renda e o aumento da pobreza no Brasil (Marins *et al.*, 2021).

O QUE OS BENEFICIÁRIOS TROUXERAM NOS QUESTIONÁRIOS?

Diante da conjuntura apresentada nas seções anteriores, é importante ressaltar que este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade, conforme parecer ético nº 4.662.029, assim como, todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordando com a participação neste estudo.

Até o momento, foram analisados os questionários de 80 participantes, sendo que destes, 67 receberam o Benefício Emergencial. Quanto aos dados sociodemográficos, 78,7% são mulheres, enquanto 21,3% são homens. A maioria possui entre 18 e

30 anos (42,5%) e, são solteiros (61,3%), 45% possuem nível de escolaridade até o Ensino Fundamental incompleto e 80% têm filhos.

No que diz respeito à moradia, 55% dividem a residência entre duas e três pessoas, sendo que 15 participantes referem residir com filhos e cônjuge (18,7%) e 24 referem residir apenas com filhos (30%). Em relação à renda, 52,5% participantes referem não trabalhar, enquanto apenas 10% referem ter carteira assinada. Dos 80 participantes, 55% recebem o Bolsa Família, e no que diz respeito ao valor da renda mensal, 53,2% recebem menos de um salário mínimo, enquanto 35,1% recebem em torno de um salário mínimo como renda, sendo que destes, 85% afirmam não ter dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades básicas.

Quando questionados acerca de onde realizaram sua inscrição e o motivo pelo qual receberam o Auxílio Emergencial, 60,8% dos participantes referem ter realizado a inscrição no CRAS de referência do seu território, e 26,6% fizeram sua inscrição via aplicativo de *smartphone*. Destes, 72,5% dos respondentes que se inscreveram tanto no CRAS quanto através do aplicativo tiveram sua solicitação deferida por estar desempregado ou por ser beneficiário do Bolsa Família. Ao questioná-los sobre a falta de dinheiro durante o mês, as principais necessidades citadas foram a Alimentação (71,2%) e Moradia (56,2%). Tendo isso em vista, o valor recebido através do Auxílio Emergencial foi destinado pelos participantes a Alimentação (68,7%) e Moradia (53,7%). Com isso, observa-se que tanto a segurança alimentar, quanto o custeio da moradia, se fizeram urgentes neste período.

Diante de tais resultados, pode-se perceber que a população aqui descrita possui um perfil de vulnerabilidade, majoritariamente usuária do SUAS. Tal população foi também alvo inicial do Auxílio Emergencial, sendo que os critérios de inscrição do Cadastro Único, necessário para que o usuário possa acessar os serviços do SUAS, coadunam com aqueles previstos pelo Auxílio (Nalesso; Rizzotti; Mustafa, 2021).

Para Lucca-Silveira e Barbosa (2021), o Auxílio Emergencial acabou por evidenciar que o valor de transferência de renda do

Bolsa Família era insuficiente, sendo que as linhas de pobreza e extrema pobreza se encontravam abaixo das condições básicas de sobrevivência da população. Tais resultados corroboram com os achados da pesquisa realizada em Santa Cruz do Sul, sendo que os partícipes também referem que, apesar do valor atual ter subido (em torno de R\$ 600,00), este ainda não é o suficiente para satisfazer as necessidades básicas dessa população.

Os autores citam que, para além daquela população que já se encontrava em níveis de vulnerabilidade anteriormente à pandemia, há a preocupação com um novo grupo que, após a pandemia, também passou a vivenciar a insegurança frente a garantia de direitos básicos como a saúde e a educação por conta de uma volatilidade de acesso a renda. Tal situação reduziu o bem-estar dos indivíduos e diminuiu sua possibilidade de investir em bens materiais e imateriais (Lucca-Silveira; Barbosa, 2021). Ao observar os resultados do estudo com beneficiários do município do interior do Rio Grande do Sul, podemos evidenciar tal insegurança frente, principalmente, à empregabilidade dos participantes, já que 90% destes vivem da informalidade ou do acesso exclusivo a benefícios assistenciais.

Ainda, em conjunto com as demais consequências da pandemia da covid-19, a inflação na alimentação chegou a 13,2% em 2020, sendo que o valor disponibilizado pelo governo através do Auxílio Emergencial, não foi o suficiente para reduzir, de fato, o impacto da crise no Brasil (Brandão, 2021). Tais dados corroboram com a realidade apontada pelos beneficiários de Santa Cruz do Sul, ao compreender que a alimentação acaba por ser a necessidade mais citada pelos mesmos quando referem a falta de dinheiro e, também, onde o benefício acabou por ser mais utilizado.

Tendo em vista que a habitação, a alimentação e a saúde são direitos garantidos pela Constituição Federal de 1988, entende-se que os equipamentos estatais de proteção social possam vir a assegurar o acesso aos mesmos à população exposta à vulnerabilidade social e econômica. No entanto, a partir de 2016, programas de Assistência Social, bem como outras áreas (como

saúde e educação), foram experimentando, aos poucos, a redução orçamentária devido à PEC 95/2016.

De acordo com a Confederação Nacional dos Municípios (2017), o corte orçamentário de investimento na política pública de Assistência Social foi de 19% nesse período, sendo que os CRAS tiveram uma queda orçamentária de 15%. Os cortes representaram um montante de aproximadamente R\$471 milhões em comparação aos anos anteriores. Tais desinvestimentos seguiram acontecendo até 2022, havendo uma descontinuidade dos financiamentos e do apoio técnico e de gestão do SUAS (Nalesso; Rizzotti; Mustafa, 2021).

Apesar disso, o que a pesquisa realizada em Santa Cruz do Sul demonstra é justamente que, para além das dificuldades impostas aos serviços, o CRAS e o SUAS acabaram sendo a ponte entre a garantia de tais direitos e o acesso ao Auxílio Emergencial para a população, sendo o local onde os usuários encontraram possibilidade de se inscreverem para o benefício. Para Lasta *et al.* (2023), é necessário a construção de espaços de resistência frente aos tensionamentos em relação à gestão da pobreza, apesar dos desmontes vivenciados nas políticas públicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da discussão realizada, percebe-se que o Auxílio Emergencial possibilitou o acesso à renda para a população de Santa Cruz do Sul, principalmente para aqueles que já vivenciavam alguma vulnerabilidade anterior à pandemia da covid-19. Cabe destacar que, apesar de ter sido uma medida necessária, o Auxílio Emergencial não conseguiu viabilizar a manutenção plena das necessidades básicas da população pesquisada. Dito isso, cabem os questionamentos: Como garantir direitos sociais afiançados pela Constituição Federal de 1988, sem que haja a garantia da segurança alimentar e da habitação? Como pensar em prevenção ao adoecimento e promoção da saúde em contextos de insegurança alimentar e de moradia?

Frente a isto, é importante ressaltar que apesar dos desinvestimentos nas políticas públicas de Assistência Social, o equipamento de tal política, como o CRAS, foi a ponte necessária para que os participantes tivessem acesso ao Auxílio Emergencial. Assim, fica claro que mesmo vivenciando momentos de incertezas dentro do SUAS frente a Covid-19, ainda há a possibilidade de luta por direitos e pelo acesso da população àquilo que lhe deve ser garantido.

REFERÊNCIAS

AMARAL, A. M.; JESUS, J. S.; COSTA, N. N. Uma análise do impacto do Coronavírus na economia mundial e brasileira. **Negócios em Projeção**, Brasília: v. 11, n. 1, p. 200-204, 2020. Disponível em: <https://revista.projecao.br/index.php/Projecao1/article/view/1606>. Acesso em: 23 jul. 2023.

AQUINO, E. M. L. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de Covid-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 2423-2446, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/4BHTCFF4bDqq4qT7WtPhvYr/?lang=pt#>. Acesso em; 21 jul. 2023.

BARBOSA, R. J.; PRATES, I. **Efeitos do desemprego, do Auxílio Emergencial e do Programa Emergencial de Preservação do Emprego e da Renda (MP nº 936/2020) sobre a renda, a pobreza e a desigualdade durante e depois da pandemia**. Brasília, IPEA: 2020.

BRANDÃO, R. C. Auxílio emergencial precisa corresponder à realidade. **IBASE**, 2021. Disponível em: https://ibase.br/auxilio-emergencial-precisa-corresponder-a-realidade/?gclid=CjwKCAjwxr2iBhBJEiwAdXECw6EhGo0Ji76dnTqabpeROxpBZkte4rUGSEjJBE3N6Qp8YAHZ1LIFqRoC3WgQAvD_BwE. Acesso em: 24 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Cidadania. **Orientações técnicas sobre benefícios eventuais no SUAS**. Brasília: 2018. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_soci

al/Cadernos/SNAS_Cartilha_Par%C3%A2metros_Atua%C3%A7%C3%A3o_SUAS.pdf. Acesso em: 20 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Cidadania. **Painel Dados Aberto da Matriz de Informações Sociais**. Brasília: 2021. Disponível em: <https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/ri/relatorios/cidadania/>. Acesso em: 23 jul. 2023.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome - MDS. **Política Nacional de Assistência Social - PNAS**. Brasília: 2004. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf. Acesso em: 17 jul. 2023.

BRASIL. **Lei nº 12.435, de 6 de Julho de 2011**. Brasília: 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12435.htm. Acesso em: 17 jul. 2023.

BRASIL. **Lei nº 13.982, de 2 de abril de 2020**. Brasília: 2020a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/l13982.htm. Acesso em: 24 abr. 2023.

BRASIL. **Lei nº 8.742, de 7 de Dezembro de 1993**. Brasília: 1993. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm. Acesso em: 17 jul. 2023.

BRASIL. **Medida Provisória 936, de 1º de abril de 2020**. Brasília: 2020b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/mpv/mpv936.htm. Acesso em: 24 abr. 2023.

BRASIL. **Medida Provisória nº 1000, de 2 de setembro de 2020**. Brasília: 2020c. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Mpv/mpv1000.htm. Acesso em: 24 abr. 2023.

Confederação Nacional dos Municípios (CNM). Governo reduz orçamento da Assistência Social para criar Programa Criança Feliz. Brasília: 2017. Disponível em: <https://www.cnm.org.br/comunicacao/noticias/governo-reduz-orcamento-da-assistencia-social-para-criar-programa-crianca-feliz>. Acesso em: 24 jul. 2023.

GUEDES, A. **Retorno do Brasil ao Mapa da Fome da ONU preocupa senadores e estudiosos**. Agência Senado, Brasília: 2022. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/infomate>

rias/2022/10/retorno-do-brasil-ao-mapa-da-fome-da-onu-preocupa-senadores-e-estudiosos. Acesso em: 24 jul. 2023.

HECKSHER, M. D.; FOGUEL, M. N. **Benefícios emergenciais aos trabalhadores informais e formais no Brasil**: estimativas das taxas de cobertura combinadas da Lei nº 13.982/2020 e da Medida Provisória nº 936/2020. Brasília: IPEA, 2020.

LASTA, L. L. *et al.* A Psicologia no SUAS: Provocações em Tempos de Desmontes. **Quaderns de Psicologia**, Barcelona, v. 25, n. 2, p. 1-19, 2023. Disponível em: <https://quadernsdepsicologia.cat/article/view/v25-n2-lorenzoni-hillesheim-holderbaun-et-al/1934-pdf-pt>. Acesso em: 24 jul. 2023.

LUCCA-SILVEIRA, M. P.; BARBOSA, R. J. O Futuro das Transferências de Renda no Brasil: dilemas empíricos e normativos para um programa pós-pandemia e pós-auxílio emergencial. **Sociologia & Antropologia**, Rio de Janeiro, v. 11, p. 67-92, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sant/a/SmVqJMtWmpkc7bcTWysVZcw/?lang=pt#>. Acesso em: 27 jul. 2023.

MARINS, M. T. *et al.* Auxílio Emergencial em tempos de pandemia. **Revista Sociedade e Estado**, Brasília, v. 36, n. 2, p. 669-691, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/se/a/xJ7mwmL7hGx9dPDthGYM3m/?format=pdf>. Acesso em: 24 jul. 2023.

MAURIEL, A. P., O. Pobreza, seguridade e assistência social: desafios da política social brasileira. **Revista Katál. Florianópolis**, Florianópolis, v. 13, p. 173-180, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/79fwpKbKJ3KZPCYJRhjbPBF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 jul. 2023.

NALESSO, A. P. P.; RIZZOTTI, M. L. A.; MUSTAFA, Samia, M. Desmonte da Proteção Social: uma análise da implementação do auxílio emergencial. **Temporalis**, Brasília, v. 19, n. 37, p. 219-236, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/34798/23575>. Acesso em: 27 jul. 2023.

NASSER, M. A. *et al.* Vulnerabilidade e resposta social à pandemia de Covid-19 em territórios metropolitanos de São Paulo e da Baixada Santista, SP, Brasil. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 25, 2021. Disponível em: <https://www.scie>

lo.br/j/icse/a/jJYXk4xFdhCmMhjsDVWNTHg/?lang=pt#. Acesso em: 23 jul. 2023.

NIE, Xiuquan *et al.* Epidemiological Characteristics and Incubation Period of 7015 Confirmed Cases With Coronavirus Disease 2019 Outside Hubei Province in China. **The Journal of Infectious Diseases**, Oxford, v. 222, n. 1, p. 26-33, 2020. Disponível em: <https://academic.oup.com/jid/article/222/1/26/5825699>. Acesso em: 21 jul. 2023.

NOGUEIRA, M. O.; MOREIRA, R. F. C. A Covid deixa sequelas: a destruição do estoque de capital das micro e pequenas empresas como consequência da pandemia de Covid-19. **Ipea**. Rio de Janeiro, junho, 2023. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/12149/1/TD_2894_web.pdf. Acesso em: 26 dez. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **Histórico da pandemia de Covid-19**. Washington, USA: OPAS, 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19#%3A~%3Atext%3DEm%2030%20de%20janeiro%20de%20previsto%20no%20Regulamento%20Sanit%3%A1rio%20Internacional>. Acesso em: 21 jul. 2023.

SILVA, J. V.; CORGOZINHO, J. P. Atuação do Psicólogo, SUAS/CRAS e Psicologia Social Comunitária: possíveis articulações. **Psicologia & Sociedade**, v. 23, p. 12-21, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/hfMzSBCwb3sMh5cShTYqLzD/?lang=pt#>. Acesso em: 17 jul. 2023.

16. PROGRAMAS DE GERENCIAMENTO DE ANTIMICROBIANOS EM HOSPITAIS BRASILEIROS: EXPECTATIVA OU REALIDADE?

Evelin Dal Pai Tondolo
Rochele Mosmann Menezes
Ana Laura Oliveira De Carli
Betina Franciele Schwinn
Ingrid Guero Korb
Marcelo Carneiro
Suzane Beatriz Frantz Krug

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a manipulação indiscriminada e inadequada de antimicrobianos representa uma das principais causas da ascensão de microrganismos multirresistentes. Isso constitui um importante desafio para a saúde pública, já que influencia negativamente os processos de assistência e ineficiência terapêutica. Concomitante a isso, ocorre o aumento da taxa de mortalidade dos pacientes e crescimento exponencial dos custos de tratamentos e assistência hospitalar (OMS, 2023).

A resistência antimicrobiana (RM) é um fenômeno natural que ocorre ao longo do tempo, geralmente devido a alterações genéticas. No entanto, o uso inadequado e excessivo de antimicrobianos está acelerando esse processo. Em muitas regiões, os antibióticos são utilizados em excesso e de forma inapropriada tanto em seres humanos como em animais, muitas vezes sem supervisão profissional (Majumder *et al.*, 2020). Exemplos de uso inadequado incluem a administração de antibióticos por pessoas com infecções virais, como resfriados e gripes, além do uso desses medicamentos

como promotores de crescimento em animais ou para prevenir doenças em animais saudáveis (Lushniak, 2014).

Dessa maneira, ficou evidente a necessidade de ações que priorizassem a redução da RM. Assim, em 2015, na 68ª Assembleia Mundial de Saúde, foi aprovado o Plano de Ação Global para combater a RM, com o intuito de fornecer tratamento adequado e seguro às populações. Sendo assim, a OMS, em conjunto com países da Organização das Nações Unidas (ONU), estipula planos nacionais que visam garantir a terapêutica máxima, reduzir efeitos adversos aos pacientes, diminuir a propagação de agentes resistentes e diminuir custos de assistência (ANVISA, 2023a). Sendo assim, o objetivo desse trabalho é destacar as ações existentes que visam a redução da RM causada pela manipulação indiscriminada e inadequada de antimicrobianos por meio dos programas de gerenciamento do uso de antimicrobianos (PGA).

PROGRAMAS DE GERENCIAMENTO DO USO DE ANTIMICROBIANOS

O termo *Stewardship* pode ser definido como a ação responsável de cuidar daquilo que foi confiado à responsabilidade de uma pessoa específica. Na área da saúde, é utilizado como ferramenta na aplicação de um sistema de gerenciamento de antimicrobianos (Who, 2002). Dessa forma, são denominados como *Antimicrobial Stewardship* (AMS) ou como PGA no Brasil, no intuito de orientar os sistemas de saúde a nível nacional e global para a otimização de uso de antimicrobianos e no combate a resistência microbiana (Who, 2019).

Os principais objetivos desses programas são voltados para a segurança do paciente, com ações que possam reduzir os efeitos não intencionais do uso de antimicrobianos e neutralizar a RAM, bem como ofertar assistência com boa relação custo-benefício (Hegewisch-Taylor, 2020). O PGA, também reconhecido como Programas de *Stewardship*, está em constante ampliação, uma vez que está sendo implantado a nível mundial. Seu principal objetivo

visa ações que promovam o uso racional de antimicrobianos nos serviços de saúde, a fim de garantir o efeito farmacoterapêutico máximo, diminuir impactos negativos e efeitos adversos (ANVISA, 2023b).

A OMS delimitou componentes centrais da gestão de antimicrobianos: a) criar uma estrutura de AMS com respaldo formal de liderança e recursos humanos designados; b) aplicar intervenções destinadas a aprimorar as práticas de prescrição de antimicrobianos e implementar medidas restritivas e estruturais; c) e empregar métricas para avaliar o progresso nas estruturas, processos e resultados (Who, 2019). Na Figura 1 está ilustrada uma representação esquemática das etapas para a elaboração e implementação do PGA, segundo recomendação de documento publicado pela ANVISA.

Figura 1 – Representação das etapas para a elaboração e implementação do PGA



Fonte: ANVISA (2023) - PGA

Além disso, o uso racional de antimicrobianos vai muito além da escolha do medicamento adequado, considerando também

fatores como: dose, via de administração e duração da terapia. Dessa maneira, isso propicia ao paciente não só melhores condições de tratamento, mas também melhores quadros de recuperação e diminuição dos custos do tratamento. Todo esse conjunto de ações e variáveis que interferem no uso coerente de antimicrobianos, bem como o desfecho de um tratamento eficaz para o paciente, caracteriza a finalidade dos programas de Stewardship (ANVISA 2023; Fabre *et al.*, 2023; Majumder *et al.*, 2020; Statterfield; Miesner; Percival, 2020).

REVELANDO IMPACTOS: ANÁLISE DOS RESULTADOS DAS INTERVENÇÕES DOS PROGRAMAS DE GERENCIAMENTO DE ANTIMICROBIANOS

Em estudo realizado na América Latina, no qual foi avaliado o impacto dos PGA em unidades de terapia intensiva médico-cirúrgicas adultas no continente, os resultados encontrados sugeriram que as UTI com PGA com pontuações globais mais altas na autoavaliação final apresentaram melhores indicadores de adequação e impacto, além de menor consumo de antimicrobianos do que naquelas com pontuações inferiores. As UTIs com PGA mais amplos mostraram melhora significativa na utilização de antimicrobianos (Quirós *et al.*, 2021).

De acordo com as pesquisas realizadas, existem fatores que podem facilitar a implementação de programas de gestão do uso de antimicrobianos em hospitais (Curtis *et al.*, 2020). Esses facilitadores incluem: a satisfação dos pacientes; ações educativas destinadas tanto aos profissionais de saúde quanto aos pacientes; a presença de uma infraestrutura adequada; a participação ativa dos profissionais de saúde na tomada de decisões; uma equipe multidisciplinar integrada; relações de trabalho que promovam um ambiente seguro para a prática clínica; a integração de sistemas eletrônicos; além da qualidade dos serviços de laboratório e do suporte financeiro e planejamento fornecidos pela gestão (Blumenthal *et al.*, 2017; Fabre, *et al.*, 2023).

Por outro lado, a literatura também aponta uma série de obstáculos que podem dificultar a efetivação desses programas de gestão do uso de antimicrobianos. Tais barreiras incluem: a falta de acesso a amostras de materiais para exames e a insatisfação dos pacientes; diferenças culturais e comportamentais; a carência de comunicação e de conhecimento prático entre os profissionais; a falta de formação e treinamento adequados para os profissionais envolvidos nos serviços; dificuldades na organização do trabalho devido à escassez e baixa retenção de profissionais ou ao acúmulo de funções; bem como relações de trabalho que criam um ambiente hostil para os profissionais de saúde; além da falta de financiamento e de recursos humanos adequados, infraestrutura insuficiente e dos custos elevados das ações (Fabre, *et al.*, 2023; Melo *et al.*, 2020).

Uma revisão de escopo, cujo objetivo foi identificar as iniciativas de AMS em hospitais da América Latina, constatou que as intervenções educativas foram as estratégias mais prevalentes, consideradas fundamentais para a autonomia do prescritor. Além disso, auditorias foram realizadas para ajuste na prescrição de antibióticos, otimização de doses, correção de terapias redundantes, mudanças de administração intravenosa para oral e redução do tempo de tratamento. Neste mesmo estudo, constatou-se que apenas 14% de todas as iniciativas de gestão de antimicrobianos incluíram o uso de tecnologia da informação, indicando um avanço moderado nos investimentos em infraestrutura (Hegewisch-Taylor, 2020).

O manual da OMS (2019) prevê intervenções estruturais, para usar a tecnologia da informação no monitoramento e na validação das prescrições, assim como na incorporação de técnicas laboratoriais e de diagnóstico, como testes laboratoriais rápidos, monitoramento terapêutico de medicamentos e prescrições médicas informatizadas.

Em estudo realizado na Costa Rica, foram realizadas ações de educação pelo time gestor do AMS, as quais foram lideradas por um farmacêutico, que promoveram a utilização de cefalosporinas

de primeira geração como medicamento de escolha para profilaxia antimicrobiana cirúrgica. Ao final do período do estudo foi verificado a diminuição no uso de outros antibióticos (Diaz-Madrix *et al.*, 2020). Em outro estudo realizado em um hospital da capital colombiana, foram analisadas as intervenções relacionadas a criação de protocolos clínicos baseados no perfil epidemiológico da instituição e os resultados obtidos demonstraram que houve adesão de 82% resultando na queda de 10% de infecções por microrganismos multirresistentes e diminuição do consumo de antibióticos de alto custo e de amplo espectro (Pallares; Cataño Cataño, 2017). E, em estudo realizado em um hospital chileno os resultados evidenciaram que o ASP causou uma diminuição direta nos custos, com uma intensificação ao longo do tempo, após a implementação do ASP. Estimou-se uma redução de 48,4% nas despesas, representando uma economia de 190.000 dólares (Fica *et al.*, 2018).

PANORAMA BRASILEIRO DOS PGA

A Diretriz Nacional para elaboração de Programa de Gerenciamento do Uso de Antimicrobianos em Serviços de Saúde, publicada pela ANVISA em 2018 e revisada em 2023, tem como principal intuito auxiliar e instruir profissionais da saúde acerca da implementação de Programas de Gerenciamento de Antimicrobianos (PGA). Nesse documento, evidencia-se a educação como principal componente para o sucesso dos programas, pois esses representam o principal caminho para a utilização racional de antimicrobianos.

Ademais, isso colabora com a redução da RM, diminuição de complicações, prognósticos mais favoráveis e redução de gastos hospitalares. Na diretriz, destaca-se a avaliação da ANVISA de instituições que haviam implementado o PGA, a qual visa avaliar o grau de implementação e os principais desafios dessa política. Entre as principais barreiras de implementação, destacam-se: insuficiência de recursos humanos e financeiros, inexistência de

suporte tecnológico e pouco apoio da alta direção das instituições. (ANVISA, 2023a).

A implementação do PGA necessita reconhecer o seu panorama nacional, sua implementação e as barreiras relacionadas a sua aplicabilidade. Dessa maneira, a ANVISA realizou uma pesquisa, em 2019, com hospitais brasileiros que possuíam Unidades de Terapia Intensiva (UTI), a fim de avaliar o grau de aplicação do PGA nessas instituições. Sendo assim, 954 instituições participaram, das quais 341 declararam ter o PGA implementado, sendo classificadas, em sua maioria, com nível básico e intermediário. Referente aos enfrentamentos, destaca-se a carência de recursos humanos e financeiros para manter o programa, além da ausência de ferramentas tecnológicas (Menezes *et al.*, 2022).

Posteriormente, em 2022, foi realizada uma pesquisa semelhante, a fim de comparar os resultados do PGA, sua evolução e analisar fatores que favoreceram e impediram sua aplicação. Na última pesquisa, 2072 hospitais participaram da pesquisa, o que revela aumento exponencial na adesão ao PGA em comparação a 2019. Referente aos fatores que auxiliaram a implementação do programa, foi ressaltado que o apoio da alta direção dos hospitais teve considerável importância, além disso, a presença de protocolos, apoio e adesão dos médicos representam importante evolução do cenário. Entretanto, a ausência de tempo operacional para exercer atividades do PGA, resistência de profissionais e falta de engajamento multiprofissional do hospital caracterizam as principais barreiras do último levantamento (ANVISA, 2023c).

Entre os hospitais que ainda não possuem o PGA implantado, em torno de 30% afirmam que o número insuficiente de profissionais é o principal motivo, além da falta de apoio das outras partes da instituição, como: farmácia, laboratórios e outros. Na avaliação de 2022, somente 3% dos hospitais analisados foram considerados inadequados, enquanto 44% foram classificados como intermediários. Nessa perspectiva, em comparação com a pesquisa de 2019, observa-se a permanência de um grande número de hospitais de nível intermediário.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De forma resumida, a introdução de iniciativas, visando prevenir e controlar a resistência antimicrobiana em ambientes hospitalares requer a formulação de um plano de ação adaptado à realidade local, levando em conta os obstáculos e os elementos favoráveis. Tais programas demandam a colaboração ativa de todas as partes envolvidas na busca por soluções. Por fim, a condução e a publicação de estudos brasileiros metodologicamente rigorosos para investigar os problemas e obstáculos ligados aos programas de gestão responsável também se revela crucial para melhorar o cenário nacional no que se refere a programas de gerenciamento de antimicrobianos.

REFERÊNCIAS

- ANVISA. **Diretriz Nacional para Elaboração de Programa de Gerenciamento do Uso de Antimicrobianos em Serviços de Saúde. Brasília.** 2023a. Disponível em: <<http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/Diretriz+Nacional+para+Elabora%C3%A7%C3%A3o+de+Programa+de+Gerenciamento+do+Uso+de+Antimicrobianos+em+Servi%C3%A7os+de+Sa%C3%BAde/667979c2-7edc-411b-a7e0-49a6448880d4?version=1.0>>. Acesso em: 15 jul. 2023.
- ANVISA. **Fases do Programa de Gerenciamento de Antimicrobianos em Serviços de Saúde.** 2023b. Disponível em: <<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/prevencao-e-controle-de-infeccao-e-resistencia-microbiana/FasesPGAANVISA12062023.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2023.
- ANVISA. **Projeto Stewardship Brasil.** 2019. Disponível em: <<http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/Projeto+Stewardship+Brasil/435012dc-4709-4796-ba78-a0235895d901?version=1.0>>. Acesso em: 15 jul. 2023.
- ANVISA. **Resultados da avaliação dos programas de gerenciamento dos antimicrobianos (PGA) em hospitais - 2023c.**

BRASÍLIA. Disponível em: <<https://app.powerbi.com/view?r=...>>. Acesso em: 15 jul. 2023.

BLUMENTHAL, K.G., SHENOY, E.S., WOLFSON, A.R. *et al.* Addressing Inpatient Beta-Lactam Allergies: A Multihospital Implementation. **J Allergy Clin Immunol Pract**, v.5, n. 3, p. 616-625.e7, 2017. doi:10.1016/j.jaip.2017.02.019.

CURTIS, C.E.; AL BAHAR, F.; MARRIOTT, J.F. The effectiveness of computerised decision support on antibiotic use in hospitals: A systematic review. **PLoS One**, v.12, n. 8, e0183062, 2017. doi:10.1371/journal.pone.0183062.

DÍAZ-MADRIZ J. P.; CORDERO-GARCÍA E.; CHAVERRI-FERNÁNDEZ J. M. *et al.* Impact of a pharmacist-driven antimicrobial stewardship program in a private hospital in Costa Rica. **Revista Panamericana Salud Publica**, v. 44, n. e57, 2020. doi: 10.26633/RPSP.2020.57

FABRE, V. *et al.* Deep Dive Into Gaps and Barriers to Implementation of Antimicrobial Stewardship Programs in Hospitals in Latin America. **Clinical Infectious Diseases**, 77(Supplement_1), S53–S6., 2023. doi:10.1093/cid/ciad184.

FICA A.; VALENZUELA C.; LEIVA I. *et al.* Long-term impact of competitive biddings and an antimicrobial stewardship program in a general hospital in Chile. **Revista Medica de Chile**, n.146, p. 968–977, 2018. Doi: 10.4067/s0034-98872018000900968

HEGEWISCH-TAYLOR, J.; DRESER-MANSILLA, A.; ROMERO-MÓNICO, J.; LEVY-HARA, G. Antimicrobial stewardship in hospitals in Latin America and the Caribbean: a scoping review. **Pan American journal of public health**, v.44, n.e68, 2020. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.68>

LUSHNIAK, BORIS D. Antibiotic resistance: a public health crisis. **Public Health Reports**, v. 129, n. 4, p. 314-316, 2014.

MAJUMDER, M. *et al.* Tackling Antimicrobial Resistance by promoting Antimicrobial stewardship in Medical and Allied Health Professional Curricula. **Expert review of anti-infective therapy**, v. 18, n. 12, p. 1245–1258, ago. 2020.

MELO, R. C.; ARAÚJO, B. C.; BORTOLI, M. C.; TOMA, T. S. Gestão das intervenções de prevenção e controle da resistência a antimicrobianos em hospitais: revisão de evidências. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, n. e35, 2020. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.35>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. (2012). **Uso racional de medicamentos: temas selecionados**. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/uso_racional_medicamentos_temas_selecionados.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2023.

NATHAN, C. Fresh Approaches to Anti-Infective Therapies. **Sci Transl Med**, v.4, n. 140, p. 140sr2, 2012. doi:10.1126/scitranslmed.3003081.

QUIRÓS, R.; BARDOSSY, A.; ANGELERI, P. *et al.* Antimicrobial stewardship programs in adult intensive care units in Latin America: Implementation, assessments, and impact on outcomes. **Infection Control & Hospital Epidemiology**, v. 43, n. 2, p. 181-190, 2022. doi:10.1017/ice.2021.80.

WORD HEALTH ORGANIZATION. **Antimicrobial resistance Global Report on Surveillance**. Geneva: WHO, 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112642/9789241564748_eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 15 jul. 2023.

WORD HEALTH ORGANIZATION. **Antimicrobial Resistance: A Manual for developing national action plans**. Geneva: WHO, 2017. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204470/9789241549530_eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 15 jul. 2023.

WORD HEALTH ORGANIZATION. **Antimicrobial stewardship programmes in health-care facilities in low- and middle-income countries. A practical toolkit**. Geneva: WHO, 2019. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789241515481>>. Acesso em: 14 jan. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Antimicrobial Resistance**. 2021. Available from: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/antimicrobial-resistance> Acesso em: 01 ago. 2023.

17. IMPLANTAÇÃO DE COMITÊ DE ATENÇÃO ÀS INFECÇÕES EM UMA COOPERATIVA MÉDICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Cristiane Pimentel Hernandes
Luís Felipe Pissaia
Caroline Cerutti
Caroline dos Santos Martins
Greici Wildner
Angélica Hermes

INTRODUÇÃO

O campo de controle de infecção permanece em ascensão nos diferentes serviços de saúde, sobretudo naqueles que prezam pelo cuidado de excelência (Alvim *et al.*, 2023). As práticas de controle de infecção são históricas e relacionadas principalmente com a diminuição de óbitos que ocorrem em função de patologias desenvolvidas por infecções hospitalares (Rodrigues *et al.*, 2022).

A resistência microbiana é um dos fatores que potencializam a ocorrência de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) e dificultam ainda mais a gestão microbiana nos serviços de saúde, independentemente do nível de complexidade (Neves *et al.*, 2022). O desenvolvimento de programas que fortaleçam práticas como a higienização das mãos, favorece a redução da carga microbiana e disponibiliza maior segurança para os pacientes que transitam pelos diferentes serviços (Silva *et al.*, 2023).

Neste contexto, a implantação de comissões ou comitês de atenção às infecções é imprescindível para o gerenciamento de programas relacionados ao controle de infecções e higienização das mãos, bem como realizar a vigilância adequada sobre os indicadores de contaminação nos serviços acompanhados (Alvim

et al., 2023). Ainda, este grupo possui a função de assessorar as práticas desenvolvidas no serviço de saúde, com vistas à qualificação do cuidado oferecido ao paciente (Silva *et al.*, 2022).

Dessa forma, o objetivo deste capítulo é compartilhar o relato de uma experiência sobre a implantação de um Comitê de Atenção às Infecções em uma cooperativa médica localizada no Vale do Taquari/RS. O compartilhar deste relato justifica-se pela escassez de informações referentes ao processo de implantação de comitês no campo de cooperativas médicas, sobretudo na saúde suplementar.

Trata-se de um relato de experiência, descritivo e qualitativo. O texto parte da descrição concreta do modelo de comitê adotado, bem como a sua constituição e atribuições no serviço. A seguir, são apresentadas algumas informações relativas à implantação do Comitê de Atenção às Infecções e alguns resultados compilados de uma pesquisa de cultura realizada em dezembro de 2022.

DESENVOLVIMENTO

Nesta seção é apresentado ao leitor a estrutura e o propósito de funcionamento do Comitê de Atenção às Infecções. Destaca-se que a estruturação de tal Comitê segue a legislação vigente e as necessidades da instituição a qual ele presta assessoria.

CONHECENDO O COMITÊ DE ATENÇÃO ÀS INFECÇÕES

O Comitê de Atenção às Infecções é o órgão interno à instituição de saúde e subordinado à diretoria desta, encarregado pela elaboração, implantação e avaliação do Programa de Controle de Infecções e do Programa de Higienização das Mãos que é um conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções extra-hospitalares. A criação do Comitê em 2020 buscou a conformidade com a Lei nº 9431/97, Portaria nº 2616/98, Resolução nº 48/00 e, ainda a consciência de que as Infecções

Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) constituem um risco à saúde dos usuários do serviço.

O Comitê de Atenção às Infecções é composto por seis pessoas, sendo elas: dois enfermeiros assistenciais, um enfermeiro responsável técnico, um farmacêutico, um médico infectologista e um representante da gerência. A coordenação do Comitê é realizada pelo enfermeiro responsável técnico, o qual é designado pela direção para compor tal cargo. O grupo pode passar por alterações no quadro de componentes, dependendo das demandas ou oportunidades levantadas em relação às possibilidades de participação do maior número de áreas críticas dos serviços.

No que diz respeito aos princípios e diretrizes do Comitê de Atenção às Infecções, os seguintes quesitos são respeitados: a) garantir as ações mínimas necessárias tendo em vista a redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções dos serviços de saúde, atuando para a proteção efetiva do cliente e a proteção dos profissionais da área da saúde; b) A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde; c) A articulação e a integração dos processos garantindo a gestão de risco assistencial.

Da mesma forma, compete ao Comitê participar da elaboração, implementação, manutenção e avaliação de ações de controle de infecção extra-hospitalar, baseado em metas de melhorias e suas estratégias, definidas anualmente buscando a qualidade com atuação de educação permanente. Outra responsabilidade é a capacitação do quadro de colaboradores e profissionais específicos da saúde, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções pensando no uso racional de antimicrobianos, antibióticos, germicidas e materiais médico-hospitalares. O Comitê também realiza a investigação epidemiológica de casos e surtos sempre que indicado e implanta medidas imediatas de controle. Da mesma forma, é guia na elaboração, implementação e supervisão da aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando prevenção, controle e tratamento de infecções, bem como limitar a disseminação de

agentes responsáveis pelas infecções por meio de precauções de isolamento. Desenvolver indicadores estruturais e de processos que permitam avaliações mais abrangentes e proativas das unidades assistenciais no que tange ao controle das infecções.

Dentre as atividades, o Comitê também participa no processo de aprovação e monitoramento de projetos arquitetônicos e reformas nas estruturas físicas da instituição. Neste campo, é de sua responsabilidade a emissão de parecer técnico relacionado à prevenção e controle de infecção, bem como a padronização de insumos e medicamentos.

Os debates, deliberações e o planejamento das ações ocorrem em reuniões mensais ordinárias, agendadas previamente na segunda sexta-feira de cada mês, sendo possível a convocação em momentos extraordinários em caso de necessidade. Os assuntos abordados nas reuniões são registrados em Ata e preservados com sigilo das informações.

Uma pauta fixa das reuniões mensais é a análise dos indicadores relacionados ao Comitê, de forma que todos os componentes possam ter conhecimento das informações, realizar uma análise crítica dos achados e estruturar planos de ações quando pertinente. Atualmente, o Comitê acompanha indicadores relacionados à realização das atividades propostas nos Programas anuais de Controle de Infecção e Higienização das Mãos. Destaca-se que ambos os Programas constituem as programações de ações que o Comitê deve realizar com as equipes durante determinado ano, compreendendo treinamentos teóricos e práticos, revisão de materiais, realização de pesquisas, criação de materiais informativos, dentre outros. Ainda sobre os Programas, pontua-se que a origem das ações é a pesquisa sobre o conhecimento e satisfação das equipes sobre as práticas de controle de infecção e também a observação dos indicadores. Trabalha-se com alguns indicadores de percentual de infecções relacionadas a cateteres nos serviços e higienização das mãos, o primeiro é a taxa gerada entre o número de diagnósticos de infecção relacionado com o número de pacientes atendidos no serviço durante determinado mês, já o

segundo é atrelado a aplicação de um *checklist* mensal que atenta sobre a adesão a higienização das mãos perante as oportunidades do momento e ainda a qualidade, atrelada ao procedimento, ambos, adesão e qualidade são mensurados em percentual de 0 a 100% de efetividade.

Por fim, o Comitê é responsável por reportar as suas atividades semestralmente à superintendência das áreas assistenciais que envolvem trabalhos de atendimento domiciliar, ambulatorial, urgência e emergência, além de clínica especializada envolvidas e realizar o fechamento do ano para estas equipes, informando as atividades realizadas e a prestação de contas para as equipes em dezembro de cada ano. No fechamento do ano, que pode ser por meio de um bate-papo ou matéria em rede interna, a prestação de contas é lançada. Também é lançada a pesquisa de conhecimento sobre controle de infecção e satisfação do Comitê, cultura, a qual gera subsídio para o planejamento dos Programas de Controle de Infecção e Higienização das Mãos do próximo ano, citados anteriormente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao compreendermos o contexto em que o Comitê de Atenção às Infecções está inserido, destaca-se que a sua trajetória é permeada de construções, implementações e desafios que foram enfrentados. O referido Comitê iniciou as atividades no ano de 2020 como uma demanda de adequação quanto a legislação vigente, processo de acreditação do serviço e qualificação das práticas relacionadas a prevenção de infecções nas atividades realizadas.

Inicialmente, o grupo trabalhou na construção da estrutura teórica do Comitê, principalmente o regimento, os programas e os principais protocolos estabelecidos na Cooperativa Médica. Os protocolos versam sobre a condução em caso de infecções em acessos venosos periféricos, arteriais, além das infecções urinárias, por estarem relacionados às práticas e procedimentos realizados no serviço. Partindo dos primeiros acompanhamentos por protocolo,

em segundo momento ocorre a construção de indicadores que buscam registrar e acompanhar as diferentes nuances do cenário nos programas instituídos.

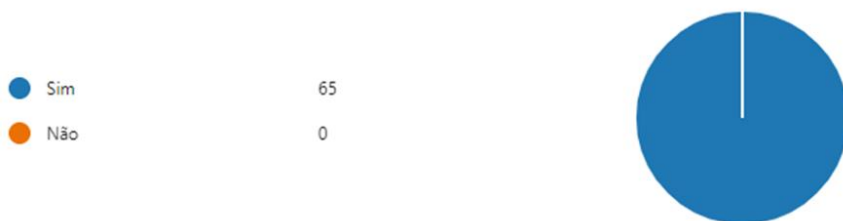
Após o primeiro ano de início das atividades, o Comitê de Atenção às Infecções estruturou-se para iniciar as primeiras ações e atividades com as equipes, agora com o embasamento teórico necessários, sendo possível construir boas práticas. Os treinamentos iniciais foram sobre higienização das mãos, cuidados com adornos e orientações sobre doenças virais, como a Covid-19 e a Influenza. Os treinamentos variam conforme a realidade do momento e melhor organização da equipe, sendo realizados na modalidade presencial ou ainda virtual em ferramenta própria da Cooperativa. O público-alvo dos treinamentos são os colaboradores do serviço que participam conforme a disponibilidade ao longo do ano, sendo possível mensurar o impacto em 132 pessoas em diferentes momentos naquele período.

No processo de implementação do Comitê, realizou-se diversas análises sobre a viabilidade das ações, bem como as principais problemáticas vigentes e que poderiam ser abordadas nos programas de controle de infecção e higienização das mãos. Os levantamentos são feitos periodicamente por meio da análise de eficácia dos treinamentos e da pesquisa de cultura aplicada ao final de cada ano, sendo que a última realizada em 2022 e a primeira em 2020.

A pesquisa de 2022 teve seu questionário construído e validado pelo Comitê de Atenção às Infecções e aplicado via formulário digital para as equipes que participaram das ações ao longo do ano. O questionário foi enviado por meio de e-mail e os participantes tiveram um prazo para responder a demanda. Dessa forma, a coleta de dados ocorreu entre os dias 20 e 31 de dezembro de 2022. Observando a adesão a pesquisa de cultura, 65 das 13200 pessoas retornaram o questionário. Destaca-se que ao final do questionário, os participantes declararam ciência no uso das informações para fins científicos em questão específica no próprio instrumento digital.

Os dados da pesquisa de cultura demonstram um termômetro sobre o andamento das ações e a construção realizada pelo Comitê de Atenção às Infecções. A primeira questão versou sobre a disponibilidade de produto para a realização de higienização dos espaços, sendo a seguinte: existe alguma preparação alcoólica disponível para higienização das mãos na instituição? A resposta da questão pode ser verificada na Figura 1.

Figura 1 – Disponibilidade de preparação alcoólica

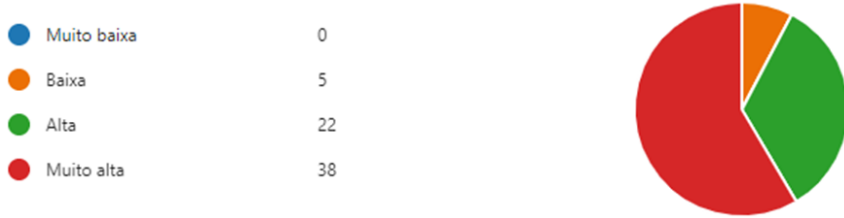


Fonte: Elaborado pelos autores (2023)

Dessa forma, verifica-se que a totalidade dos participantes sinalizou que dispõem de preparação alcoólica na instituição. Para Mota e Costa (2023), o achado reflete o modo como a instituição trabalha o tema de controle das infecções, disponibilizando o material necessário para as equipes. Da mesma forma, Oliveira *et al.* (2022) mencionam que as estratégias institucionais para promover o controle de infecção, colaboram no desenvolvimento do conhecimento da cultura dentre as equipes, principalmente as assistenciais.

A segunda pergunta diz respeito a preocupação das equipes com o impacto das IRAS na vida do paciente, sendo indagado o seguinte: Em geral, qual é o impacto de uma Infecção relacionada à Assistência à Saúde (IRAS) na vida do paciente? A resposta da questão pode ser observada na Figura 2.

Figura 2 – Impacto das IRAS na vida do paciente

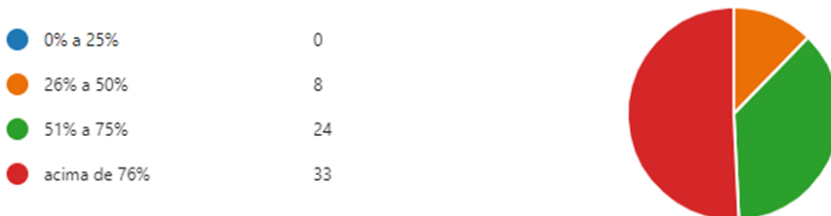


Fonte: Elaborado pelos autores (2023)

Conforme pode ser observado na Figura 2, 38 participantes consideram o impacto como muito alto, enquanto 22, alto e 5, baixo. Conforme a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), as IRAS constituem-se como um grave problema de saúde pública, sendo inclusive um desafio no trabalho da gestão nos diferentes níveis de complexidade de atenção à saúde, ameaçando a segurança do paciente e aumentando os custos assistenciais (Brasil, 2009). Da mesma forma, Costa *et al.* (2022) indagam que os profissionais da saúde possuem a responsabilidade pelo cuidado zeloso dos pacientes, de forma que seja garantido o cuidado qualificado nas diferentes necessidades perante o histórico de saúde e doença do indivíduo.

Corroborando a preocupação com as IRAS, a visão das equipes sobre a adesão na prática de higienização das mãos é o tema da terceira questão: Na sua opinião, qual a porcentagem de adesão à higiene de mãos pelos profissionais de saúde no seu setor/área? A mesma pode ser verificada na Figura 3.

Figura 3 - Adesão à higiene das mãos

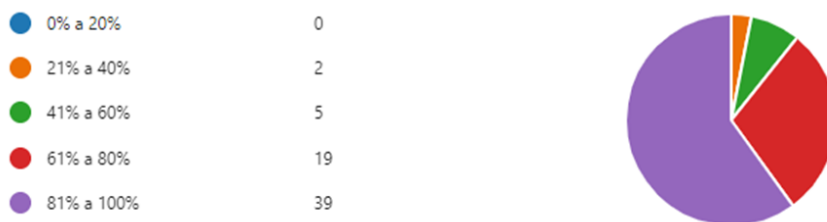


Fonte: Elaborado pelos autores (2023)

Nos dados analisados, 33 participantes aderem a higienização adequada acima de 76% momentos, 24 entre 51% e 75% e 8 entre 26% e 50%. Para Santos *et al.* (2023), a higienização das mãos é um item imprescindível para a qualidade empregada nos serviços de saúde, sobretudo na prevenção de infecções relacionadas a todos os sítios.

Na questão quatro, verificada como: Com relação às recomendações para higiene das mãos, qual a porcentagem de vezes que você a realiza? Podemos verificar que 39 participantes realizam a higienização das mãos entre 81% e 100% dos momentos recomendados.

Figura 4 – Realização da higienização das mãos



Fonte: Elaborado pelos autores (2023)

As informações revelam que a maioria dos participantes realizam a higienização das mãos, enquanto uma parte considerável, 19, realizam entre 61% e 80% dos momentos. Considera-se que a higienização das mãos protege o paciente do contato direto com contaminantes, seja por meio de materiais ou equipamentos (Brasil, 2009). Da mesma forma, Pedroso *et al.* (2023) reforçam a necessidade de responsabilização dos profissionais sobre a correta higienização das mãos, independentemente do nível assistencial do serviço em que atua.

Outro ponto questionado é a frequência com que a liderança aborda o tema com a equipe, sendo a seguinte: Com que frequência a sua liderança aborda o assunto "higiene das mãos" (reuniões, conversas, dia a dia)? Os resultados podem ser vistos na Imagem 5 e demonstram que estas falas são insuficientes para alguns pontos,

ou seja, 31 participantes consideram como baixa e 23 consideraram alta.

Figura 5 – Liderança e as orientações sobre higienização das mãos



Fonte: Elaborado pelos autores (2023)

Segundo Cavalcante *et al.* (2023), o envolvimento da alta gestão no processo de desenvolvimento da cultura organizacional sobre o controle de infecção é algo fundamental para o engajamento das equipes. Outra forma de alavancar a cultura de controle de infecção, é a realização de treinamentos, assim a Imagem 6 demonstra que 62 participantes frequentaram treinamentos sobre higienização das mãos em 2022.

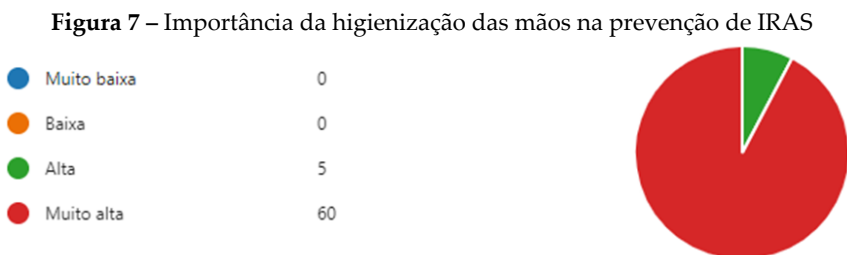
Figura 6 – Treinamento de higienização das mãos



Fonte: Elaborado pelos autores (2023)

Sobre a realização de treinamentos, principalmente de educação continuada e permanente, Teixeira *et al.* (2022) indicam a realização de momentos práticos, permeados de atividades em que seja possível conduzir e interrelacionar a teoria e a prática do tema. Ainda, Gurgel *et al.* (2022) fundamentam que a higienização das mãos deve ser tema recorrente das ações institucionais e fortalecidas por meio do acompanhamento direto de comitês.

Ainda sobre a higienização das mãos, a sétima pergunta versa sobre a importância que a equipe questionada concede para a higienização das mãos na prevenção de IRAS, sendo a questão: Qual é a importância da higiene das mãos na prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS)? As quais podem ser verificadas na Figura 7.



Fonte: Elaborado pelos autores (2023)

O resultado da questão demonstrou que a maioria dos participantes, ou seja, 60 indivíduos apontaram que a higienização das mãos é um processo efetivo na prevenção de IRAS. Sobre o tema, Grejo *et al.* (2022) e Oliveira *et al.* (2022) argumentam que a higienização das mãos é uma ferramenta eficaz para o controle de infecções, quando realizado de forma correta e coerente com os momentos de necessidade e com maior risco para o paciente. A ANVISA indica a prática e favorece a multiplicação da mesma para todas as instituições de saúde como forma de prevenir as IRAS e desenvolver os profissionais no campo do cuidado qualificado em saúde (Brasil, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que este capítulo é uma oportunidade de compartilhar informações importantes, no contexto de implantação de um Comitê de Atenção às Infecções, bem como apresentar alguns resultados da pesquisa de cultura que fundamenta a sua existência. Dessa forma, ao final cumpre-se o seu objetivo de

compartilhar boas práticas com a comunidade, seja ela acadêmica ou não.

Ao versar sobre a construção do comitê, o texto colabora com a elucidação dos princípios, atividades e atribuições do grupo, bem como as iniciativas que buscam o desenvolvimento do conhecimento sobre a prevenção das infecções. Ao apresentar alguns resultados sobre a pesquisa de cultura, é possível visualizar alguns desafios enfrentados pelo comitê frente a instituição mantenedora, como a necessidade de qualificar as práticas de higienização das mãos, por meio do incentivo e disseminação de boas práticas junto às equipes.

Neste contexto, a entrega deste material colabora com a disponibilização ao acesso livre de informações preciosas em um meio pouco estudado, o de Cooperativas Médicas, o qual carece de pesquisas sobre o tema, sobretudo, aqueles relacionados ao controle de infecções fora do meio hospitalar. Aos leitores, que este texto sirva como base para pesquisas futuras que aprofundem e qualifiquem ainda mais as práticas e implantações de comitês.

REFERÊNCIAS

ALVIM, A. L. S.; COUTO, B. R. M. G.; GAZZINELLI, A. Qualidade das práticas de profissionais dos programas de controle de infecção no Brasil: estudo transversal. **Escola Anna Nery**, v. 27, 2023.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Segurança do paciente em serviços de saúde: higienização das mãos**. ANVISA: Brasília, 2009

CAVALCANTE, F. P. *et al.* Pensando sobre a higienização das mãos em revistas brasileiras. **Ciências da saúde: desafios e potencialidades em pesquisa**, v. 2, n.1, p. 446-457, 2023.

COSTA, J. G. *et al.* Fatores impactantes na prática da higienização das mãos. **Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem**, v. 12, n. 38, p. 278-291, 2022.

GREJO, C. S. *et al.* Higienização das mãos em unidades de terapia intensiva neonatal, pediátrica e adulto. **Revista de Medicina**, v. 101, n. 5, 2022.

GURGEL, M. C. *et al.* Higienização das mãos e sua relevância para prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde: revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 15, p. e303111537103-e303111537103, 2022.

MOTA, A. P. A.; COSTA, E. A. M. Adesão à higienização das mãos em serviços hospitalares brasileiros: um estudo de revisão. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 4, p. e13112441066-e13112441066, 2023.

NEVES, I. R.; FLÓRIO, F. M.; ZANIN, L. Programas de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde: avaliação de indicadores de estrutura e processo. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 1, p. e18311124537-e18311124537, 2022.

OLIVEIRA, E. S. *et al.* Taxa de higienização das mãos em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 35, p. eAPE00497, 2022.

PEDROSO, T. D. S. *et al.* Importância da higienização das mãos: um estudo desenvolvido no internato de uma faculdade de medicina do oeste. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 7, p. e3812742417-e3812742417, 2023.

RODRIGUES, K. D. *et al.* Avaliação das ações do serviço de controle de infecção hospitalar no controle de microrganismos multirresistentes nas UTI de um hospital terciário durante a pandemia de Covid-19. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v. 26, p. 102014, 2022.

SANTOS, L. M.; TRACZINSKI, J.; RUOSO, T. Educação em saúde nas escolas durante a pandemia de COVID-19: A importância da prática da higienização das mãos. **Revista Brasileira de Extensão Universitária**, v. 14, n. 1, p. 25-32, 2023.

SILVA, D. C. O. *et al.* Higienização e limpeza de superfícies na perspectiva do controle de infecção hospitalar. **Brazilian Journal of Health Review**. v. 5, n. 3, p. 10764-75, 2022.

SILVA, T. C.; RODRIGUES, A. P. Prevenção e controle de infecção hospitalar. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 5, p. e13612541628-e13612541628, 2023.

TEIXEIRA, J. A. L. *et al.* Educação em saúde sobre higienização das mãos: relato de experiência. **Revista Saúde. com**, v. 18, n. 2, 2022.

SOBRE AS AUTORAS E OS AUTORES

Aline Inêz Tilvitz – Psicóloga. Mestrado em Desenvolvimento Regional pela Universidade de Santa Cruz do Sul.

E-mail: aline_tilvitz@hotmail.com

Ana Carolina Severo - Acadêmica do Curso de Fisioterapia da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC)

E-mail: acsevero@mx2.unisc.br

Ana Laura Oliveira De Carli - Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), Santa Cruz do Sul.

E-mail: alcarli@mx2.unisc.br

Ana Paula Helfer Schneider - Doutora em Saúde Coletiva. Docente do Departamento de Ciências da Vida - Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC, Santa Cruz do Sul.

E-mail: anahelfer@unisc.br

Ana Paula Schafer -Psicóloga. Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC, Santa Cruz do Sul.

E-mail: aninhaschaefer@hotmail.com

Andreina Oliveira de Freitas - Acadêmica de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões.

E-mail: andreina.oliveira@acad.ufsm.br

Andressa da Silveira - Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Ciências da Saúde e do Programa de Pós-graduação em Saúde e Ruralidade, Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões.

E-mail: andressa-da-silveira@ufsm.br

Angélica Hermes – Enfermagem. Especialista em Enfermagem Oncológica. Enfermeira Atenção à Saúde - Unimed Vales do Taquari e Rio Pardo - Unimed VTRP
E-mail: angelica.hermes@unimedvtrp.com.br

Antônio Adolfo Mattos de Castro - Doutor em Medicina. Docente da Universidade Federal do Pampa, Brasil
E-mail: antoniocastro@unipampa.edu.br

Bárbara Susanne Etges - Psicóloga, residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Santa Cruz (HSC)
E-mail: barbaraetges@unisc.br

Betina Franciele Schwinn - Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), Santa Cruz do Sul.
E-mail: betinaschwinn@mx2.unisc.br

Bianca Macedo Jacques - Acadêmica do Curso de Psicologia, Atitua Educação
E-mail: bihjks@gmail.com

Bruna Eduarda Diehl - Acadêmica do Curso de Fisioterapia, Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC)
E-mail: brunadiehl1@mx2.unisc.br

Bruna Rossarola Pozzebon - Enfermeira. Residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde - Hospital Santa Cruz, Santa Cruz do Sul.
E-mail: brunar2@unisc.br

Caroline Alessandra Cerutti - Enfermeira, Especialista em Urgência e Emergência, Gerente de SOS e Clínica de Oncologia - Unimed Vales do Taquari e Rio Pardo - Unimed VTRP
E-mail: caroline.cerutti@unimedvtrp.com.br

Caroline dos Santos Martins - Enfermeira. Especialista em Enfermagem Oncológica. Enfermeira Auditora - Unimed Vales do Taquari e Rio Pardo - Unimed VTRP
E-mail: caroline.martins@unimedvtrp.com.br

Charise Dallazem Bertol - Doutora em Ciências Farmacêuticas. Docente do PPG em Envelhecimento Humano - Universidade de Passo Fundo - UPF, Passo Fundo.
E-mail: charise@upf.br

Christian Caldeira Santos - Doutor em Diversidade Cultural e Inclusão Social. Docente da Universidade Federal do Pampa. Brasil.
E-mail: christiansantos@unipampa.edu.br

Cisnara Pires Amaral - Mestre em Tecnologia Ambiental. Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões Campus Santiago, Santiago.
E-mail: csnara@yahoo.com.br

Cristiane Davina Redin Freitas - Doutora em Psicologia Social, Docente do Mestrado Profissional em Psicologia e do Curso de Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul.
E-mail: cristianefr@unisc.br

Cristiane Pimentel Hernandes - Médica, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).
E-mail: cristianem@unisc.br

Djennifer Raquel da Rosa - Acadêmica do Curso de Fisioterapia, Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).
E-mail: djenniferraquel2@mx2.unisc.br

Dulciane Nunes Paiva -

Doutorado em Medicina. Docente do Departamento de Ciências da Saúde e do Programa de Pós-graduação em Promoção da Saúde, Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC)

E-mail: dulciane@unisc.br

Edna Linhares Garcia – Doutora em Psicologia clínica. Docente do Departamento de Ciências da Saúde, do Mestrado em Psicologia e do Mestrado e Doutorado em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC.

E-mail: edna@unisc.br

Eduarda Plümer - Enfermeira. Residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde - Hospital Santa Cruz, Santa Cruz do Sul.

E-mail: eduardaplumer@unisc.br

Eduardo Steindorf Saraiva - Doutor em Ciências da Saúde e docente do Departamento de Ciências da Saúde e do Mestrado em Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC.

E-mail: eduardo@unisc.br

Eliane Carlosso Krummenauer - Enfermeira. Doutoranda Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), Santa Cruz do Sul.

E-mail: elianek@unisc.br

Eloá Maria dos Santos Chiquetti - Doutora em Ciências do Movimento Humano, Docente da Universidade Federal do Pampa, Brasil.

E-mail: eloachiquetti@unipampa.edu.br

Evelin Dal Pai Tondolo - Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), Santa Cruz do Sul.

E-mail: evelintondolo1@gmail.com

Fabio Gotz de Lima – Pedagogo. Especialista em Educação Especial pela Faculdade Focus
E-mail: fabiogotzdelima@gmail.com

Gabriela Neumann Frantz - Acadêmica do Curso de Fisioterapia, Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC)
E-mail: gnfrantz@unisc.br

Gabrielly da Fontoura Winter - Mestre em Educação. Professora Assistente do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul.
E-mail: gabriellywinter@unisc.br

Georgia Fassini - Enfermeira. Residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde - Hospital Santa Cruz, Santa Cruz do Sul.
E-mail: Georgiaf@unisc.br

Gessica Raquel Tatsch - Enfermeira. Residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde - Hospital Santa Cruz, Santa Cruz do Sul.
E-mail: gessicatatsch@unisc.br

Greici Raquel Wildner – Farmacêutica. Mestre em Biotecnologia, Farmacêutica Oncologista RT- Unimed Vales do Taquari e Rio Pardo - Unimed VTRP
E-mail: greici.wildner@unimedvtrp.com.br

Ingrid de Abreu Dumke - Enfermeira. Gestora da Rede Bem Cuidar na Prefeitura Municipal de Segredo, RS.
E-mail: indrigdumke@gmail.com

Ingrid Guero Korb - Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), Santa Cruz do Sul.
E-mail: ingridguero@mx2.unisc.br

Isabelle Bastianello da Silva - Terapeuta Ocupacional. Mestranda em Educação Profissional e Tecnológica pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

E-mail: isabelllesilva@hotmail.com

Jane Renner Pollo Renner - Doutora em Biologia Celular e Molecular. Docente do Programa de Pós-graduação em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC)

E-mail: janerenner@unisc.br

Janine Koepf - Doutora em Ciências da Saúde. Docente do Programa de Pós-graduação em Promoção da Saúde - UNISC, Santa Cruz do Sul.

E-mail: janinek@unisc.br

Jéssica Luiza Pedroso da Silva - Acadêmica do Curso de Fisioterapia. Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC)

E-mail: jlpedroso@mx2.unisc.br

Kamila Baum - Graduada em Economia. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Economia do Desenvolvimento, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS

E-mail: kamila.baum@edu.pucrs.br

Karini da Rosa - Farmacêutica. Doutoranda do PPG em Envelhecimento Humano - Universidade de Passo Fundo - UPF, Passo Fundo.

E-mail: karini_drosa@hotmail.com

Kayla Niandra da Silva – Psicóloga. Graduada em Psicologia pela Universidade de Santa Cruz do Sul.

E-mail: kaylaniandra@hotmail.com

Kethllen Stephanie Beranger – Biomédica. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Promoção da Saúde, Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC
E-mail: beranger@mx2.unisc.br

Lairany Monteiro dos Santos - Acadêmica de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões.
E-mail: lairany.m@gmail.com

Letícia Lorenzoni Lasta - Doutora em Psicologia Social e Institucional. Docente do Departamento das Ciências da Saúde e do Mestrado Profissional em Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul.
E-mail: leticialasta@unisc.br

Louise Teles Santos - Enfermeira. Residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde - Hospital Santa Cruz, Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul.
E-mail: gessicatatsch@unisc.br

Luana Casarotto de Borba - Enfermeira. Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus Santiago, Santiago.
E-mail: luanacasarotto18@gmail.com

Luana Molz Rodrigues – Psicóloga. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Santa Cruz (HSC)
E-mail: luanamr@unisc.br

Luís Henrique Paloski - Doutor em Psicologia. Docente da Atitus Educação, Brasil Atitus Educação
E-mail: luis.paloski@atitus.edu.br

Luísa Klix de Abreu Pereira - Psicóloga. Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC, Santa Cruz do Sul.

E-mail: luisaklixap@gmail.com

Luizi Basso de Souza - Enfermeira. Residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde - Hospital Santa Cruz, Santa Cruz do Sul.

E-mail: luizib@unisc.br

Luís Felipe Pissaia - Doutor em Ensino. Enfermeiro RT- Unimed Vales do Taquari e Rio Pardo VTRP. Coordenador do Comitê de Atenção às Infecções

E-mail: luis.pissaia@unimedvtrp.com.br

Magda Machado de Miranda Costa - Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde - GVIMS da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

E-mail: Magda.Miranda@anvisa.gov.br

Marcelo Carneiro - Doutor em Medicina (Ciências Médicas). Docente do Programa de Pós-graduação em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Santa Cruz do Sul.

E-mail: marceloc@unisc.br

Mari Ângela Gaedke - Doutora em Saúde Coletiva. Docente do Programa de Pós-graduação em Promoção da Saúde - UNISC, Santa Cruz do Sul.

E-mail: marig@unisc.br

María Constanza Aguilar Bustamante - Doutora em Psicologia. Docente na Universidad Católica de Colombia (Bogotá D.C.).

E-mail: mcaguilar@ucatolica.edu.co

Maria Eloísa Collognese - Enfermeira na Estratégia de Saúde da Família Bela Vista, Segredo, RS.

E- mail: eloisa.limberger@hotmail.com

Maria Luiza Adoryan Machado – Psicóloga. Doutoranda em Psicologia. Integrante do Grupo de Estudos Semillero Politeia na Universidad Católica de Colombia (Bogotá D.C.). Bolsista ICETEX (Governo Colombiano).

E-mail: luiza_adoryan@hotmail.com

Mariluz Sott Bender – Psicóloga. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Promoção da Saúde. Docente do Departamento de Ciências da Saúde na Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC.

E-mail: mariluzabender@unisc.br

Mariana Portela de Assis - Farmacêutica. Doutoranda no Programa de Pós-graduação em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), Santa Cruz do Sul.

E-mail: marianaportela@unisc.br

Mara Rubia Santos Gonçalves - Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde – GGTES. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde - GVIMS da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

E-mail: mara.goncalves@anvisa.gov.br

Michele Kremer Sott - Graduada em Administração. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Administração da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

E-mail: sott.mk@gmail.com

Michel Lopes Pimentel - Mestre em Ensino de Ciências e Matemática. Docente na Escola de Educação Básica da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Santiago.

E-mail: michel.lopes@urisantiago.br

Patrícia Marcon Frick Silveira - Bolsista voluntária. Graduanda do curso de Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul.

E-mail: pmfrick@mx2.unisc.br

Patrícia Xavier Oliveira - Fisioterapeuta, Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC)

E-mail: patricia.xavier.oliveira@hotmail.com

Rafaela de Vasconcellos Flores - Terapeuta Ocupacional. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Cuidados Paliativos do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi)

E-mail: rafaelavflores@gmail.com

Rita Fabiane Teixeira Gomes - Doutora em Estomatologia. Docente do Curso de Odontologia da Faculdade Dom Alberto, Santa Cruz do Sul.

E-mail: ritafabgomes@yahoo.com.br

Rochele Mosmann Menezes - Farmacêutica. Doutoranda Programa de Pós-graduação em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), Santa Cruz do Sul.

E-mail: rochelemenezes@unisc.br

Sant Ana de Lima da Costa - Acadêmica do Curso de Fisioterapia pela Universidade Federal do Pampa, Brasil

E-mail: santanacosta.aluno@unipampa.edu.br

Silvia Virginia Coutinho Areosa - Doutora em Serviço Social. Docente do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional e do Mestrado Profissional em Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul.

E-mail: sareosa@unisc.br

Suelen Machado de Freitas – Psicóloga. Especialista em Psicologia Hospitalar. Psicóloga no Hospital Santa Cruz - HSC.

E-mail: suelenfreitas@unisc.br

Suzane Beatriz Frantz Krug - Doutora em Serviço Social. Docente do Programa de Pós-graduação em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Santa Cruz do Sul.

E-mail: skrug@unisc.br

Teresinha Eduardes Klafke - Mestra em Psicologia Clínica. Docente do Departamento de Ciências da Saúde - Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC. Santa Cruz do Sul.

E-mail: tklafke@unisc.br

Tiago da Rosa Rambo - Acadêmico do Curso de Fisioterapia, Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC)

E-mail:rambo@mx2.unisc.br

ÍNDICE REMISSIVO

A

Ansiedade – 34; 42; 86; 103; 104; 106; 115; 166; 192; 197

Antimicrobianos – 121; 124; 127; 221; 222; 226;

B

Benefício emergencial – 205; 207; 211; 212

Bonecos simuladores – 161; 163; 166; 170

Bullying – 111; 114; 115; 118

C

Centros Especializados em Reabilitação – 53; 57

Controle de infecção – 231; 234; 240; 242

Correlação de Spearman – 196; 197; 198

Cuidados intensivos - 97

Cuidado paliativo – 61; 64

Cultura manicomial - 137

E

Escuta – 66; 88; 93; 135; 140; 141; 169

Estimulação precoce – 45; 57; 59

Eventos estressores - 101

Extensão Universitária – 171; 174; 178

F

Farmácia clínica – 75; 76; 81; 82

I

Interdisciplinaridade – 15; 72; 178

L

LGBTQIA+ - 39; 40; 43

Livre associação – 133; 139; 140

Luto – 63; 67; 69

M

Maternagem – 85; 86; 90; 91

Medicamentos antimicrobianos - 121

Medidas não farmacológicas - 97

Metodologia ativa - 113

Morte – 62; 63; 66; 68; 71; 72; 101

O

Orientação sexual – 39; 40

P

Perturbação psicossocial - 101

Pessoas trans – 36; 39; 40; 41

Prática grupal – 131; 139

Práticas de cuidados – 13; 166

Profissionais da enfermagem – 98; 99; 103

Protocolo Manchester – 145; 147; 148; 152; 155

Psicologia hospitalar – 85; 94

R

Rede de Atenção Psicossocial – 136; 147

Rualização – 18; 19

S

Saúde do trabalhador – 14; 103

Saúde mental – 14; 30; 39; 89; 93; 97; 99; 101; 105; 115; 118; 120; 132

Serviço de urgência – 147; 150; 151; 153; 154

Situação de rua – 17; 19; 20; 24; 26; 27; 28

Stewardship Brazil Group – 121; 128; 222; 224; 229

Suicídio – 32; 35; 36; 41; 116; 120

T

Tecnologias duras - 169

Transtornos de Ansiedade – 104; 107

Transtornos mentais – 33; 36; 41; 90; 198

Transversalidade dos cuidados - 15

V

Vigilância em saúde – 14; 15

Violência – 24; 34; 36; 39; 40; 113; 115; 117; 118

Vivência trazida à tona - 100

Vulnerabilidade social – 14; 26; 117; 210; 214

O livro é fruto dos trabalhos selecionados no evento INTERDISCIPLINARIDADE NA PROMOÇÃO DA SAÚDE em 2023, com destaque a pesquisa científica, pois apresenta diferentes olhares sobre as investigações na área da promoção da saúde, favorecendo a reflexão interdisciplinar. Os capítulos refletem perspectivas das várias formações profissionais focadas na promoção da saúde e nos processos educativos em saúde das populações. Desta forma, este livro objetiva socializar trabalhos e estudos favorecendo a reflexão, inovação, internacionalização, registro e práticas cotidianas de como as ações interdisciplinares podem superar a fragmentação do conhecimento.

Financiamento:



Apoio:



Promotora:

