

Bruna Eduarda Diehl
Fabiana Rafaela S. de Mello
Andressa Stella Kuhn
Vanessa Caroline Hermes

Residência Médica e Multiprofissional em Saúde:

EXPERIÊNCIAS DE ENSINO-APRENDIZAGEM NO TRABALHO



ORGANIZADORAS

Dulciane Nunes Paiva
Izadora Joseane Borrajo Moreira
Rochele Mosmann Menezes
Mari Ângela Gaedke

COLABORADORAS

Bruna Eduarda Diehl
Fabiana Rafaela S. de Mello
Andressa Stella Kuhn
Vanessa Caroline Hermes

Editor Chefe

Ivanio Folmer

Bibliotecária

Aline Graziele Benitez

Revisora Técnica

Gabriella Eldereti Machado

Diagramação e Projeto Gráfico

Gabriel Eldereti Machado

Capa

Adolpho

Revisão

Organizadores e Autores(as)

Conselho Editorial**Ciências Humanas e Sociais Aplicadas**

Prof. Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva - Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí

Profa. Dra. Alicia Eugenia Olmos - Universidad Católica de Córdoba

Prod. Dr. Astor João Schönell Júnior - Instituto Federal Farroupilha

Prof. Dr. Alan Ricardo Costa - Universidade Federal de Roraima

Prof. Dr. Camilo Darsie de Souza - Universidade de Santa Cruz do Sul

Prof. Dr. Carlos Adriano Martins - Universidade Cidade de São Paulo

Prof. Dr. Christian Dennys Monteiro de Oliveira - Universidade Federal do Ceará

Profa. Dra. Dayse Marinho Martins - Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Deivid Alex dos Santos - Universidade Estadual de Londrina

Prof. Dr. Dioni Paulo Pastorio - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Douglas Manoel Antonio de Abreu Pestana dos Santos - Faculdade Sesi-Sp de Educação

Profa. Dra. Elane da Silva Barbosa - Universidade do Estado do Rio Grande do Norte

Profa. Dra. Francielle Benini Agne Tybusch - Universidade Franciscana

Prof. Dr. Francisco Odécio Sales - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará

Prof. Dr. Gilvan Charles Cerqueira de Araújo - Universidade Católica de Brasília

Prof. Dr. Leonardo Bigolin Jantsch -Universidade Federal de Santa Maria

Profa. Dra Liziany Müller Medeiros -Universidade Federal de Santa Maria

Profa. Dra Marcela Mary José - Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Prof. Dr. Mateus Henrique Köhler - Universidade Federal de Santa Maria

Prof. Dr. Michel Canuto de Sena - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Profa. Dra. Mônica Aparecida Bortolotti - Universidade Estadual do Centro-Oeste

Prof. Dr. Rafael Nogueira Furtado - Universidade Federal do ABC

Prof. Dr. Roberto Araújo Silva - Centro Universitário Lusíada

Prof. Dr. Sidnei Renato Silveira - Universidade Federal de Santa Maria

Prof. Dr. Thiago Ribeiro Rafagnin - Universidade Federal do Oeste da Bahia

Prof. Dr Tomás Raúl Gómez Hernández - Universidade Central "Marta Abreu" de Las Villas

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Residência médica e multiprofissional em saúde
[livro eletrônico] : experiências de
ensino-aprendizagem no trabalho / organização
Dulciane Nunes Paiva...[et al.]. -- 1. ed. --
Santa Maria, RS : Arco Editores, 2023.
PDF

Vários autores.

Outros organizadores: Izadora Joseane Borrajo
Moreira, Rochele Mosmann Menezes, Mari Ângela
Gaedke.

Vários colaboradores.

ISBN 978-65-5417-109-0

1. Aprendizagem - Metodologia 2. Medicina e
saúde 3. Medicina - Estudo e ensino I. Paiva,
Dulciane Nunes. II. Moreira, Izadora Joseane
Borrajo. III. Gaedke, Mari Ângela.

23-152904

CDD-610.7

Índices para catálogo sistemático:

1. Residência médica : Estudo e ensino : Ciências médicas 610.7

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129



10.48209/978-65-5417-109-0



Esta obra é de acesso aberto.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte
e a autoria e respeitando a Licença Creative Commons indicada.

Dedicatória

Dedicamos este e-book a todos os residentes, egressos, preceptores e tutores dos Programas de Residência Multiprofissional e Médica do Hospital Santa Cruz. A dedicação de todos vocês nos motivaram a concretizar essa grande obra. Esse e-book reflexiona a frase do ilustríssimo Augusto Cury em que diz: “ As conquistas dependem de 50% de inspiração, criatividade e sonhos, e 50% de disciplina, trabalho árduo e determinação”.

Prefácio

PROCESSOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO HSC

O conjunto de artigos aqui publicados permeiam o importante entrelaçamento entre a ciência produzida na pesquisa/reflexão e a experiência de ensino/aprendizagem, característica dos programas de residência médica e multiprofissional. Assim, é inegável a sua relevância para a prática em saúde em seus diferentes cenários.

A contextualização dos programas de residência em um hospital do interior do Estado do Rio Grande do Sul possibilita uma leitura atenta de processos formativos e de aperfeiçoamento da rotina profissional, que transitam pela vulnerabilidade, atenção integral, ações multiprofissionais/interdisciplinares, segurança do paciente, orientações pré-operatórias e inovações decorrentes das adaptações no período mais crítico da Pandemia da Covid-19.

Todas as experiências vividas tornam-se diferenciadas no momento em que são socializadas. A complexidade dos processos que constituem a formação em serviço assume a possibilidade de contribuição efetiva para outros formandos e formadores, também evidenciando o potencial da formulação de novos conhecimentos, através da crítica, da geração de novas hipóteses e proposições.

A potência das narrativas daqueles que vivem a sua formação e, ao mesmo tempo, preocupam-se com a mesma, enquanto pesquisadores, transforma e estimula outras produções e socializações. Cada artigo aqui colocado apresenta o rigor metodológico bem como, o encantamento do ato de narrar experiências baseadas na cooperação, no olhar atento, na solidariedade e no fundamental compromisso com a atenção à saúde da população.

Este livro destaca o resultado de uma história vivida, mas não acabada! Uma história que prosseguirá na atividade de cada profissional envolvido na sua escrita e no ato compartilhado da leitura, troca de saberes reunidos a partir dos importantes pilares da vivência ética e da crença no direito universal à saúde.

Parabéns a todos que se desafiaram a escrita de artigos tão relevantes e com potencial formador/transformador!

Prof.^a Dr.^a Giana Diesel Sebastiany

Diretora de Ensino e Pesquisa do HSC

Santa Cruz do Sul, 05 de dezembro de 2022.

Sumário

CAPÍTULO I

Programas de Residência Médica e Multiprofissional em Saúde do Hospital Santa Cruz: do Surgimento à Atualidade.....16

Dulciane Nunes Paiva

Izadora Joseane Borrajo Moreira

Rochele Mosmann Menezes

doi: 10.48209/978-65-5417-109-1

CAPÍTULO II

Vulnerabilidades: Aspectos Relevantes no Processo de Alta Hospitalar e na Garantia da Assistência Integral.....29

Mariane Inês Hermany Maffi

Marta Von Dentz

Tiago Da Rosa Rambo

Bruna Eduarda Diehl

doi: 10.48209/978-65-5417-109-2

CAPÍTULO III

Aquele que Escuta também se Transforma: (Re)construindo um Relato de Experiência.....44

Makely Ferreira Rodrigues

Letícia Aline Back

Carine Overbeck Cortes

Marcus Vinicius Castro Witczak

doi: 10.48209/978-65-5417-109-3

CAPÍTULO IV

Educação Permanente em Saúde: Qualificando Profissionais do Hospital Santa Cruz por meio de Bonecos Simuladores.....53

Dulciane Nunes Paiva

Bruna Eduarda Diehl

Ana Carolina Severo

Eduarda Chaves Silveira

Fabiana Rafaela Santos de Mello

Jéssica Luiza Pedroso da Silva

Nicolas de Almeida Ziemann

Tiago da Rosa Rambo

Alexander Romão Vieira Morinélli

doi: 10.48209/978-65-5417-109-4

CAPÍTULO V

Boneca Educativa para Orientações de Enfermagem no Pré-Operatório de Cirurgia Cardíaca.....70

Catiele Piccin

Mari Ângela Gaedke

Carla Adriana de Oliveira

doi: 10.48209/978-65-5417-109-5

CAPÍTULO VI

Psicologia em Unidades de Intensivismo, Urgência e Emergência: a Visão da Equipe Multiprofissional.....88

Juliana Rohde

Karine Vanessa Perez

doi: 10.48209/978-65-5417-109-6

CAPÍTULO VII

Repercussões das orientações fisioterapêuticas pré-operatórias em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca.....106

Claudia Turra Rossato

Ana Carolina Severo

Jéssica Luiza Pedroso da Silva

Helena Rocha Machado

Dulciane Nunes Paiva

Éboni Marília Reuter

doi: 10.48209/978-65-5417-109-7

CAPÍTULO VIII

Barreiras Identificadas pela Equipe Multidisciplinar na Realização da Mobilização Precoce em Pacientes Críticos em Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital de Ensino.....121

Camila Monique Lagemann

Lisiane Lisboa Carvalho

Alexander Romão Vieira Morinélli

Fabiana Rafaela Santos de Mello

Dulciane Nunes Paiva

Alessandra Emmanouilidis

doi: 10.48209/978-65-5417-109-8

CAPÍTULO IX

Efeitos da Ginástica Laboral no Estilo de Vida de Trabalhadores de um Hospital de Ensino do Interior do Rio Grande do Sul..135

Carine Muniz dos Santos

Fernanda Oliveira Ulguim

Hildegard Hedwig Pohl

Miriam Beatrís Reckziegel

doi: 10.48209/978-65-5417-109-9

CAPÍTULO X

Desenvolvimento de um Programa de Promoção à Saúde e Qualidade de Vida para Trabalhadores em um Hospital Escola do Sul do Brasil.....149

Ana Carolina Franceschette

Fernanda Haas

Filipe Adriel Medeiros Aguirre

Ricardo Pauli Lautert

Alexander Romão Vieira Morinelli

doi: 10.48209/978-65-5417-109-A

CAPÍTULO XI

Consulta de Enfermagem Pré-operatória de Cirurgia Cardíaca: uma Pesquisa Convergente Assistencial.....165

Marcia Olinda Aparecida Luft

Adália Pinheiro Loureiro

Mari Ângela Gaedke

doi: 10.48209/978-65-5417-109-B

CAPÍTULO XII

Baixa Adesão ao Tratamento Farmacológico e Fatores Associados em Idosos Internados em um Hospital no Sul do Brasil.....180

Marina Gassen

Evelin Wegner

Julia Luiza Kern

Ana Paula Helfer Schneider

doi: 10.48209/978-65-5417-109-C

CAPÍTULO XIII

Processo de Educação Permanente para Manobras de Ressuscitação Cardiopulmonar no Setor de Emergência do Hospital Santa Cruz.....195

Iagro Cesar de Almeida

Guilherme Mocelin

Laura Schmidt Rizzi

Fabiana Rafaela dos Santos de Mello

Bruna Eduarda Diehl

Dulciane Nunes Paiva

Bárbara Swarowsky Tabach

doi: 10.48209/978-65-5417-109-D

CAPÍTULO XIV

Implementação de Visitas Virtuais e Presenciais em uma UTI Covid- 19: Experiência de Aprendizado em Serviço.....208

Vitória Merten Fernandes

Mikaela Aline Bade München

Edna Linhares Garcia

Suzane Beatriz Frantz Krug

doi: 10.48209/978-65-5417-109-E

CAPÍTULO XV

Prevenção de Quedas em Idosos na Atenção Primária à Saúde: Projeto de Intervenção Multidisciplinar.....225

Frederico Bartz Noy

João Pedro Felkl Nascimento

Andressa Stella Kuhn Correia da Rosa

Izadora Joseane Borrajo Moreira

Luciano Nunes Duro

doi: 10.48209/978-65-5417-109-F

CAPÍTULO XVI

Protagonismo dos Agentes Comunitários de Saúde na Rede de Atenção Primária: o Caso de Santa Cruz Do Sul - RS.....248

Lais Carolini Pauleski

Andressa Stella Kuhn Correia da Rosa

Izadora Joseane Borrajo Moreira

Graziela Melz

Luciano Nunes Duro

doi: 10.48209/978-65-5417-109-G

CAPÍTULO XVII

Qualificação da Atenção Primária à Saúde no Manejo da Dor: Revisão sobre Agulhamento Seco para Dor de Origem Miofascial.....265

Flávia Garcia de Garcia Horbach

Andressa Stella Kuhn Correia da Rosa

Julia Lazarri Rizzi

Izadora Joseane Borrajo Moreira

doi: 10.48209/978-65-5417-109-H

CAPÍTULO XVIII

Trilha de Integração como Estratégia em Educação em Saúde no Contexto da Segurança do Paciente.....278

Rochele Mosmann Menezes

Adália Pinheiro Loureiro

Anna Virgínia Bisognin Felice

Vanessa Caroline Hermes

Barbara Dorneles Nicoli

Taine de Bastos Brum

Sara de Lima Marion

Mariana Portela de Assis

Suzane Beatriz Frantz Krug

Jane Dagmar Pollo Renner

doi: 10.48209/978-65-5417-109-1

Sobre as Organizadoras.....290

Sobre as Colaboradoras.....291

Sobre as Autoras e Autores.....292

CAPÍTULO I

PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA E MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DO HOSPITAL SANTA CRUZ: DO SURGIMENTO À ATUALIDADE

Dulciane Nunes Paiva

Izadora Joseane Borrajo Moreira

Rochele Mosmann Menezes

Doi: 10.48209/978-65-5417-109-1

Introdução

Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) e Residência Médica (PRM) se constituem em uma modalidade de formação cuja característica mais marcante é o treinamento em serviço com o intuito de capacitar profissionais de saúde para uma atuação diferenciada no Sistema Único de Saúde (SUS), favorecendo a qualidade e segurança do atendimento aos pacientes. O foco principal é a qualificação profissional pautada na Educação Permanente em Saúde (EPS) com reorientação das lógicas tecnoassistenciais (LOBATO, 2010; FRENK et al., 2010).

Ambos os programas foram implantados visando promover a integração dos campos do fazer institucional nos âmbitos do ensino-serviço-gestão, bem como dos campos da interdisciplinaridade, objetivando ampliar o diálogo multiprofissional e interdisciplinar entre ensino/serviço, comunidade e gestão.

O Hospital Santa Cruz (HSC) se caracteriza como um hospital de ensino, sendo credenciado pelos Ministério da Saúde (MS) e pelo Ministério da Educação e habilitado como uma unidade de assistência em alta complexidade nos âmbitos cardiovascular e traumato-ortopedia, além de atuar na assistência às gestantes de alto risco, na terapia nutricional enteral e parenteral. Além disso, é uma unidade de referência em oftalmologia e, vem buscando responder às políticas públicas de educação e assistência em saúde, atuando nos três níveis de assistência: Atenção de Baixa, Média e Alta complexidade, desenvolvendo a cultura do diálogo multiprofissional e interdisciplinar entre ensino/serviço, comunidade e gestão.

As ações educativas e formativas no âmbito dos diversos cenários de prática potencializam e levam em consideração ações que se adequem às necessidades de saúde da população, possibilitando que os profissionais de saúde tenham uma atuação orientada pelos princípios da EPS (BAGNASCO et al., 2015; CONCEIÇÃO-SILVA; BROTTTO, 2016). Além disso, não priorizam apenas as habilidades, as técnicas e os aspectos cognitivos, mas também as competências humanísticas e permitem a autonomia do pós-graduando no sentido de desenvolver sua capacidade de tratar o ser humano de forma integral, levando em consideração os variados determinantes sociais em saúde (CHAEDE et al., 2013).

Para marcar a descrição histórica da criação do PRM e do PRMS no HSC, o presente capítulo versa sobre seus surgimentos, desenvolvimentos e pretensões futuras a partir de suas implantações, visando a integração entre os

diferentes níveis do sistema onde o usuário é atendido. Tais programas criaram vínculos efetivos de co-responsabilização com seu processo de saúde-doença, criando “linhas/redes de cuidado” via estabelecimento de mecanismos de referência/contra referência, pautados por ações humanísticas, autônomas e interdisciplinares em saúde.

Hospital Santa Cruz: Assistência, Ensino, Pesquisa e Extensão de Excelência

O HSC foi fundado em 22 de maio de 1908, sendo reconhecido como uma entidade filantrópica e sem fins lucrativos, diretamente ligado a sua mantenedora, a Associação Pró Ensino em Santa Cruz do Sul (APESC), mesma mantenedora da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) e localizado na cidade de Santa Cruz do Sul – RS, que tem população estimada em 132.271 mil habitantes (IBGE, 2022).

A instituição realiza atendimentos a pacientes internados e ambulatoriais e oferece serviços de diagnóstico e tratamento com procedimentos inéditos na região, sendo composta, conforme dados institucionais (2021), pelas enfermarias da Clínica Médica/Cirúrgica Adulto (95 leitos, destes sendo 55 do SUS), unidade de terapia intensiva (UTI) Adulto (20 leitos, sendo 15 do SUS - unidade habilitada com o nível 3 de excelência, nível máximo que pode ser alcançado por uma UTI) Centro Cirúrgico, Centro de Diagnóstico e Intervenção por Imagem; Maternidade (35 leitos, sendo 22 do SUS), UTI Neonatal (08 leitos, sendo 7 do SUS), UTI Pediátrica (02 leitos do SUS), Unidade de Cuidados Intermediários (UCI, com 10 leitos do SUS), Pediatria (22 leitos, sendo 12 do SUS) e Centro Obstétrico.

Composto por equipe de 974 colaboradores e corpo clínico de cerca de 247 médicos, o HSC possibilita atendimentos médico-hospitalares pelo SUS e

estes representam 86,20% dos serviços prestados. Fazendo parte da sua estrutura, o Pronto Atendimento (PA SUS) (serviço do HSC contratado pela prefeitura de Santa Cruz do Sul), presta serviços de urgência e emergência durante 24 horas aos usuários do SUS, totalizando cerca de 8.300 atendimentos no ano de 2021.

Os atendimentos médico-hospitalares pelo SUS representaram 72,97% dos serviços prestados e, fazendo parte da sua estrutura, o PA SUS presta serviços de urgência e emergência durante 24 horas aos usuários do SUS, totalizando dezoito leitos. O HSC acolhe em seu escopo, docentes e acadêmicos dos cursos de Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Farmácia, Odontologia, Medicina, Psicologia, Educação Física, Serviço Social, Comunicação Social, Ciências Contábeis, Administração e outros cursos de graduação da UNISC, bem como cursos técnicos. Tal composição possibilita a integração entre o ensino, a pesquisa e a extensão, resultando na qualificação dos cuidados e proporcionando aos pacientes uma segurança assistencial qualificada.

No âmbito dos Programas de Residência em Saúde (PRS), observa-se que a instituição favorece a inserção dos profissionais em aprimoramento na rede de atenção em saúde, com o reconhecimento das diferentes “portas de entrada” acessadas pelos usuários e a elaboração de estratégias para a construção de sistemas de referência e contra referência entre os serviços da rede básica, hospitalar e ambulatorial. Assim, a continuidade e a integralidade da atenção à saúde nos diversos cenários em que os cuidados são oferecidos ficam garantidos.

O HSC abrange programas próprios de residência médica, credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica, nas áreas de Medicina de Família e Comunidade, Cirurgia Geral, Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia e Pediatria e o PRMS, abrangendo oito áreas da saúde: Enfermagem, Fisiotera-

pia, Farmácia, Nutrição, Serviço Social, Educação Física, Psicologia e Odontologia. O aperfeiçoamento na formação dos profissionais da saúde habilitados, está associado com a necessidade dos usuários em usufruir de um tratamento especializado e, com isso, favorecer melhores indicadores e equidade em saúde da população atendida (CECCIM, 2005; ANDRADE et al., 2011).

Programas de Residência e a Educação Permanente em Saúde

Os PRS, como modalidades de formação, potencializam a formação dos profissionais em saúde em consonância com os princípios da EPS (LOBATO, 2010, p. 33). A equidade em saúde ainda se apresenta fragilizada no Brasil e a Organização das Nações Unidas (ONU) explicitou o quão dinâmico são as mudanças na área da educação em saúde e, evidenciou o quanto a mesma é descontextualizada e produtora de uma formação curricular estática, tendo a partir desta evidência, surgido a proposição da inserção de uma aprendizagem transformadora e permanente das equipes de trabalho, pautadas nas necessidades loco regionais (FRENK et al., 2010; ANDRADE et al., 2011).

Tal estratégia da ONU foi precursora do movimento da EPS, que buscou melhorar a qualidade dos serviços e das condições de trabalho por meio da educação no trabalho (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1994), sendo este conceito sido formado na década de 1980 pela Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) e pela OMS (FERRAZ et al., 2012), sendo também precursor, no Brasil, da formação do SUS. No Brasil, a EPS tem sido considerada na formação dos profissionais de saúde por determinação da Constituição Federal que estabeleceu que tal medida, dentre outras, compete ao SUS (BRASIL, 1988). As políticas do Ministério da Educação (MEC), do Ministério da Saúde (MS) e do Conselho Nacional de Saúde objetivam a integração do ensino com

os serviços de saúde para a melhor organização da política de educação na saúde (BRASIL, 2004a; HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1994).

Sequencialmente, foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (BRASIL, 2006), com o objetivo de formular e colocar em prática a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1994). O Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) propôs a “adoção da EPS como estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde” (BRASIL, 2004b, p. 7). A partir disso, foi formulada, em 2003, a Resolução N° 335, a qual aprovou a “Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde” e mais tarde foi instituída a Portaria 198 que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor (BRASIL, 2004a).

A EPS se constitui em uma estratégia político pedagógica que fortalece os sistemas públicos, fazendo a articulação entre a formação, o trabalho e a cidadania (SARRETA, 2009), provendo uma nova configuração do trabalho e da educação dos profissionais em saúde (BRASIL, 2007). Além disso, propõe o estabelecimento de relações entre as instituições de educação superior, entre estas o ensino técnico e o profissionalizante, os serviços de saúde, as entidades e outros setores da comunidade (BRASIL, 2007), o que possibilita que a formação e o desenvolvimento de profissionais da saúde ocorram de modo descentralizado e interdisciplinar.

A utilização das metodologias ativas e a EPS são eixos pedagógicos em comum na maioria dos PRS. A formação de preceptores e de tutores antes e durante o início dos programas qualificam de modo permanente os profissionais envolvidos (BAGNASCO et al., 2015). O zelo na definição de preceptoria,

tutoria, campos de estágio, ênfases dos programas, estratégias pedagógicas e modos avaliativos também implicaram na necessidade de mudança dos critérios de análise para acreditação dos programas e, tais ações contribuem para o desenvolvimento de uma unidade de saúde (CONCEIÇÃO-SILVA; BROTTTO, 2016).

Para aperfeiçoar o processo formativo dos profissionais de saúde, discutem-se as evoluções relativas à educação e à saúde com a clareza da necessidade de mudanças no processo de formação, sobretudo no que se refere ao perfil profissional desejado e ao modelo pedagógico adotado. Desta forma, preconiza-se maior integração entre o mundo do ensino e do trabalho, com ênfase na formação generalista, no trabalho multiprofissional e na integralidade, diversificação dos cenários de prática e a adoção de metodologias ativas de aprendizagem (CHAEDE et al., 2013).

Programas de Residência do Hospital Santa Cruz

Programa de Residência Médica

Para que o HSC pudesse atingir o *status* de hospital de ensino, muitas transformações internas foram necessárias desde sua aquisição pela APESC, em 2003. O requisito indispensável para viabilizar esse objetivo, hoje realidade, foi o de serem implantados Programas de Residências Médicas em áreas básicas da Medicina. A Residência Médica exige médicos preceptores titulados, com reconhecido destaque técnico, estrutura física adequada, demanda de pacientes para apropriado treinamento e atividades sistemáticas de ensino/pesquisa.

Assim sendo, a implantação dos PRM no HSC decorreu do esforço conjunto de professores, médicos, equipes da UNISC e do próprio HSC. Como re-

sultado do trabalho contínuo das partes envolvidas no processo, os PRM iniciaram suas atividades em fevereiro de 2010 e atualmente, o programa conta com 77 vagas distribuídas entre R1 (primeiro ano), R2 (segundo ano) e R3 (terceiro ano) nas especialidades de Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia e Medicina de Família e Comunidade. Tem-se convicção de que a sistematização do atendimento nas especialidades médicas, que contam com um PRM, eleva o padrão técnico da assistência prestada, razão pela qual, atualmente, não se consegue conceber o HSC sem as ações do PRM.

Programa de Residência Multiprofissional em Saúde

No ano de 2013 ocorreram os primeiros encontros da comissão científica e de apoio às atividades de Ensino e Pesquisa (CCAAEP) do HSC, onde foram planejados os aspectos necessários para a construção do PRMS, sendo pioneiros nessa construção, o médico Dr. Marcelo Carneiro e a fisioterapeuta Dr^a Dulciane Paiva, que realizaram a escrita do projeto para concorrer ao Edital do MS, na ênfase do Intensivismo, Urgência e Emergência, tendo tal proposta sido apoiada pela Prof^a. Carmen Lucia de Lima Helfer, que veio a ser Reitora (2014-2021) e pelo então Reitor Prof. Vilmar Thomé (2013), que viria a ser, no ano subsequente à implantação do PRMS, Diretor do HSC no ano de 2014 até a atualidade.

O PRMS, se insere com o objetivo de capacitar profissionais para uma atuação interdisciplinar em equipe multiprofissional, visto que a necessidade crescente de profissionais capacitados no estado do Rio Grande do Sul e, especialmente, na região do Vale do Rio Pardo e Taquari na área do Intensivismo, Urgência e Emergência, sendo essa uma das áreas prioritárias e de referência do HSC. O PRMS tornou possível aos Residentes envolvidos, a obtenção de conhecimento das estratégias técnico-científicas de educação, participação

popular, prevenção, tratamento, desenvolvimento e recuperação da saúde. O PRMS reforçou as ligações entre a UNISC e a Secretaria Municipal de Saúde e qualificou o sistema de saúde de Santa Cruz do Sul e região, contribuindo para o seu desenvolvimento e para a consolidação dos princípios do SUS.

Foi realizada reunião com a 13ª CRS com vistas a obter a anuência para a implantação do referido programa no município de Santa Cruz do Sul - RS. Em dezembro de 2013 houve a aprovação do PRMS do HSC com vistas a ser iniciado em fevereiro de 2014, sendo instituída por voto direto em reunião com docentes representantes das oito áreas da saúde da UNISC, a Profª. Dulciane Paiva como coordenadora da Comissão de Residência Multiprofissional (CO-REMU) e do PRMS e a Enfermeira Eliane Carlosso Krummenauer como vice-coordenadora do PRMS do HSC.

A estruturação do PRMS ocorreu de modo célere a partir de fevereiro de 2014, abrangendo a organização de infraestrutura e recursos humanos para atuarem como tutores e a oferta de toda a grade teórica a ser ofertada. Os Residentes se integraram à equipe multiprofissional atuante no HSC e a partir de então, a qualificação dos profissionais foi crescente nas suas atuações pré-hospitalar, hospitalar e pós hospitalar nos diferentes níveis de complexidade em sua área de concentração.

A implementação desse programa na região do Vale do Rio Pardo e Taquari, a qual a UNISC é referência para ações de ensino, pesquisa, extensão e assistência à saúde, concretiza a implantação do ensino superior em trabalho de modo multi e interdisciplinar. Diferentes cenários de atuação foram incluídos como as Unidades Básica de Saúde (UBS) e de Estratégia de Saúde da Família (ESF), ambulatórios da UNISC, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Unidades de Pronto Atendimento, Emergência, UTI, Enfermarias de Retaguarda e Unidades Gestoras (13ª CRS e Secretarias Municipais de Saúde).

O PRMS oferta 20 bolsas com abrangência das áreas de Enfermagem (4 bolsas), Nutrição (2 bolsas), Farmácia (4 bolsas), Serviço Social (1 bolsa), Fisioterapia (4 bolsas), Educação Física (1 bolsa), Odontologia (2 bolsas), Psicologia (2 bolsas), abrangendo disciplinas teóricas como o Clube de Revista e Grandes Rounds (Discussão de artigos e casos clínicos), bem como a inserção de diversas outras ações contributivas à formação dos Residentes, incluindo ações como o Projeto MultiAlegria e a Semana Integrada em Saúde da UNISC.

Referente às contribuições para a qualificação da Rede de Atenção à Saúde no SUS, a rede pública de saúde municipal é constituída 21 Unidades de Saúde, sendo 3 (três) Postos de Saúde, 17 (dezessete) Unidades de Saúde da Família e 9 (nove) Unidades Básicas de Saúde 15 alocadas na zona urbana e 6 no interior do município e, 2 unidades móveis equipadas para atendimento médico e odontológico nas regiões sem posto de saúde, incluindo as parcerias com o Centro de Atendimento Especializado: Atendimento à Sorologia, HIV/SIDA, Centro de Atendimento Psicossocial Adulto (CAPS), um Pronto Atendimento (Urgência e Emergência 24hs) e um Centro de Atendimento Materno-Infantil 24 horas (Disponível: <http://cosems.com/rs/analisesaude/app/municipio/estabelecimentos/431680/02>)

Os cenários do PRMS acontecem nas dependências do HSC, da UNISC e da SMS, abrangeu projetos de extensão multidisciplinares voltados à comunidade, como o Projeto de Reabilitação Cardiorrespiratória, Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) Redes de Atenção e o Projeto de Atenção à Criança e ao Adolescente. A estrutura do hospital abrange espaços acadêmicos, salas de estudo estruturadas em todas as unidades e uma biblioteca setorial da UNISC, alocada na Área Acadêmica do Curso de Medicina. Dispõe de estrutura administrativa para as atividades de ensino da COREME e da Comissão de Residência Médica (COREMU) (Secretaria de Ensino, Pesquisa e

Extensão), todas atuando na organização e promoção de atividades que fomentem a interação entre a assistência e o ensino.

Conclusão

O pressuposto para implantação dos PRS é que não se perca o processo de construção coletiva dos processos de ensino/serviço, pesquisa e gestão e que a ênfase na educação permanente e na sua interação no processo de mudança das práticas sanitárias seja constante. A formação prevista na Residência não prioriza apenas as habilidades técnicas e os aspectos cognitivos, mas também as competências humanísticas em dar autonomia para que o pós-graduando desenvolva sua capacidade de tratar o ser humano em suas peculiaridades, seu contexto e perfil cultural, econômico, político e social. A implantação e desenvolvimento dos programas de Residências no HSC tem possibilitado o desenvolvimento do hospital em suas ações assistenciais e de capacitação de sua massa crítica, tendo sido crucial para a sua acreditação e progresso.

Referências Bibliográficas

ANDRADE, S.R. et al. Educação Permanente em Saúde: atribuições e deliberações à luz da política nacional e do pacto de gestão. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 373-381, 2011.

BAGNASCO, A. et al. Instruments measuring meaningful learning in undergraduate healthcare students: a systematic review protocol. *Journal of Advanced Nursing*, United Kingdom, v. 71, n. 3, p. 655-664, 2015.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente e polos de educação permanente em saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Ministério da Saúde, Brasília, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 198 de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Ministério da Saúde, Brasília, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1996 de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília, 2007.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-77, 2005.

CHAEDE, M. F. M. et al. Residência multiprofissional em saúde: a busca pela integralidade. Cogitare Enfermagem, Paraná, v.18, n. 3, p. 592-595, 2013.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/santa-cruz-do-sul/panorama>>. Acesso em: 20/12/2022.

COSEMS RS. Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul. Painel Apoio Cadastro Estabelecimentos Santa Cruz do Sul. <http://co-sems.com/rs/analisesaude/app/municipio/estabelecimentos/431680/02>

CONCEIÇÃO-SILVA, L.; BROTTTO, M.E. Residência Multiprofissional em Saúde: o olhar dos preceptores sobre o processo de ensino-aprendizagem. Revista de Políticas Públicas, São Luís, v. 20, n. 2, p. 1-17, 2016.

FERRAZ. et al. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde do Brasil: conhecimento dos profissionais da saúde. Revista Iberoamericana de Educación e investigación en enfermería, Madrid, v. 2, n. 2. p. 33-41, 2012.

FRENK, J. et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. Lancet, London, v. 376, n. 9756, p. 1923-1958, 2010.

HADDAD, J.Q.; ROSCHKE, M.A.C.; DAVINI, M.C. Elementos para el análisis y la caracterización del contexto en que se dan los procesos educativos en los servicios de salud. Tendencias y perspectivas. In: _____. Educación Permanente del Personal de Salud, Washington (DC): Organización Panamericana de Salud, p. 1-30, 1994.

LOBATO, C.P. Formação dos trabalhadores de saúde na residência multiprofissional em saúde da família: uma cartografia da dimensão política. 2010. 117f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.

SARRETA, F.O. Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS. São Paulo: UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

CAPÍTULO II

VULNERABILIDADES: ASPECTOS RELEVANTES NO PROCESSO DE ALTA HOSPITALAR E NA GARANTIA DA ASSISTÊNCIA INTEGRAL

Mariane Inês Hermany Maffi

Marta Von Dentz

Tiago Da Rosa Rambo

Bruna Eduarda Diehl

Doi: 10.48209/978-65-5417-109-2

Introdução

Pouco se conhece acerca das vulnerabilidades apresentadas por pacientes internados em hospitais. Todavia, é recorrente o atendimento de sujeitos em situação de vulnerabilidade, o que interfere diretamente no processo de enfrentamento da doença. À vista disso, vários fatores se associam a tal situação, implicando na restauração da saúde, tais como: precariedade no acesso a serviços e programas, fragilização e/ou rompimento de vínculos afetivos e a falta de estrutura (CARMO; GUIZARDI, 2018).

Entende-se que a realidade social interfere no processo saúde-doença e, dessa forma, faz-se necessária a atuação do assistente social junto à equipe multiprofissional, pois este profissional avalia profundamente a situação social com o intuito de identificar as condições de vida e de trabalho dos usuários e os determinantes sociais associados (CUNHA et al., 2020).

Nesse cenário, compreende-se a saúde como uma dimensão essencial para a qualidade de vida e recurso social, econômico e pessoal, sendo direito humano fundamental. Dessa forma, hospitais apresentam importância na garantia da equidade, integralidade e defesa da vida. Quanto à integralidade, considera-se a pessoa como um todo, atendendo suas necessidades, devendo as ações atentarem para a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em articulação com outras políticas públicas (UZUELLI et al., 2019). As experiências vivenciadas durante as práticas revelam que em muitas situações, certos pacientes permanecem internados mesmo apresentando condições de alta, devido à necessidade de acionamento da rede de serviços de saúde, socioassistencial e jurídica, fundamental para continuidade da assistência domiciliar. Este aspecto intensifica esta problemática, sendo, portanto, uma teorização feita a partir da vivência interventiva investigativa da prática profissional. Posto isto, este estudo visa a conhecer as vulnerabilidades que interferem no processo de alta hospitalar e na continuidade de tratamento domiciliar de pacientes internados em um Hospital de Ensino do Vale do Rio Pardo.

Metodologia

Os dados são oriundos da pesquisa denominada “Análise das principais vulnerabilidades que interferem no processo de alta hospitalar e continuidade de tratamento domiciliar”, caracterizada como uma “pesquisa em interface com a intervenção”, visto que para o Serviço Social, a ação investigativa é indis-

sociada da dimensão interventiva (MORAES, 2017). Analisou-se qualitativamente visando a significar relações, representações, crenças, percepções e opiniões humanas (OLIVEIRA; BAIXINHO; PRESADO, 2019), possibilitando identificar vulnerabilidades que interfeririam na alta hospitalar e continuidade do tratamento.

O presente estudo foi realizado no Hospital Santa Cruz, localizado na cidade de Santa Cruz do Sul-RS, tendo a coleta de dados ocorrido no período de maio a agosto de 2020. A amostra foi composta por pacientes adultos internados em situação de vulnerabilidade e que apresentavam características, como etilismo, dependência química, tuberculose, doenças mentais, situação de rua e ausência de acompanhante.

Foram aplicadas entrevistas utilizando questionário semiestruturado elaborado contendo os seguintes eixos norteadores: (I) perfil dos pacientes, (II) vulnerabilidades e (III) dificuldades na continuidade do tratamento domiciliar, (IV) encaminhamentos realizados pelo Serviço Social hospitalar e (V) processos de trabalho do Serviço Social aos pacientes. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul – CEP/UNISC (nº CAAE 29894020.8.0000.5343).

Resultados e Discussão

O estudo abrangeu nove casos de pacientes internados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) com dificuldades no processo de alta e continuidade de cuidados. Verificou-se predomínio de homens, representando oito sujeitos. A faixa etária predominante foi de 41 aos 59 anos, sendo todos procedentes do município de Santa Cruz do Sul e destes, seis indivíduos não tinham moradia, dois residiam na zona sul e um na zona norte. Os sem moradia referiam habitar praças, logradouros e o Albergue Municipal (AM).

Quanto à renda mensal, dois não possuíam e sete recebiam aposentadorias ou benefícios, como o Benefício de Prestação Continuada e o Auxílio Emergencial. As características apresentadas foram situação de rua, tuberculose, síndrome da imunodeficiência humana (HIV), dependência química e/ou transtornos mentais. Tais indivíduos encontravam-se em situação de vulnerabilidade e parte eram incapacitados para a vida independente e trabalho, motivo pelo qual recebiam algum benefício.

Redes de Apoio

Uma preocupação dos profissionais de saúde, diz respeito a presença de um familiar e/ou cuidador responsável durante o período de internação, bem como, para prover os cuidados domiciliares. Na amostra avaliada, todos possuíam algum familiar, entretanto, sete apresentavam vínculos fragilizados e/ou rompidos, não havendo acompanhamento durante a internação.

Os casos de “abandono” familiar se tratavam de reinternações. Quando questionados acerca da família, referiram justificativas para a ausência, como conflitos e/ou vínculos rompidos e incompreensão da condição/patologia. A ausência durante a hospitalização era vista como potencializadora da fragilização, conforme discorrem os entrevistados:

E3: “Minha situação é difícil porque a minha família já desistiu de mim, só tenho o meu irmão que também tá na mesma. Não tenho onde mora aí fico no albergue até quando posso. Aí por um tempo fico pela rua, mas é complicado. Acabo não tomando meus remédios, esqueço, aí faço uso e assim vai” (SIC).

E7: “Não consigo para de beber, perdi meu trabalho e meus irmãos não querem mais saber de mim, eu até tento parar de beber, mas como o bar é perto da minha casa é difícil para, não sei o que vai ser de mim quando eu sair daqui” (SIC).

Este contexto impacta no período de internação, gerando dificuldades às equipes, pois os pacientes apresentaram dificuldade quanto ao autocuidado,

a conscientização do seu estado de saúde e adesão ao tratamento recomendado. Além disso, evidencia-se dificuldade no processo de alta hospitalar, especialmente na referenciação à Unidade Básica de Saúde (UBS) ou Estratégia de Saúde da Família (ESF), pois a inexistência de moradia fixa inviabilizava o encaminhamento e acompanhamento por estes serviços, comprometendo a continuidade da assistência e o atendimento integral.

Nestas situações, realizou-se intervenções com os familiares visando a resgatar vínculos. Todavia, devido ao curto período de internação, tais questões tornam-se desafiadoras, e nem sempre foi possível obter sucesso, sendo fundamental a continuidade do acompanhamento dos serviços da rede a estes familiares, pois entende-se que é importante a acolhida e escuta no intuito de identificar as vulnerabilidades associadas à fragilização ou ruptura destes vínculos, com o objetivo de fortalecer e aproximar os laços afetivos, bem como oferecer estrutura e suporte para que estes familiares possam assumir os cuidados domiciliares necessários a este paciente. É perceptível, através dos relatos dos sujeitos, que a participação familiar pode contribuir efetivamente no tratamento e melhora da qualidade de vida.

A rede de serviços de saúde é fundamental para oferecer uma alta segura, visto que a garantia de assistência e suporte adequado após a saída do hospital tende a evitar novas reinternações. Observou-se que todos os sujeitos já foram atendidos por algum serviço do município, no entanto, apenas três seguiam frequentando ou tendo acompanhamento, citando-se UBS, ESF, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps-AD III), Centro de Atenção Psicossocial (Caps II), Comunidade Terapêutica, Centro de Atendimento à Sorologia (Cemas), Hospitalzinho, Pronto Atendimento (PA) e Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

Tendo em vista que uma parcela encontra-se em situação de rua, relataram enfrentar obstáculos no acesso a alguns serviços devido a não comprovação de endereço, não havendo um serviço de referência, especialmente em relação a atendimentos em UBS e ESF, resultando na procura por atendimento apenas em casos extremos em UPAS, Hospitalzinho ou PA do HSC, conforme os relatos abaixo:

E2: “Não tenho um lugar pra ir porque moro na rua, quando me sinto mal ou tenho muita dor vou na UPA, no Hospitalzinho ou no PA”(SIC).

E3: “Eu não vou no posto porque fico quase todo tempo na rua aí não querem me atender em nenhum posto”. Aí quando tou com muita dor vou na UPA ou Hospitalzinho”(SIC).

E9: “Sempre que tou com dor vou na UPA ou no PA, não tenho um lugar certo pra ir porque vivo na rua aí eles só me atendem ali, não querem me atender no posto”(SIC).

Outro fator que interfere na adesão aos serviços é o preconceito e a discriminação. Os pacientes mencionaram sofrer condutas preconceituosas e discriminatórias durante o atendimento ou escuta dos profissionais, atribuindo tais posturas às precárias condições de higiene/vestuário apresentadas, a pobreza e preconceito racial, conforme relatado pelos entrevistados:

E9: “Não gosto de ir em posto ou outros lugares porque a gente é pobre e sujo e as pessoas não gostam da gente, tratam a gente diferente. Aí quando tou com muita dor venho no PA” (SIC).

E4: “Eu não vou mais me trata nos lugares porque lá eles não atendem bem a gente, deve ser porque o cara é pobre e mal vestido” (SIC).

Alguns ainda referiram desistir de frequentar os serviços por não estarem cientes da necessidade de continuar com o tratamento e/ou uso de medicações:

E4: “Eu fazia tratamento no Cemas pra minha doença desde a última vez que eu tava internado aqui, mas parei de usar porque eu tava me sentindo melhor e o remédio tava me fazendo mal, achei que não precisava mais toma” (SIC).

E5: “Olha quando eu tou no albergue até tento fazer meu tratamento, tomo meus remédio, vou nas consultas no Cemas, mas aí quando vou pra rua não dá certo, aí deixo pra lá”(SIC).

E3: “Eu já ia no CapsAD mas parei de ir, não me trato em nenhum lugar porque eu tou bom, não preciso e quando eu quero paro de bebe” (SIC).

Portanto, a comunicação eficaz do médico e demais profissionais, usando linguagem popular, facilita a compreensão pelo paciente quanto ao diagnóstico e o tratamento. Deste modo, o paciente e a equipe de saúde devem se alinhar para estabelecer uma relação de confiança, visando a melhora e à adesão ao tratamento e evitando reinternações.

Nos casos em que o paciente não possuía condições de prover sua assistência ou em que não houve aproximação dos vínculos familiares ou ainda, em que estes não podiam assumir cuidados domiciliares, foi necessário acionar a rede de serviços de saúde, socioassistencial e/ou jurídica, providenciando local para acolhimento após alta hospitalar, por meio dos seguintes serviços: Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), Secretaria de Políticas Públicas e Assistência Social (SEPPAS), AM e Promotoria.

Uma das preocupações da equipe de saúde é garantir uma alta segura e assim, é essencial que o paciente seja referenciado aos serviços da rede para a continuidade da assistência. Nestes casos é imprescindível o trabalho em rede, a socialização da informação, a referência e contra referência, de modo que a informação circule pelos serviços da rede interna e externa, visando à continuidade do cuidado. O trabalho em rede é uma interação entre profissionais e organizações, uma soma de informações, conhecimentos, discussão, superação de conflitos e construção conjunta e coletiva de um trabalho que resgata a autoestima, a autonomia e a cidadania de forma integral e humana (FERRER et al., 2022).

Devido ao acionamento destes serviços, bem como das limitações apresentadas pela rede externa, além da complexidade dos casos, o processo de alta hospitalar acabava sendo moroso, permanecendo o sujeito internado desnecessariamente. Porém, estas intermediações são fundamentais para agilizar a alta hospitalar garantindo a continuidade da assistência.

Vulnerabilidades que afetam o processo de alta hospitalar e a continuidade de tratamento em domicílio

A maioria apresentava vínculos familiares fragilizados e/ou rompidos, trazendo dificuldades à equipe assistencial na organização da alta. A partir de contatos realizados pelo Serviço Social com familiares, se observou que a assistência em prestar assistência ou acolhimento se dava por conflitos, desgaste emocional e pela falta de comprometimento com o tratamento. Ainda, referiram já ter oferecido assistência, mas estavam cansados devido ao desgaste físico e emocional gerado principalmente pela não adesão ao tratamento, em certos casos a casa se torna um espaço de conflito, o que dificulta a superação desta situação que ocorre de forma fragmentada, há dificuldade de superar, pois não dispõem de redes de apoio para o enfrentamento das adversidades, resultando na desestruturação familiar (CARDOSO et al., 2019).

Foi possível, em algumas situações reaproximar os vínculos, havendo o comprometimento da família em assumir os cuidados do paciente/familiar em seu domicílio. Acredita-se que a reaproximação e responsabilização das famílias contribui para continuidade do cuidado proporcionando novas perspectivas de vida aos sujeitos. Além disso, intervenções com os familiares agilizam o processo de alta hospitalar visto às dificuldades e limitações apresentadas pela rede de serviços de saúde e socioassistencial nestas situações.

A adesão ao tratamento é fundamental para o controle efetivo de muitas doenças, além de contribuir na redução de reinternações. O estudo demonstrou que, grande parte dos sujeitos não aderiram aos tratamentos após alta hospitalar, devido as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, ausência de um local adequado para acolhimento, a discriminação e preconceito.

Por se encontrarem em situação de vulnerabilidade é importante possuir um serviço de referência, que possibilite escuta qualificada e acolhimento de suas necessidades. A Política Nacional de Humanização prevê que é possível garantir acesso destes à tecnologias apropriadas, ampliando a efetividade das práticas de saúde, garantindo que todos sejam bem atendidos a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco (BRASIL, 2013). A apreensão precisa dessas necessidades não pode ser realizada pelos formuladores das políticas específicas, pois estes só conseguem apreender as necessidades ligadas à doença em questão. No entanto, entendem que essa escuta ampliada das necessidades do usuário é uma das características das práticas de saúde pautadas na integralidade, pois implica ter uma visão abrangente daqueles que serão alvos das políticas de saúde (PINHEIRO; MATTOS, 2003).

A luta pela integralidade implica repensar e reavaliar práticas e processos de trabalho no SUS, pois a burocracia destes processos dificulta a acessibilidade aos atendimentos. Nessa lógica, em 2011, o Ministério da Saúde criou os Consultórios na Rua (CnR), visando ampliar a acessibilidade e qualidade da atenção à população em situação de rua, atuando em parceria com UBS e CAPS. Tais serviços são portas de entrada destes sujeitos no SUS, assim como a ESF é porta de entrada para aqueles com moradia fixa (BRASIL, 2011). No entanto, o município da amostra não conta com este serviço.

Quando não se tem um serviço especializado como o CnR, a UBS se torna a única referência, se fazendo necessário com urgência a intervenção dos

gestores públicos para garantia do acesso à assistência. Constatase que a saúde desse grupo está mais comprometida na medida em que são desrespeitados os princípios da universalidade do acesso aos serviços, da equidade no acesso às ações e serviços e da integralidade da assistência.

A família é indispensável para garantir a sobrevivência e proteção integral, pois propicia aportes afetivos e materiais necessários ao desenvolvimento e bem-estar dos seus membros. Além disso, desempenha um papel decisivo na educação formal e informal (KALOUSTIAN; FERRARI, 1994 *apud* GOMES; PEREIRA, 2005). Em famílias privadas de estrutura básica e sem perspectivas de vida melhor, possibilidades de amar e respeitar o outro ficam ameaçadas, sendo comuns sentimentos de vulnerabilidade e desamparo devido a ineficiência das políticas públicas, assim é importante que as políticas apoiem não apenas quanto à renda, mas no acesso a bens e serviços sociais (GOMES; PEREIRA, 2005). Portanto, faz-se necessária a implementação de programas que visualizem a família como alvo, não descontextualizando seus membros, visto que políticas públicas eficazes devem destacar a família como potencializadora das ações.

Neste sentido, a ESF se torna um marco operacional transformador do modelo assistencial nacional, visto que volta-se a territórios onde vivem populações desfavorecidas, o que torna a atenção à saúde centrada na família observando seu contexto socioeconômico e cultural. Isto possibilita identificar fatores de risco anteriormente despercebidos, propiciando às equipes maior compreensão dos processos saúde/doença para além das práticas curativas (BRASIL, 1997).

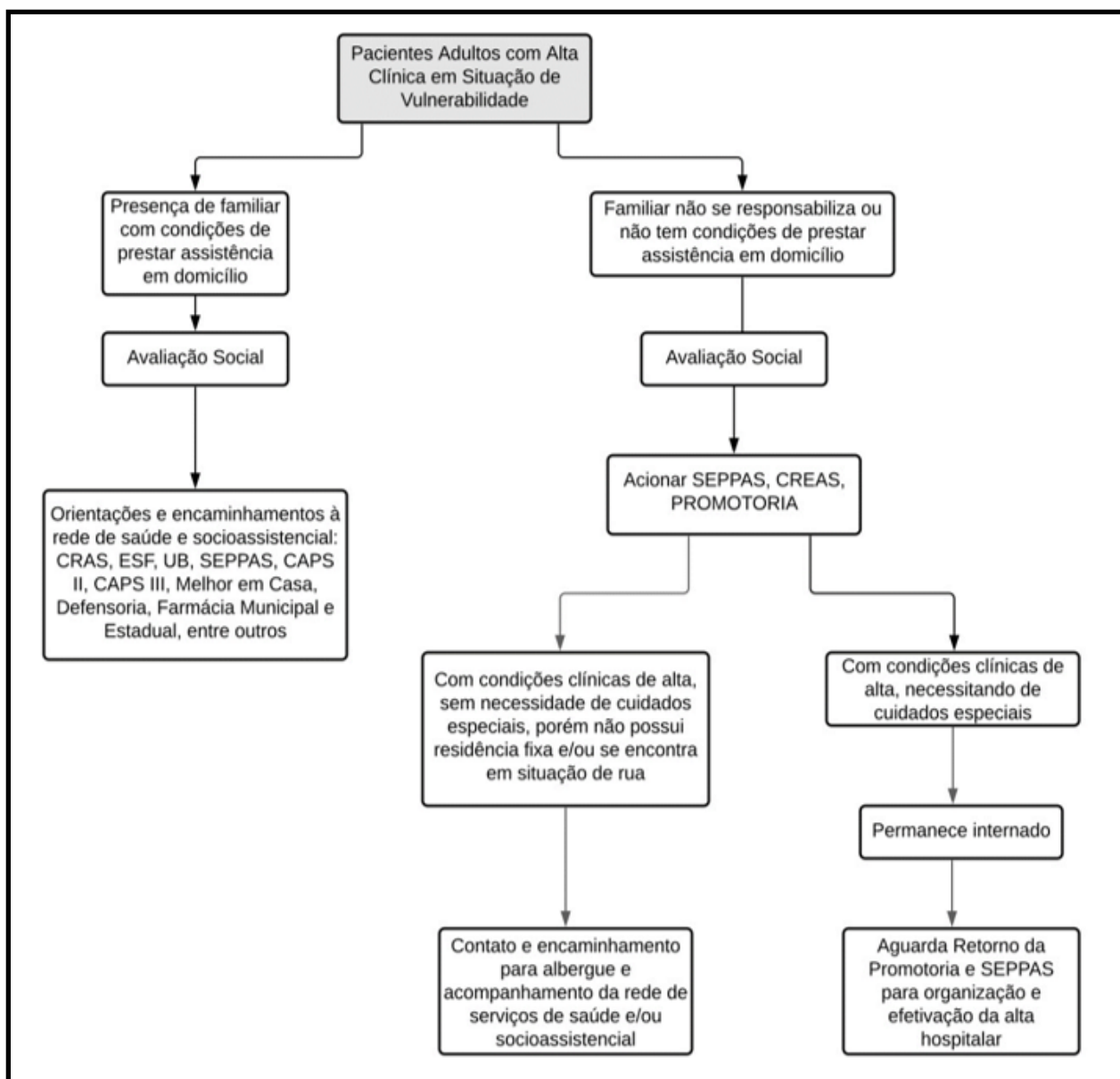
O prolongamento da internação mesmo em condições de alta implica em riscos como infecções, além do impacto negativo quanto aos custos devi-

do ao impedimento de ocupação de leitos. Dessa forma, o hospital não recebe recursos financeiros importantes para sua sobrevivência, além dos gastos para manutenção deste sujeito na instituição.

Infelizmente o município de Santa Cruz do Sul não possui um serviço de acolhimento que supra a demanda de pacientes com o perfil. Atualmente, o AM é o único serviço para acolhimento destes pacientes à noite, e por não funcionar durante o dia é inviável para recuperação da saúde. Se evidencia que o AM é o mais frequentado e citado pelos sujeitos e tais dados merecem atenção por parte dos gestores municipais e das instituições hospitalares, reforçando a necessidade da implantação de um local para o acolhimento desse público.

Uma alternativa seria a implantação de uma Unidade de Acolhimento Adulto (UAA), serviço residencial de caráter transitório, que, articulado aos outros pontos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), objetiva oferecer acolhimento e cuidado contínuo de saúde. As UAA funcionam permanentemente e são voltadas para pessoas que apresentam acentuada vulnerabilidade. Nestas, o usuário é acolhido e abrigado, enquanto seu tratamento e projeto de vida acontecem nos demais pontos da RAPS (BRASIL, 2012). A implantação desse serviço resolveria parte dos problemas enfrentados por essa população, pois agilizaria o processo de alta hospitalar garantindo condições de continuidade do tratamento. A seguir, conforme proposta, apresenta-se o resultado concreto e produto deste estudo.

Figura 1: Fluxograma de atendimento do Serviço Social para pacientes adultos com condições clínicas de alta que se encontram em situação de vulnerabilidade



Fonte: A autora (2020).

Este fluxograma visa a facilitar a intervenção do assistente social junto a estas demandas ampliando a compreensão da sua atuação no âmbito hospitalar, rede externa de serviços, além de atender uma necessidade institucional. Sugere-se que o mesmo possa ser utilizado como parâmetro de encaminhamento tornando processos internos mais fluidos e unificados.

Conclusão

Questões relacionadas ao perfil sociodemográfico como sexo, faixa etária, procedência e renda mensal podem influenciar na alta hospitalar e estar associados a baixa adesão ao tratamento domiciliar. Evidencia-se que grande parte dos pacientes são homens, que não contam com renda e moradia fixa, fatores que devem ser considerados para organização da alta e tratamento domiciliar. A fragilização e /ou rompimento dos vínculos familiares, provoca dificuldades à equipe assistencial para organização da alta do paciente e, em alguns casos, a família manifestava desejo de prestar assistência, no entanto, pela falta de estrutura, o acolhimento tornava-se inviável. A dificuldade de acesso também foi apontada, fazendo com que fiquem à mercê dos serviços públicos de saúde, e ainda sejam expostos à situações de preconceito comprometendo ainda mais o estado de saúde.

Ademais, o município de Santa Cruz do Sul carece de um serviço de acolhimento para pacientes em situação de vulnerabilidade sem suporte familiar, apresentando quadro de saúde debilitado e com necessidade de cuidados especiais. Aspectos estes, contribuintes para permanência na instituição mesmo apresentando condições de alta clínica, sugere-se a implantação de uma UAA pois pode amenizar parte deste problema.

A construção deste trabalho viabilizou um diagnóstico das vulnerabilidades que interferem no processo de alta hospitalar e continuidade de tratamento domiciliar, a mesma pode ser utilizada pela Instituição de Ensino, bem como órgãos públicos para criação de políticas públicas específicas a estas demandas, de modo a contemplar uma articulação efetiva entre atenção hospitalar e serviços da rede externa.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Humaniza SUS. Política Nacional de Humanização. Brasília, DF, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf. Acesso em: 25 de nov. 2020.

BRASIL. Portaria nº 122/2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua. Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html.

BRASIL. Portaria nº 121/2012. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html

CARDOSO, A. C. et al. Rede de apoio e sustentação dos cuidadores familiares de pacientes em cuidados paliativos no domicílio. *Enferm. Foco*; v. 10, n.3, p. 70-75, 2019.

CARMO, M. E.; GUIZARD, F. L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. *Cad. Saúde Pública*, [online], v. 34, n.3, 2018.

CUNHA et al. Atuação da equipe multiprofissional em saúde, no cenário da pandemia por Covid 19. *Health Residencies Journal - HRJ*, [S. l.], v. 1, n. 2, p. 1–22, 2020.

FERRER, A.G. et al. Projetando o futuro: um relato de experiência de trabalho em rede social de apoio de trabalhadores. *Pensar Acadêmico*, Manhuaçu, v.20, n.1, p. 203-214, 2022.

GOMES, M. A.; PEREIRA, M. L. D. Família em situação de vulnerabilidade social: Uma Questão de Políticas Públicas. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. v. 10, n. 2, p. 357-363, 2005.

MORAES, C. A. S. Pesquisa em Serviço Social: concepções e críticas. *Rev. Katálýsis*, Florianópolis, v. 20 n. 3, 2017.

OLIVEIRA, E. S. F. DE; BAIXINHO, C. L; PRESADO, M. H. C. V. Qualitative research in health: a reflective approach. *Revista Brasileira de Enfermagem* [online]. v. 72, n. 4, p. 830-831, 2019.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saber e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.

UZUELLI, F. H. P et al. Reforma da Atenção Hospitalar para modelo de saúde baseada em valor e especialidades multifocais. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. v. 24, n. 6 , p.2147- 2154, 2019.

CAPÍTULO III

AQUELE QUE ESCUTA TAMBÉM SE TRANSFORMA: (RE)CONSTRUINDO UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Makely Ferreira Rodrigues

Letícia Aline Back

Carine Overbeck Cortes

Marcus Vinicius Castro Witczak

Doi: 10.48209/978-65-5417-109-3

Introdução

Cada vez temos menos tempo, espaço, paciência e disponibilidade para escutar as histórias que fazem as pessoas sofrerem. No entanto, as pessoas continuam com muita necessidade de contar o que sentem, como vivem, suas perguntas para as quais não conseguem encontrar respostas (AMARAL, 2020). Então, para esse relato de experiência, propomos um convite: acompanhar vivências de profissionais da psicologia, enquanto facilitadoras de um espaço coletivo de produção de saúde mental com Residentes Multiprofissionais. A proposta apresentada para a construção de uma residência dispõe do campo de formação em serviço como espaço privilegiado para trocas e experimentações.

Além disso, a inserção dos territórios de atuação coloca os profissionais mais próximos da realidade a ser considerada (OLIVEIRA; GUARESCHI, 2010). Dessa forma, Macedo et al. (2017) ressaltam que a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) tem sido considerada uma etapa essencial para o crescimento profissional, porém, trata-se de um período de grande exigência física, emocional e intelectual, com dedicação exclusiva dos Residentes.

Esse período de formação propõe ao profissional, uma gama de experiências práticas e aprendizados, visando em seu desenvolvimento em termos da capacidade de raciocínio clínico, da responsabilidade ética em sua prática profissional e no ganho de autoconfiança. Este processo de formação preconiza necessariamente uma prática supervisionada e o treinamento em serviço, sempre balizados pela perspectiva da complexidade que envolve os processos de saúde-doença-cuidado e as ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação (MACEDO et al., 2017, p. 147)

Reis e Faro (2016) observam que essa particularidade deve ser levada em conta para o desenvolvimento da capacidade de atuação nele, para que a inserção do profissional no trabalho em equipe multiprofissional em saúde venha a ser efetiva e o seu destaque à dimensão subjetiva do processo saúde-doença-cuidado seja reconhecido. Para Monteiro (2012), o hospital, principal campo de atuação da residência, é um contexto que se apresenta como penoso e de risco ocupacional para os profissionais por apresentar excessiva carga de trabalho e a presença de situações afetuosas e extremas, que causam conflitos e elevado nível de tensão. Nesse cenário de muitos tensionamentos, é que se encontram também as profissionais que facilitaram os espaços de escuta e produção coletiva: psicólogas organizacionais e do trabalho e a estagiária curricular de psicologia. Desse modo, esse relato de experiência também se constrói a partir de um processo contínuo de implicação e jogos de forças institucionais.

Nesse sentido, ressalta-se que a prática hospitalar, possibilita não só o aperfeiçoamento técnico esperado, mas sua conexão com as mais variáveis

experiências emocionais, produzindo impactos importantes na subjetividade desses sujeitos. É diante desses desafios que se faz importante olhar para os processos psíquicos mobilizados pelo confronto do sujeito com a realidade do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) (RODRIGUES, 2021, no prelo), bem como para quais atravessamentos se produzem na relação das profissionais da psicologia enquanto trabalhadoras do serviço para com os Residentes.

Assim, diante do que se discute, bem como evidenciado pelos Residentes Multiprofissionais na pesquisa *“Impactos da pandemia COVID-19 nas vivências profissionais de residentes multiprofissionais em saúde”*, o acompanhamento psicológico torna-se essencial para que eles possam continuar investindo no seu trabalho e enfrentando os desafios que se apresentam no cotidiano. Portanto, recomenda-se que as instituições ofereçam suporte psicossocial aos trabalhadores para que, em situação de sobrecarga, sofrimento e estresse, eles possam além de relatar seus medos, inseguranças e emoções, contar com apoio no âmbito da saúde mental no ambiente de trabalho (WITCZAK; PEREZ; RODRIGUES, 2022).

Por essas características, que o (Re)construindo: escuta de práticas, nasce com o objetivo de ofertar apoio psicossocial e suporte organizacional através da escuta, acolhimento e problematização das demandas psíquicas relacionadas à organização do trabalho. Compreende-se que por meio desses encontros se possa produzir estratégias de enfrentamento à saúde mental, instrumentalizando os profissionais Residentes para lidar com as dificuldades organizacionais encontradas diante do cotidiano da residência. Logo, é sobre a vivência profissional de duas Psicólogas e uma estudante de Psicologia, atuantes nessa prática, que se pretende descrever nesse relato de experiência.

Relato de Experiência

Este artigo descreve um relato de experiência acerca de vivências profissionais dos autores deste manuscrito, com um grupo de Residentes Multiprofissionais em Saúde do Hospital Santa Cruz, no período de abril de 2021 a dezembro de 2021. A proposta inicial para os encontros, estruturou-se em um produto técnico, resultante de uma pesquisa-intervenção desenvolvida no ano anterior (2020) com o mesmo público. Trabalhou-se com um universo de 40 Residentes, das diferentes áreas do programa de residência, sendo elas: Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Serviço Social.

As atividades grupais foram desenvolvidas no ambiente hospitalar, por meio de dinâmicas, utilizando-se de diferentes dispositivos para acolher, trabalhar as demandas emergidas dos encontros e proporcionar ao grupo a possibilidade de ressignificar diferentes fatores causadores de adoecimento emocional, assim, produzindo estratégias de enfrentamento à saúde mental.

Os encontros eram realizados mensalmente, com duração de uma hora e meia, divididos em grupos de Residentes do primeiro ano (R1) e Residentes do segundo ano (R2), sempre respeitando as especificidades de cada turma quanto ao tempo e caminhada profissional no programa. Os momentos foram mediados por duas Psicólogas e uma estagiária de psicologia, do setor de Desenvolvimento Humano e Educação Permanente da instituição - autoras deste relato. (O setor referido, não está vinculado ao cotidiano assistencial da instituição, mas a aspectos de desenvolvimento dos trabalhadores e ações de promoção e prevenção de saúde do trabalhador.)

O grupo foi pensado com o intuito de proporcionar acolhimento de demandas, tornando-se então um espaço de referência para a construção, orga-

nização e transformação. A partir do primeiro encontro produziram-se uma diversidade de falas sobre o momento pandêmico, as dificuldades, a sobrecarga de trabalho e questões relacionadas à instituição e ao programa de residência. Com as falas produzidas sugerimos diversas ferramentas para analisar cada uma das narrativas relacionando as principais para provocar os debates do grupo. A estruturação dos relatos nos permitiu pensar internamente sobre os atravessamentos do Programa de Residência, tais como: a) o papel do Residente, que culmina no sentimento de desvalorização; b) a falta de espaço para expor idéias dentro dos setores; c) a falta de diálogo entre trabalhadores e Residentes, o que dificulta a integração e o alinhamento das práticas.

A partir das inquietações apresentadas acima, surgiram questões a serem trabalhadas no decorrer dos encontros, que foram: as dificuldades que atravessam o programa de residência em si e as características culturais da instituição. Como produzir modos de aprimorar a assistência ao paciente, levando em consideração a complexidade destes dois importantes pontos?

Pensando nestas questões e nas reflexões que emergiram nos grupos, realizamos juntamente com os Residentes, análises de fatores significativos que indicavam problemáticas a serem trabalhadas durante o período da residência. Os relatos expostos nos encontros evidenciaram experiências vivenciadas durante a prática do dia-a-dia de trabalho manifestando sentimentos de impossibilidade, medos, incertezas, desafios, mas também indicavam experiências de construção de conhecimento e aperfeiçoamento.

Diante da construção e possibilidade de levantamento de tensionamentos sobre as práticas cotidianas de trabalho, as profissionais se encontravam com suas próprias dimensões. Como facilitar o espaço de discussão sobre relações de trabalho que também nos atravessavam? Talvez, esta seja a nossa maior pergunta. Pergunta enquanto dispositivo mobilizador de ampliação de olhares e práticas.

Nesse aspecto, cabe fazermos uma rápida discussão sobre a neutralidade na ciência e marcar, dentro desse contexto, a impossibilidade de pautarmos o trabalho nessa perspectiva, na medida em que a produção de espaços coletivos são fenômenos sociais e portanto, há sempre um jogo partilhado de forças. Cabe destacar que considerarmos a nossa participação ativa e implicada só é possível a partir da superação de pressupostos do paradigma positivista da ciência (PAULON, 2005).

Desse modo, olhamos para a nossa prática a partir da perspectiva de uma pesquisa-intervenção. Ou seja, não há separação entre sujeito e objeto, tendo em vista que ambos se produzem na relação. Sendo assim, a análise de nossos lugares enquanto facilitadoras ocorre não só a partir da instituição que de algum modo nos une, mas também os diferentes lugares sociais que ocupamos.

Portanto, analisa-se o lugar que se ocupa nas relações sociais em geral e não apenas no âmbito da intervenção que está sendo realizada; os diferentes lugares que se ocupa no cotidiano e em outros locais da vida profissional; em suma, na história (NASCIMENTO, COIMBRA, 2008, p. 145).

Considerar tais aspectos é dar espaço para um campo de afetações, tendo em vista que “afetar denuncia que algo está acontecendo e que nosso saber é mínimo nesse acontecer” (LAZZAROTTO, CARVALHO, 2012, p. 26). Lugares de fala; Lugares de poder. Estávamos *com* os Residentes, compartilhando um espaço de produção e fortalecimento de laços e possibilidades de resignificação dos processos de trabalho, para eles(as) e para nós. Nos reconhecemos, em vários momentos, nas cenas por eles(as) contadas. Nesses percursos compartilhados, foi preciso estarmos abertas e atentas ao ineditismo da experiência, sem definições a priori, estando *com* eles(as) nos fluxos dos movimentos do coletivo, permitindo que as transferências que nos habitam também ganhassem espaço - tal qual nos alerta Lourau (2004): “estar implicado (...) é, ao fim de tudo, admitir que eu sou objetivado por aquilo que pretendo objetivar; fenôme-

nos, acontecimentos, grupos, ideias, etc.” (Lourau, 2004, p.148).

Muitos términos de encontro contavam com uma extensão: era necessário parar e falar dos incômodos, sentimentos, angústias que permaneciam e habitavam o espaço. Acompanhar processos exige, em última instância, lidar com as próprias frustrações e limitações.

Conclusão

Estabelecer um espaço coletivo de escuta e produção de saúde numa instituição hospitalar é sempre desafiador e produtor de tensionamentos (de qualquer modo, tensionar gera rachaduras, mesmo que pequenas, em processos instituídos). O hospital como instituição é marcado por muitas hierarquias, regramentos e definições a priori acerca das atividades profissionais ali realizadas, por isso é preciso aqui destacar a disponibilidade do Programa de Residência, ao incluir tais encontros como atividade prevista dentro do cronograma de práticas. Afinal, uma residência em serviço só é possível quando há espaço para pensar a respeito dos processos de trabalho que se sustentam na multidisciplinaridade.

Ainda, a partir desse espaço, podemos afirmar, enquanto profissionais da saúde do trabalhador, que a potência do trabalho se encontra no fortalecimento contínuo dos afetos: os vínculos de confiança e compromisso com o outro que nos atravessam. Estes alimentam o cuidado com o coletivo, o cuidado para com o(a) paciente. São as trocas, o diálogo, a convivência e o compartilhamento de emoções que fazem vínculo, reinventando estratégias de cuidado com o outro e não sobre o outro.

Desse modo, ressignificamos nossos modos de cuidado/cuidar, na medida em que, em ato, nos colocamos em movimento e em análise sobre os nossos processos de trabalho.

Referências Bibliográficas

AMARAL, Alexandre, Coimbra. **Cartas de um terapeuta para seus momentos de crise**. São Paulo: Planeta do Brasil, 2020.

HSC - Hospital Santa Cruz. Procedimento Operacional Padrão - POP - **(Re) construindo: escutas de práticas**. Santa Cruz do Sul, 2021.

LAZZAROTTO, G; CARVALHO, J. A. In: FONSECA, T M G et al. (Orgs.) **Pesquisar na diferença: um abecedário**. Porto Alegre: Sulina, 2012.

LOURAU, René. Implicação e sobreimplicação In: ALTOÉ, Sonia. (org) **René Lourau: Analista Institucional em tempo integral**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004.

MACEDO, P. C. M. et al. O Estagiário, o residente multiprofissional e o psicólogo no hospital geral. In: SANCHEZ, M. B. L. M. et al. (org.). **Psicologia Hospitalar: como eu faço?** Curitiba: Juruá, 2017. p. 145-162.

MONTEIRO, J. K. **Sofrimento Psíquico de Trabalhadores de Unidade de Terapia Intensiva**. Rev. Psicol., Organ. Trab., Florianópolis, v. 12, n. 2, p. 245-250, 2012.

NASCIMENTO, M. L.; COIMBRA, C. M. B. Análise de implicações: desafiando nossas práticas de saber/poder. In: GEISLER, A. R.; ABRAHÃO, A. L.;

COIMBRA, C. M. B. (Org.). **Subjetividade, violência e direitos humanos: produzindo novos dispositivos na formação em saúde**. Niterói, RJ: EDUFF, 2008. p. 143-153.

OLIVEIRA, C.; GUARESCHI, N. M. F. Residência multiprofissional em saúde: brechas para novas formas de conhecimento? In: GUARESCHI, N. M. F. et al. (org.). **Psicologia, formação e produção em saúde**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010. p.99-117.

PAULON, Simoni Mainieri. A análise de implicação com ferramenta na pesquisa-intervenção. In: **Psicologia e Sociedade**, nº 17, Dez. 2005.

REIS, A. O.; FARO, A. **A Residência Multiprofissional e a Formação do Psicólogo da Saúde: Um Relato de Experiência.** Revista Psicologia e Saúde, Campo Grande, v.8, n. 1, p. 62-70, 2016.

RODRIGUES, M. **Contribuições do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde na construção da Identidade Profissional.** Dissertação (Mestrado profissional em Psicologia). Universidade de Santa Cruz dos Sul (UNISC). Santa Cruz do Sul, p.83, 2021.

WITCZAK, M. V. C., PEREZ, K. V., RODRIGUES, M. F. **Impactos da pandemia COVID-19 nas vivências profissionais de residentes multiprofissionais em saúde.** PSI UNISC, v.6,n.1, p.141-154,2022.

CAPÍTULO IV

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: QUALIFICANDO PROFISSIONAIS DO HOSPITAL SANTA CRUZ POR MEIO DE BONECOS SIMULADORES

Dulciane Nunes Paiva

Bruna Eduarda Diehl

Ana Carolina Severo

Eduarda Chaves Silveira

Fabiana Rafaela Santos de Mello

Jéssica Luiza Pedroso da Silva

Nicolas de Almeida Ziemann

Tiago da Rosa Rambo

Alexander Romão Vieira Morinélli

Doi: 10.48209/978-65-5417-109-4

Introdução

A Educação Permanente em Saúde (EPS) pode ser definida como a inter-relação entre os domínios serviço, ensino e saúde com fins de promoção ao desenvolvimento profissional e a qualidade da assistência prestada, com preceitos embasados nos problemas vivenciados e estratégias de mudanças práti-

cas (ALMEIDA; TESTON; MEDEIROS, 2019). Na EPS há uma necessidade de abertura ao diálogo, escuta, integridade e construção coletiva para que as pessoas se comprometam e sejam criativas na construção de seu conhecimento e como reflexo do profissional no ambiente de trabalho (CAMPOS; SENA; SILVA, 2017). A transferência do conhecimento requer aprendizado de formativa, pois se observou que novos conceitos só são absorvidos quando fazem parte da realidade e atende às necessidades do sujeito (MENDONÇA; NUNES, 2011).

A educação permanente por meio de mentores e facilitadores ajuda a fortalecer a política de EPS, entretanto, a falta de organização de tempo para as necessidades é apontada como um fator que sobrecarrega e limita a disponibilidade dos facilitadores para compartilhar o conhecimento com as equipes e implantar o processo de EPS. Uma solução para superar essa dificuldade é a criação de espaço para *brainstorming*, ou seja, de trocas de idéias de maneira a fomentar o pensamento crítico e criativo para ajudar a resolver os problemas vivenciados (MENDONÇA; NUNES, 2011). O espaço coletivo é utilizado para comunicar, ouvir, expressar todos os aspectos de desejos, interesses, realidade, e também para analisar e desenvolver estratégias voltadas para o atendimento das necessidades. Os espaços grupais são importantes, porque facilitam o desenvolvimento holístico das pessoas, utilizando seu próprio trabalho e atividades cotidianas (ALMEIDA; TESTON; MEDEIROS, 2019).

A utilização de diversos recursos permite a qualificação e formação de profissionais da área de forma dinâmica e atrativa, oferecendo diferentes possibilidades e ferramentas para garantir melhores resultados no processo de aprendizagem. Podemos citar como exemplo, o uso de bonecos simuladores na área da saúde, que possibilita vivenciar o aprendizado por simulação, desenvolvendo o raciocínio clínico e crítico para situações que serão vivenciadas posterior-

mente no campo da prática, portanto, a metodologia de simulação realística é um fator importante para melhorar o desempenho e reduzir erros (FERREIRA; CARVALHO; CARVALHO, 2015).

No ano de 2017, um grupo de estudantes da disciplina de Fisioterapia PneumoFuncional II do Curso de Fisioterapia da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), confeccionou bonecos simuladores utilizando os seguintes dispositivos hospitalares invasivos e não-invasivos: cateter óculo nasal, cânula de traqueostomia, acesso venoso periférico e central, dreno de tórax e mediastinal, sonda nasoenteral, cateter para diálise peritoneal, além de incisão e sutura cirúrgica de laparotomia exploratória. Tais bonecos simuladores foram disponibilizados ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) do Hospital Santa Cruz (HSC), localizado no município de Santa Cruz do Sul para implementação de estratégias e programas de EPS juntamente às equipes assistenciais e também para pacientes e acompanhantes, visando auxiliar na educação em saúde quanto aos dispositivos hospitalares empregados. Diante do exposto, o presente capítulo abordará de modo analítico e descritivo, as ações desenvolvidas com o uso dos bonecos simuladores em prol do aperfeiçoamento dos processos de EPS no HSC.

Desenvolvimento

Simulação realística por meio de bonecos na área da saúde

No Brasil, simulações realistas já estão sendo utilizadas em instituições como o Hospital Albert Einstein e o Hospital Sírio Libanês no estado de São Paulo e, estudos relatam os benefícios que esse método de aperfeiçoamento, qualificação e aprendizagem pode trazer aos acadêmicos e a profissionais do âmbito da saúde (ANTONELI, 2018). Simuladores para aprendizado e aprimoramento de técnicas na área da saúde podem ser vistos como ferramentas que

permitem o controle total das situações e cenários clínicos, tornando as simulações o mais próximo da realidade vivida por estes profissionais. As vantagens da simulação são avaliar e refletir sobre as atividades realizadas, vivenciar situações de crise na prática clínica, combater o desconforto e a pressa dos profissionais para que possam criar ativamente situações que não são possíveis em seu cotidiano, promover o desenvolvimento de habilidades e o reconhecimento de limitações sem colocar nenhum paciente em risco (ANTONELI, 2018).

Uma simulação realística envolve a reprodução tal qual à realidade de situações que podem ser vividas, se tratando de uma abordagem ativa que inclui o processo de organização, planejamento, definição de estratégias e ferramentas específicas para qualificação de aprendizado (ARAÚJO; QUILICI, 2012). Por meio da simulação, pode-se desenvolver o raciocínio clínico, a problematização e a tomada de decisão em prol da segurança do paciente e com foco na prática em saúde (SANCHES, 2006). Instrumentos para a realização de simulações realísticas como os manequins, bonecos e peças anatômicas são utilizados para treinamento de procedimentos técnicos específicos, como no caso da punção de acesso venoso, em que o uso dessa metodologia possibilita a repetição da prática sem causar danos a um paciente real (CELESTINO et al., 2021).

A segurança do paciente consiste nas medidas para redução do risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde, os reduzindo ao mínimo aceitável. Eventos que afetam a segurança do paciente ocorrem durante todo o ano em hospitais de todo o mundo, devendo ser ressaltado que o Brasil possui uma das maiores taxas de eventos adversos evitáveis do mundo (MENDES et al., 2009). As medidas que visam diminuir os erros e a melhora na segurança dos pacientes são essenciais para favorecer a diminuição desses erros, e nesse sentido, o uso de recursos simuladores pode possibilitar às equipes envolvidas uma interpretação de suas fragilidades. A realização de recursos si-

muladores possibilita aos profissionais da saúde dispor de seus conhecimentos, através de práticas educativas guiadas por experiências que acontecem na vida real (OLIVEIRA, 2017), o que proporciona maior retenção da aprendizagem quando comparada a outros métodos (CELESTINO et al., 2021).

Bonecos simuladores no processo de educação continuada no Hospital Santa Cruz

Visando a educação permanente multiprofissional de trabalhadores e acadêmicos da área da saúde do HSC, o uso dos bonecos simuladores possibilitou o aperfeiçoamento de técnicas de procedimentos comuns em um ambiente hospitalar, com o objetivo de qualificar determinadas vulnerabilidades que possam emergir neste ambiente, com vistas à notificação de eventos adversos ocorridos no meio hospitalar. Na Figura 1 podem ser evidenciados os bonecos simuladores utilizados para a prática de ensino aprendizagem no âmbito do HSC.

Figura 1. Bonecos simuladores com diferentes dispositivos hospitalares invasivos e não-invasivos utilizados na Educação Permanente em Saúde das equipes assistenciais do Hospital Santa Cruz.



Fonte: Jessica Silva e Nicolas Ziemann, 2022.

Técnicas utilizadas no processo de ensino-aprendizagem com bonecos simuladores

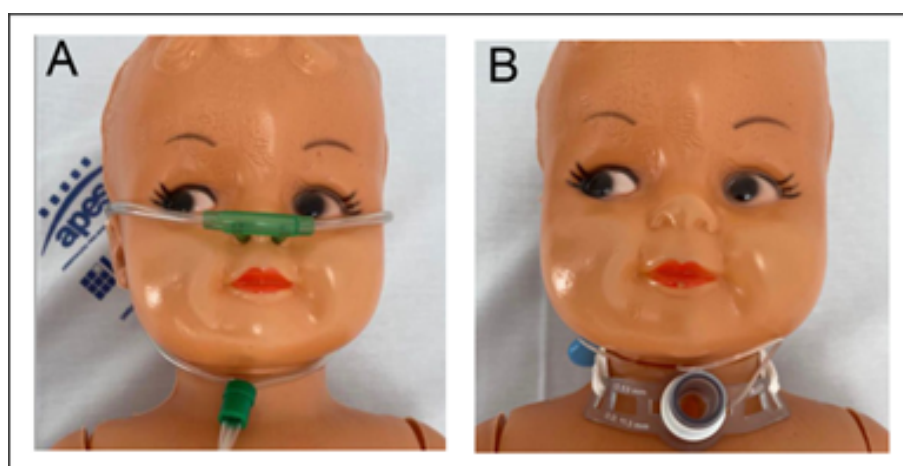
Cateter óculo nasal e cânula de traqueostomia

O cateter óculo nasal se configura em um tipo de dispositivo de baixo fluxo (até 10 l/min) utilizado para administrar oxigênio em fluxo máximo de 6 l/min, sendo tal dispositivo menos invasivo que o cateter nasal e de mais fácil adaptação, uma vez que não precisa ser fixado com fita, podendo ser ajustado de acordo com o diâmetro cefálico de cada indivíduo (MACHADO, 2018) (Figura 2 A). Em relação ao cuidado e prevenção de complicações relacionadas a tal técnica, deve ser ressaltado que o treinamento quanto ao uso desse dispositivo no momento da assistência tem como objetivo capacitar quanto a importância de manter a fração inspirada de oxigênio adequada (de acordo com a prescrição médica), não fixar o cateter muito firme para não lesionar a narina, mantendo uma posição confortável de modo a prevenir lesões cutâneas que possam vir a ocorrer (BUSANELLO et al., 2015). Sendo assim, um simulador de cateter óculo nasal visa afirmar o conhecimento dos profissionais no ambiente simulado, uma vez que os mesmos necessitam estar capazes de orientar o paciente/familiar sobre o seu manejo adequado e sobre seus possíveis efeitos adversos.

A traqueostomia, por sua vez, consiste em um procedimento cirúrgico de abertura na traqueia (estoma), em que é inserida uma cânula de traqueostomia (CT) que favorece a ventilação e facilita a eliminação de secreções pulmonares (Figura 2 B). O procedimento pode ser permanente ou temporário, variando de acordo com a especificidade do caso clínico. O que também difere é o tipo de CT, que pode ser plástica (com ou sem vedação por balonete e subdividida em lúmen único, duplo ou duplo com fenestra) ou metálica, quando permanente. Ressalta-se que apenas profissionais de saúde habilitados estão aptos para men-

surar e indicar valores de insuflação do balonete (DONOSO et al., 2013) e, o boneco simulador com CT possibilita o treinamento do manejo de enfermeiros, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas, objetivando reduzir riscos para o paciente. Pacientes pós traqueostomizados podem desenvolver complicações que podem ser iniciais ou tardias. As complicações iniciais incluem hemorragia, deslocamento do tubo, pneumotórax, infecção da ferida cirúrgica e fístula traqueoesofágica, enquanto as complicações tardias incluem a estenose traqueal e laríngea. A aspiração traqueal é uma conduta essencial do manejo eficaz das vias aéreas, no entanto, apresenta muitos riscos e complicações associadas, abrangendo desde trauma e hipoxemia até, em casos extremos, parada cardíaca e morte. Portanto, ter capacitação técnica é essencial para que os profissionais envolvidos no pós-operatório possam fornecer cuidados adequados no manejo da traqueostomia, com olhar atento às complicações potenciais e de forma a controlar as mesmas, especialmente em uma situação de risco de vida imediato (KHANUM et al., 2022).

Figura 2. Bonecos simuladores com cateter óculo nasal (A) e cânula de traqueostomia com balonete (B).



Fonte: Jessica Silva e Nicolas Ziemann, 2022.

Acessos venosos

Acesso venoso central

O cateter para punção venosa central é utilizado para administrar líquidos de modo rápido, como drogas vasoativas em pacientes que necessitam de suporte avançado de vida ou quando não houver a possibilidade de obter um acesso venoso por via periférica. Além disso, também é utilizado para nutrição parenteral prolongada e inserção de eletrodo de marcapasso temporário trans-venosos. A escolha do local de punção para o acesso venoso central deve se basear em alguns fatores circunstanciais, como a condição clínica do paciente e a habilidade e experiência do médico. Os principais locais de acesso são as veias jugulares internas, subclávias e femorais, sendo a veia jugular interna direita a primeira escolha preferencial para o procedimento devido ao seu fácil acesso. Após o procedimento, faz-se necessário obter a radiografia de tórax para que se confirme a posição correta do cateter e se verifique possíveis complicações como pneumotórax (AMATO, 2016) (Figura 3 A). Este tipo de cateter necessita um posicionamento adequado, para garantir a efetividade da terapêutica, sendo o posicionamento incorreto uma das complicações mais comuns relacionadas a ele, sendo assim, é essencial os profissionais em contato com o paciente conseguirem identificar e manter sua posição adequada (McGEE; GOULD, 2003).

Uma possível intercorrência associada ao manejo do acesso venoso central está relacionada à predisposição dos pacientes a infecções locais ou sistêmicas, cuja incidência depende de fatores como o tipo de cateter, frequência de procedimentos e fatores relacionados às características do paciente. As medidas preventivas destinadas a reduzir a incidência de infecção incluem a seleção do local de inserção apropriado, tipo de material do cateter, higiene adequada

das mãos ao manusear os cateteres, técnica asséptica para inserção, desinfecção da pele, cateteres e manguitos. Cuidados especiais e rigorosas precauções observacionais visam reduzir a probabilidade de eventos iatrogênicos, garantindo a qualidade da assistência e a segurança de pacientes e profissionais, com reflexões positivas para evitar complicações como infecções (RIBEIRO et al., 2021).

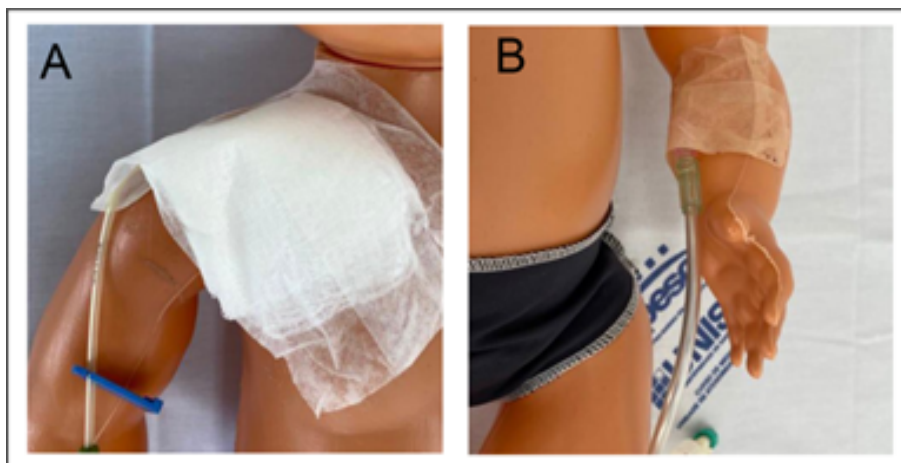
Acesso venoso periférico

A inserção de um cateter endovenoso periférico se constitui em um dos procedimentos mais realizados no ambiente hospitalar, o qual permite a administração de medicamentos, soluções, componentes sanguíneos e nutricionais, além da coleta de amostras de sangue para análise laboratorial em pacientes (Figura 3B). O calibre e as cores dos cateteres variam de acordo com a sua indicação, considerando aspectos como tipo de solução a ser administrada (isotônicas e/ou hipertônicas), perfil do paciente (recém-nascidos, crianças ou idosos) e o cenário que levou o paciente ao atendimento hospitalar, como exemplo vítimas de politraumatismo, no qual irão requerer a infusão de grandes volumes em um curto intervalo de tempo e assim necessitando de um cateter venoso periférico de maior calibre (BARROS; LOPES; MORAIS, 2019).

Torna-se imprescindível o treinamento sobre esse tipo de acesso, a fim de que haja menor risco de trauma vascular associado e para prevenir infecções relacionadas à assistência em saúde, evitando erros na administração de fármacos, reconhecendo possíveis efeitos adversos da prática e autoproteção do profissional de saúde (BARROS; LOPES; MORAIS, 2019). Dessa forma, antes de ser realizada a inserção do acesso venoso periférico, é preciso que o profissional execute etapas específicas, a fim de sistematizar o procedimento, como identificar e preparar o paciente, os materiais e equipamentos, analisar a

prescrição médica da terapia endovenosa, vestir equipamento de proteção individual, preparar o local da punção, devendo o profissional avaliar as condições da rede venosa do paciente para garantir segurança e qualidade na assistência realizada ao doente (BARROS; LOPES; MORAIS, 2019).

Figura 3. Bonecos simuladores com acesso venoso central (A) e acesso venoso periférico (B).



Fonte: Jessica Silva e Nicolas Ziemann, 2022.

Dreno de mediastino e de tórax, sonda nasoenteral e uso de pulseira de identificação

Dreno de mediastino e de tórax

Na drenagem mediastinal, um tubo de drenagem é inserido dentro ou sobre o pericárdio e sua finalidade é manter o estado hemodinâmico e cardiorrespiratório do paciente submetido à CC, por meio da drenagem de sangue e fluidos acumulados em decorrência da intervenção cirúrgica (NICOLETTI et al., 2021; PARRA et al., 2005). Na drenagem mediastinal, podem ocorrer complicações como perfuração miocárdica, arritmias e abertura da cavidade pleural ou mesmo peritoneal (PARRA et al., 2005) (Figura 4 A).

Drenos torácicos são dispositivos invasivos utilizados para restaurar e manter a pressão negativa do espaço pleural, recuperando a função cardiopul-

monar e a estabilidade hemodinâmica. São utilizados com a finalidade de retirar algum líquido sanguinolento, purulento, seroso ou ar (HASSELMANN et al., 2021), podendo estar localizadas no espaço pleural ou mediastinal, dependendo de cada caso, pode ser utilizado o dreno de tórax com inserção nos espaços intercostais ou na região mediastinal, sendo este último usualmente empregado em após a cirurgia cardíaca (CC) (CAVALCANTI et al., 2021; NICOLETTI et al., 2021). Os drenos de tórax são utilizados para a restauração da pressão negativa na cavidade pleural, para reexpansão de um pulmão parcial ou completamente colapsado e para profilaxia em cirurgia torácica de grande porte (PARRA et al., 2005) (Figura 4 B).

As principais complicações associadas ao uso de drenos torácicos são iatrogênicas e resultante de infecção podendo levar a consequências como a dor, hemotórax, pneumotórax, laceração do pulmão e tecidos adjacentes, infecção do derrame pleural, enfisema subcutâneo, edema pulmonar por distensão e obstrução por coágulos e sangramento (CAVALCANTI et al., 2021). As complicações desta técnica podem ser decorrentes do desconhecimento da anatomia torácica, treinamento insuficiente ou falta de experiência ou supervisão de profissionais que ainda estão em treinamento (PANTOJA et al., 2021).

Assim, erros técnicos como elevar o frasco acima do peito por longos períodos de tempo, interromper a sucção sem primeiro desconectar o sistema de aspiração do respirador do frasco com selo d'água, conectar a rede de vácuo diretamente ao selo d'água e o clampe do dreno quando o conteúdo presente no frasco está borbulhando (CAVALCANTI et al., 2021), podem ocorrer complicações graves, ressaltando-se a importância do treinamento dos profissionais com o objetivo de reduzir os erros associados ao manuseio desses drenos. Na Figura 4 podem ser evidenciados os bonecos simuladores com o uso do dreno

de mediastino e de tórax, bem como da sonda nasoenteral e da pulseira de identificação.

Sonda nasoenteral

A sonda nasoenteral se constitui em um método de alimentação prolongada que evita vômitos, distensão estomacal e broncoaspiração. Promove a nutrição do paciente ainda que o mesmo não tenha condições de realizar uma alimentação via oral. Uma sonda de alimentação é introduzida da cavidade nasal, passando pela orofaringe e chegando ao duodeno (Figura 4 C). Diferentemente da sonda nasogástrica, que além de servir para nutrição é utilizada para drenagem de conteúdo estomacal, a sonda nasoentérica necessita de um fio guia em sua aplicação, para que seja possível localizar seu posicionamento ao raio x . Pacientes que fazem uso deste método de suporte nutricional, necessitam de acompanhamento desde a introdução da sonda, para sua manutenção, bem como quanto ao horário e velocidade de infusão da dieta (AMATO, 2016).

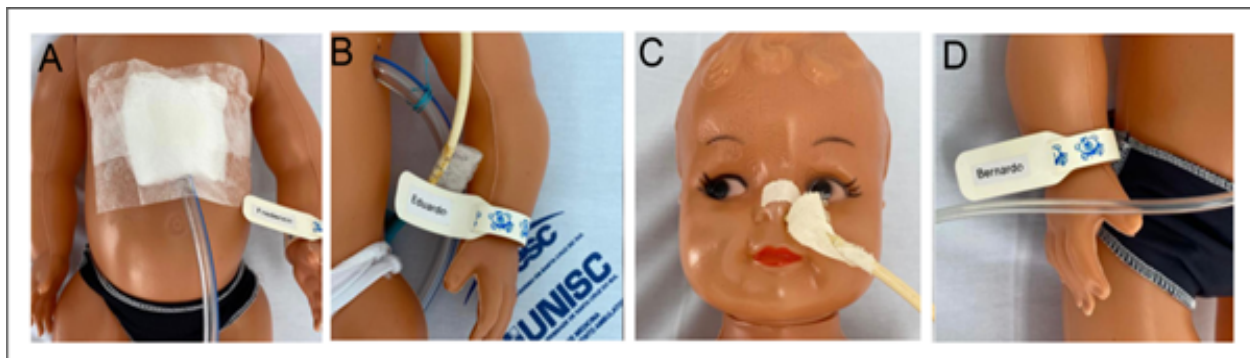
A falta de treinamento adequado, habilidades e conhecimento para operar o dispositivo pode levar a eventos adversos e complicações, como complicações gastrointestinais (vômitos, diarreia, náuseas, gases e constipação), que resultam diretamente em possível comprometimento do estado nutricional do paciente, que muitas vezes decorrem da diferença significativa entre os conteúdos prescritos e administrados. Outras complicações incluem plenitude gástrica, cólica, síndrome de dumping, aumento de resíduos gástricos, pneumonia aspirativa, má colocação, obstrução da sonda, retirada acidental do cateter, refluxo gastroesofágico, irritação nasofaríngea, hiperglicemia, desidratação, constipação, lesão nasal, sinusite e desequilíbrio hidroeletrólítico (CORRÊA et al., 2021; DOS REIS et al., 2020).

O manuseio correto, os cuidados com a colocação e administração adequada da sonda, a higiene e a redução das interrupções da nutrição enteral durante os procedimentos são fundamentais para evitar complicações e garantir que os pacientes recebam os benefícios do tratamento. Complicações e eventos adversos impactam negativamente a recuperação do paciente e a qualidade do atendimento ao paciente (SILVEIRA; GOMES ROMEIRO, 2020). Sendo assim, dada a complexidade do suporte nutricional enteral, o conhecimento e o acompanhamento interdisciplinar aos pacientes que fazem uso desse dispositivo é indispensável e deve ser realizado por todos os profissionais que acompanham o paciente, para que a nutrição oferecida seja adequada (SILVA; MARQUES, 2020). Portanto, atenção para contra indicações da terapia enteral, reconhecendo seu limite de tempo, visto que o uso prolongado da sonda pode gerar problemas, a iniciativa de adesão à uma padronização de procedimentos e o conhecimento baseado em evidências facilitam o planejamento e execução das intervenções, a avaliação dos resultados do tratamento e o progresso na redução de erros e danos (SILVEIRA; GOMES ROMEIRO, 2020; DOS REIS et al., 2020).

Pulseira de identificação

A pulseira de identificação da cor branca é imprescindível para a segurança do paciente, pois com ela o indivíduo é facilmente identificado, reduzindo a chance de receber tratamento destinado à outra pessoa. Além disso, o HSC adota o protocolo de Manchester para classificação de risco e urgência no atendimento dos pacientes. Com tal protocolo, os pacientes são submetidos a uma triagem, na qual recebem uma pulseira colorida que os classifica-os de acordo com o risco de morte e estima a urgência do atendimento (COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012) (Figura 4 D).

Figura 4. Boneco simulador com uso do dreno de mediastino (A), dreno de tórax (B), sonda nasoentérica (C) e pulseira de identificação (D).



Fonte: Fonte: Jessica Silva e Nicolas Ziemann, 2022.

Conclusão

O emprego dos bonecos simuladores no HSC tem possibilitado o desenvolvimento da EPS junto às equipes, visando minimizar os erros e melhorar a segurança dos pacientes. Percebe-se que o uso de recursos simuladores possibilita às equipes envolvidas o aprimoramento de seus conhecimentos por meio de práticas educativas conduzidas por experiências que acontecem na prática diária real, o que potencializa a formação dos profissionais de saúde envolvidos.

Referências Bibliográficas

- ALMEIDA, R. G. DOS S.; TESTON, E. F.; MEDEIROS, A. DE A. **A interface entre o PET-Saúde/Interprofissionalidade e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Saúde em Debate, v. 43, n. spe1, p. 97–105. 2019.
- AMATO, A. C. M. **Procedimentos médicos: técnica e tática.** 2. ed. Rio de Janeiro: Roca: Guanabara Koogan Ltda, 2016. 470 p. ISBN 978-85-277-2993-2.
- ANTONELI, G. et al. **O uso de simuladores no auxílio do ensino-aprendizagem na Enfermagem.** Educação & Linguagem, v. 21, n. 2, p. 25–42, 2018.
- ARAÚJO, A. L. L. S.; QUILICI, A. P. **O Que é Simulação e Por Que Simular. In: Simulação Clínica: Do Conceito à Aplicabilidade.** São Paulo: Editora Atheneu, p. 1-16, 2012.

BARROS, A. L. B. L.; LOPES, J. L.; MORAIS, S. C. R. V. **Procedimentos de enfermagem para a prática clínica**. Porto Alegre: Artmed, p.1-270, 2019.

BUSANELLO, J. et al. **Cuidados de enfermagem ao paciente adulto: prevenção de lesões cutaneomucosas e segurança do paciente**. Rev Enferm UFSM, v.5, n.4, p.597-606, 2015.

CAMPOS, K. F. C.; SENA, R. R. DE; SILVA, K. L. **Permanent professional education in healthcare services**. Escola Anna Nery, v. 21, n. 4, p.e20160317, 2017.

CAVALCANTI, K. S et al. **Cuidados de enfermagem no manuseio de drenos de tórax na profilaxia de agravos**. Brazilian Journal of Development, Curitiba, v.7, n.11, p.107730-107743, 2021.

CELESTINO, M. S. et al. **Aplicabilidade e benefícios de softwares e simuladores em processos de ensino-aprendizagem**. ETD - Educação Temática Digital, v. 23, n. 4, p. 881–903, 2021.

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.

COUTINHO, A. A. P; CECÍLIO, L. C.O; MOTA, J. A. C. **Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester**. Rev. méd. Minas Gerais ; v.22, n.2, p.188-198, 2012.

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.

DOS REIS BELLAGUARDA, M. L.; SCHULLER VIEIRA, I. M.; PETRI, J. H.; COELHO, R.; KIEFER MORAES, C. L. **Bundle de prevenção das complicações da sondagem nasointestinal em unidade de terapia intensiva**. Global Academic Nursing Journal, v. 1, n. 2, p. e18, 2020.

FERREIRA, C., CARVALHO, J. M., CARVALHO, F. L. Q. **Impacto da Metodologia de Simulação Realística, Enquanto Tecnologia Aplicada à Educação nos Cursos de Saúde.** II Seminário de tecnologias aplicadas em educação e saúde, 2015.

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.

KHANUM, T et al. **Assessment of knowledge regarding tracheostomy care and management of early complications among healthcare professionals.** Brazilian Journal of Otorhinolaryngology [online], v. 88, n. 2, p. 251-256, 2022.

MACHADO, M. DA G. R, **Bases da Fisioterapia Respiratória - Terapia Intensiva e Reabilitação.** Guanabara Koogan, 2. ed., 2018.

MCGEE D. C.; GOULD M. K. **Preventing complications of central venous catheterization.** New England Journal of Medicine, 348 ed. p.1123-1133, 2003.

MENDES, W. et al. **The assessment of adverse events in hospitals in Brazil.** Journal of the International Society for Quality in Health Care, v. 21, n. 4, p. 279–284, 2009.

MENDONÇA, F.F.; NUNES, E.F.P.A. **Necesidades y dificultades de facilitadores y tutores para desarrollar la política de educación permanente en salud en un gran município en Paraná, Brasil.** Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.15, n.38, p.871-82, 2011.

NICOLETTI, A. M. et al. **Ansiedade e intensidade da experiência dolorosa no perioperatório de cirurgia cardíaca.** Brazilian Journal of Health Review, Curitiba, v.4, n.2, p. 9162-9172, 2021.

OLIVEIRA, K. M. DE. **Implementação da simulação realística como método de melhoria da segurança do paciente: ensaio controlado.** Dissertação – Brasília, 2017.

PANTOJA, G. K. C et al. **Drenos torácicos mal posicionados diagnosticados por exame de imagem.** Research, Society and Development, v. 10, n. 4, p., e27410414135, 2021.

PARRA, A. V et al. **Retirada de dreno torácico em pós-operatório de cirurgia cardíaca.** Arq Ciênc Saúde, v.12, n.2, p.116-19, 2005.

RIBEIRO, W.A. **Protagonização do enfermeiro na segurança do paciente com cateter vascular central na unidade de terapia intensiva.** Glob Acad Nurs [Internet], v. 2, n. 4, p. 1-7, 2021.

SANCHES, M. O. **Concepções do Enfermeiro Docente Sobre o Cuidado.** Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

SILVA, B.Y.C; MARQUES, P.R.P. **Assistência de enfermagem ao paciente de terapia intensiva com dieta por sonda nasoenteral: qual a abrangência?.** Revista Saúde e Ciência online, v. 9, n. 2, p. 102-116, 2020.

SILVEIRA, G. C; GOMES ROMEIRO, F. **As dificuldades e riscos durante a introdução e posicionamento da sonda nasoentérica.** Nursing, São Paulo, v. 23, n. 266, p. 4360–4373, 2020.

CAPÍTULO V

BONECA EDUCATIVA PARA ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM NO PRÉ-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA

Catiele Piccin

Mari Ângela Gaedke

Carla Adriana de Oliveira

Doi: 10.48209/978-65-5417-109-5

Introdução

As doenças cardiovasculares predispõem elevada taxa de morbimortalidade, caracterizando, de acordo com Pellense *et al.* (2021), um problema de saúde pública, de espectro mundial. Para Freire *et al.* (2017), esse alto índice de óbitos está relacionado ao aumento na expectativa de vida da população mundial, alteração do modelo de vida, condição econômica e maior exposição aos fatores de risco como o tabagismo, diabetes, obesidade e hipercolesterolemia.

O tratamento para as doenças cardiovasculares poderá ser clínico ou cirúrgico e irá depender da complexidade do caso. Em relação ao procedimento

cirúrgico, embora seja uma intervenção complexa, este vem permitindo maior sobrevida de indivíduos vítimas de doença isquêmica do coração. Porém, submete o indivíduo a um longo processo de recuperação, que causa alteração na rotina e predispõe aumento dos níveis de ansiedade (GOMES; BEZERRA, 2017).

Barreta e Dallacosta (2018), afirmam que a necessidade de realizar uma cirurgia cardíaca ocasiona estresse, medo, angústia e arrependimento, pois o procedimento representa ameaça para o paciente e sua família. Contudo, estudos como o de Rosseto *et al.* (2017), comprovam que o paciente com conhecimento de sua doença e dos caminhos que necessita percorrer durante a hospitalização, reage e comporta-se de maneira mais segura e tranquila.

Neste contexto, o profissional enfermeiro é protagonista do cuidado e deve intervir para reduzir a ansiedade dos pacientes que enfrentam pré-operatório de cirurgia cardíaca (PAIVA *et al.*, 2017). Incumbindo assim, aos trabalhadores da saúde aderir a estratégias educativas que permitam informar sobre os caminhos a percorrer durante a hospitalização assim como, sobre o evento cirúrgico (RIBEIRO; SILVA, 2018).

Assim, de acordo com Machado *et al.* (2015), a adoção de estratégias educativas em saúde no cenário de pré-operatório de cirurgia cardíaca, torna-se relevante por propiciar o desenvolvimento de práticas de autocuidado, que objetivam a recuperação rápida, com ausência de complicações e, posterior qualidade de vida dos pacientes. A partir do exposto, o presente estudo objetivou avaliar os efeitos da realização de oficinas didáticas com a utilização da boneca educativa para orientações pré-operatórias de cirurgia cardíaca no que tange a ansiedade e identificar a satisfação dos pacientes sobre o material utilizado.

Método

Tratou-se de uma pesquisa quase-experimental, realizada em unidade de internação cirúrgica de um hospital de ensino da região sul do Brasil, referência em alta complexidade cardiovascular, onde são atendidos pacientes pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e por diversos planos de saúde privados. Os sujeitos do estudo foram indivíduos submetidos à cirurgia cardíaca, os quais atenderam aos seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 18 anos, ambos os sexos, em pré-operatório eletivo de cirurgia cardíaca. Definiu-se como critérios de exclusão pacientes com alteração auto e alo psíquica e pacientes que realizaram a cirurgia cardíaca em caráter de emergência. A seguir, serão descritos os momentos para obtenção dos dados.

1º momento: Pré-operatório de cirurgia cardíaca e a intervenção com a boneca educativa

As pesquisadoras ao receberem a lista dos pacientes em pré-operatório que internaram no dia anterior à cirurgia, dirigiam-se até a enfermaria e realizavam o convite aos mesmos para participação na pesquisa. Assim, a amostra foi determinada por conveniência consecutiva com período de coleta de dados de 01 de junho a 31 de agosto de 2019, sendo composta por 20 pacientes. Foram excluídos três pacientes do estudo, um por complicação pós-operatória, devido a acidente vascular encefálico (AVE), um óbito no pós-operatório e uma cirurgia suspensa durante a internação. Destaca-se que não houveram recusas para participação na pesquisa.

Utilizou-se como instrumento para coleta dos dados basais um questionário com variáveis socioeconômicas e demográficas (sexo, idade, raça, renda)

e variáveis clínicas como comorbidades e tipo de cirurgia a ser realizada. Para avaliação do nível de ansiedade no pré-operatório foi utilizado o Inventário de Ansiedade Traço-Estado-IDATE, elaborado por Spielbelger e colaboradores em 1970, sendo traduzido e validado para o Brasil por Biaggio (1990 apud Kaipper, 2008). O IDATE-Traço avalia as diferenças individuais em relação à ansiedade. Já o IDATE-Estado está relacionado ao estado emocional transitório ou uma condição do organismo caracterizada por sentimentos de tensão (KAIPPER, 2008).

O IDATE-Traço e o IDATE-Estado foram aplicados no momento da internação pré-operatória. Para isso, os pacientes foram convidados a se deslocarem até uma sala previamente organizada, livre de ruídos e interrupções. Após a aplicação dos instrumentos foi então conduzida aplicação da intervenção, qual seja, orientações de enfermagem pré-operatórias com o uso de uma boneca.

As orientações consistiam sobre o preparo pré-operatório, a chegada na sala cirúrgica e, após sobre a entrada na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), conversando sobre como ocorre o despertar após o procedimento cirúrgico. Enfatizou-se também sobre as rotinas da UTI e da unidade de internação cirúrgica, assim como cuidados pós alta. As orientações duravam uma hora e a boneca foi confeccionada com tubo, sondas e drenos, caracterizando os dispositivos que dão suporte durante e após a realização da cirurgia cardíaca, conforme demonstra a Figura 1.

Figura 1. Boneca educativa utilizada como estratégia para orientações de enfermagem no pré-operatório de cirurgia cardíaca.



Fonte: Imagem capturada pela pesquisadora, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil, 2019.

2 º momento: Pós-operatório e avaliação da intervenção e orientações

Com o intuito de avaliar o efeito das orientações realizadas, o nível de satisfação dos pacientes e a aceitação do uso do material educativo, foi utilizada uma adaptação quanto ao conteúdo dos instrumentos utilizados por Mendes em estudo anterior (MENDES *et al.*, 2013). Também no pós-operatório, durante a permanência do paciente na enfermaria foi reaplicado o Inventário IDATE-Estado, com a finalidade de comparar os níveis de ansiedade dos pacientes no pré e no pós-operatório de cirurgia cardíaca. Essa fase da coleta foi conduzida por voluntários capacitados que foram os residentes do primeiro ano da instituição. Destaca-se que nesse momento, os pacientes também foram para a sala reservada.

Posteriormente, todos os dados foram organizados em planilhas do programa *Microsoft Excel*, sendo transportados e analisados no *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS; IBM, Armonk, EUA)*, versão 23.0. Inicialmen-

te, foi conduzida análise estatística descritiva para caracterização da amostra em relação às variáveis socioeconômicas, demográficas e clínicas, bem como a avaliação da satisfação dos pacientes em relação às orientações recebidas. Analisaram-se as variáveis categóricas em frequências absolutas (n) e as contínuas foram expressas em média e desvio padrão. Para comparação do nível de ansiedade no período pré-operatório em relação aos pós realizou-se o teste de McNemar, uma vez que se trata de amostra pareada, adotando-se $p < 0,05$ como critério de significância estatística (FIELD, 2009).

A pesquisa atendeu aos aspectos éticos previstos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sendo aprovada em dezembro de 2018 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz (CEP/UNISC) sob CAEE 04053718.2.0000.5343 e parecer nº 3.078.275. Ressalta-se que todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

O estudo contou com 20 pacientes, sendo predominantemente do sexo masculino, com idade entre 50 a 59 anos, com média de idade de 58 anos. A Tabela 1 apresenta a caracterização dos participantes.

Tabela 1 - Características demográficas, socioeconômicas e clínicas dos pacientes que realizaram cirurgia cardíaca.-

Variáveis socioeconômicas e demográficas	N
Idade	
Menos que 40 anos	2
40 --- 49 anos	2
50 --- 59 anos	7
60 --- 69 anos	5
Mais que 70 anos	4

Sexo	
Masculino	16
Feminino	4
Cor	
Branca	19
Preta	1
Parda	0
Estado Civil	
Casado(a)	12
Solteiro(a)	3
Viúvo(a)	3
Separado(a)/divorciado(a)	2
Escolaridade	
Não alfabetizado	1
Ensino fundamental incompleto	12
Ensino fundamental completo	0
Ensino médio incompleto	1
Ensino médio completo	4
Ensino superior	2
Local da residência	
Urbana	14
Rural	6
Renda familiar	
Até 1 Salário Mínimo (+/- 1000,00)	4
De 1 a 2 Salários Mínimos (de 1000,00 até 1999,00)	8
De 2 a 3 Salários Mínimos (de 2000 até 2999,00)	3
Mais que 3 Salários Mínimos (3000,00 ou mais)	5
Procedência	
Santa Cruz do Sul	5
Outro município	15

Trabalha no momento	
Sim	6
Não	14
Recebe auxílio doença	
Sim	2
Não	18
Aposentado	12
Profissão	
Agricultor (a)	8
Outro	12
Variáveis clínicas	N
Comorbidades	
Etilista/Ex etilista	3
HAS + DM*	12
Hipercolesterolemia	4
Depressão	2
Tabagismo/ Outro	3
Tipo de Cirurgia	
Correção atrioventricular	1
CRM**	7
Fechamento de comunicação interatrial	2
Troca valvar	7
Troca valvar + CRM	1
Tumor intracardíaco	1
Tempo de espera para a cirurgia	
Menos que 6 meses	10
De 6 a 12 meses	6
Mais que 12 meses	4
Plano de saúde	
Particular (judicial)	1
Sistema Único de Saúde	17
Convênios	2
TOTAL	20

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

* HAS+ DM: Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus; **CRM: Cirurgia de Revascularização do Miocárdio.

Verificou-se ainda, quanto à rede familiar, que 17 participantes responderam que tinham filhos e um participante referiu morar sozinho. Observou-se que os participantes eram de renda familiar baixa e recebiam de um a dois salários mínimos, 18 participantes não recebiam auxílio doença, 14 não trabalhavam no momento da coleta dos dados e 12 estavam aposentados, embora a média das idades dos participantes foi de 58 anos, o que caracteriza adultos em idade produtiva.

No que tange informações clínicas, 15 participantes referiram ter histórico familiar positivo para doenças cardiovasculares. Sobre cirurgias prévias, 12 participantes responderam que já haviam sido submetidos a algum procedimento cirúrgico, com destaque para apendicectomia, cesariana e herniorrafia. Um paciente já havia sido submetido à cirurgia cardíaca para fechamento de comunicação interatrial. Em relação a orientações pré-operatórias já recebidas durante a internação para realização da cirurgia cardíaca, 16 participantes responderam que já haviam recebido informações, com destaque do profissional médico, com a maioria das menções ($n=12$).

Apresenta-se a seguir, na Tabela 2, a descrição do traço de ansiedade dos pacientes e os escores de ansiedade antes e após a realização das orientações com a boneca educativa. Ao investigar a alteração do nível de ansiedade pré-operatório em relação ao nível pós-operatório, não foi verificada diferença estatisticamente significativa ($p=0,35$).

Tabela 2 – Distribuição dos escores de Ansiedade-Traço e Ansiedade-Estado dos pacientes antes e após as orientações com a boneca educativa.

Escore	N
Ansiedade Traço	
Baixo	6
Moderado	12
Alto	2
Altíssimo	0
Ansiedade Estado pré-operatório	
Baixo	3
Moderado	14
Alto	3
Altíssimo	0
Ansiedade Estado pós operatório	
Baixo	7
Moderado	12
Alto	1
Altíssimo	0
TOTAL	20

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Teve-se a predominância do escore Ansiedade-Traço moderado (n=12), ou seja, apresentam perfil de ansiedade moderado no dia a dia, independente de situação geradora de ansiedade. No período pré-operatório e pós-operatório, o escore Ansiedade-Estado também se manteve em moderado. A avaliação da satisfação dos pacientes com as orientações pré-operatórias recebidas por meio da utilização da boneca educativa é apresentada na Tabela 3.

Tabela 3 – Caracterização do nível de satisfação dos pacientes em relação às orientações recebidas com uso da boneca educativa no pré-operatório de cirurgia cardíaca.

Sobre as orientações	Respostas	N
Para você foi importante discutir com o pesquisador sobre suas dúvidas em relação à cirurgia cardíaca, os cuidados e as possíveis complicações?	Importante Muito importante Não lembro	5 14 1
O conteúdo que foi discutido na intervenção com a boneca educativa permitiu esclarecer suas dúvidas e ajudou a entender os cuidados que foram realizados durante a internação?	Discordo Concordo Concordo totalmente	1 4 15
Você se sentiu satisfeito com o conhecimento adquirido durante a intervenção com a boneca educativa ou com a explicação sobre suas dúvidas?	Não fez diferença Satisfeito Muito satisfeito	1 5 14
As orientações que você recebeu em relação aos cuidados no pós operatório da cirurgia cardíaca atenderam às suas necessidades de conhecimento?	Concordo Concordo plenamente Não me lembro	9 10 1
Sobre a boneca		
Na sua opinião, foi fácil entender as falas e visualizar os dispositivos que estavam na boneca educativa	Concordo Concordo plenamente	7 13
A boneca educativa utilizada para explicar os cuidados a serem tomados tornou mais fácil para o senhor(a) entender os cuidados no tratamento da cirurgia cardíaca?	Discordo Concordo Concordo plenamente Não lembro	1 3 15 1
Quanto você acha que a boneca educativa auxilia/ajuda no tratamento de pacientes que buscam a cirurgia cardíaca?	Ajuda Muito importante	6 14
Para você, ser orientado com a utilização da boneca foi:	Não fez diferença Importante Muito importante	1 5 14
TOTAL		20

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Além dos dados apresentados na Tabela 3, o instrumento também era composto por perguntas abertas, por exemplo, “O que mais você gostou de visualizar no material?”, sendo que as maiores menções dos pacientes foram visualizar o tubo e os drenos. Perguntados sobre o que não sabiam do que foi abordado nas falas durante as orientações com o uso da boneca educativa, a maioria respondeu que não tinha muita informação até o momento, apenas o que o médico havia comentado. Questionados sobre a percepção da falta de alguma orientação, os participantes responderam que não sentiram falta de nenhuma orientação já que, as informações tinham sido transmitidas de forma simples e clara.

Sobre se os pacientes teriam alguma sugestão sobre a intervenção com o uso do dispositivo, muitos responderam não; porém, alguns sugeriram que a boneca poderia ser maior e que a intervenção deveria ser feita com todos os pacientes submetidos à cirurgia cardíaca.

Discussão

Considerando as características sociodemográficas dos participantes do estudo, podem ser descritos como indivíduos com mais de 50 anos, do sexo masculino, brancos, casados, com baixa renda e baixa escolaridade. Corroborando com os achados, um estudo realizado em Pernambuco, obteve caracterização socioeconômica e demográfica semelhante (GONÇALVES *et al.*, 2016).

O escore Ansiedade-Traço encontrado na pesquisa caracterizou-se como moderado, significando que os participantes do estudo apresentam características de ansiedade moderada no dia a dia. Considerando o pré-operatório, tem-se que o escore da Ansiedade-Estado também se manteve em moderado. Após a realização das orientações pré-operatórias de cirurgia cardíaca por meio da boneca educativa, a maioria dos pacientes mantiveram escores de Ansiedade-

-Estado moderado. Observou-se, porém, redução no número de pacientes que apresentaram escore de ansiedade alto após as orientações. Essa manifestação pode estar relacionada ao fato do acesso a informações fornecidas pelo profissional de saúde (RIBEIRO; SILVA, 2018).

Do mesmo modo, verificou-se aumento no número de pacientes que apresentaram escore de ansiedade baixo após a intervenção. Situação que está relacionada com a passagem segura pelo ato cirúrgico e pelo conhecimento das rotinas, adquirido pelo paciente previamente por meio das orientações recebidas (MALHEIROS *et al.*, 2021). Estudos apontam que pacientes que aguardam uma cirurgia cardíaca podem experimentar elevados níveis de ansiedade e, que, quando presente, tendem a aumentar complicações (ROSIEK *et al.*, 2016; SANTOS *et al.*, 2019).

Uma pesquisa nacional que buscou identificar os diagnósticos de enfermagem de pacientes em pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca, realizado com 26 pacientes, encontrou dor pós-operatória em 53,8% dos pacientes e ansiedade em 19,2% (RIBEIRO *et al.*, 2015). Enquanto, o estudo realizado em Pernambuco, que avaliou a ansiedade por meio do Inventário de Ansiedade de Beck, encontrou que mais de 59% dos participantes (n=63) apresentaram nível de ansiedade mínima e nível de ansiedade moderada em 6,6% (n=7) (GONÇALVES *et al.*, 2016).

Nesse sentido, embora o presente estudo sinalizou que não houve diferença significativa nos níveis de ansiedade dos pacientes no pré-operatório em relação ao pós operatório de cirurgia, tem-se que considerar o fato de que os participantes apresentaram o traço de ansiedade moderado e, nesse sentido, o desenvolvimento de estratégias educativas pelo enfermeiro para acolhimento e orientação podem estar relacionados a melhores níveis de satisfação acerca da trajetória do processo de adoecimento (VALLE; CRUZ, 2018). Um estudo

que buscou identificar qual a importância da enfermagem no pré-operatório de cirurgia cardíaca na redução da ansiedade, destacou que os profissionais devem atuar aplicando seus conhecimentos científicos e humanos, preparando o paciente psicologicamente, a fim de minimizar sentimentos como o medo (RIBEIRO; SILVA, 2018).

Referente a avaliação dos pacientes em relação a intervenção com o uso da boneca educativa, verifica-se que os pacientes, na maioria, avaliaram a intervenção como muito importante e/ou muito adequada. Esse resultado de acordo com Santos *et al.* (2019), pode estar relacionado ao fato de que o processo de adoecimento, a hospitalização e a necessidade de submeter-se a um procedimento cirúrgico, atrelado a insegurança são agentes estressores, que demandam mudanças na vida cotidiana do paciente e familiares. Assim, conhecer a trajetória, e poder sanar as dúvidas, foi avaliado positivamente pelos participantes do estudo.

Afirmativa que corrobora com os achados de Assis *et al.* (2014), onde revelam que quando o paciente esclarece suas dúvidas sobre o procedimento ao qual será submetido, entende melhor o que está acontecendo, esse entendimento pode contribuir para diminuir a ansiedade e gerar maior satisfação acerca do processo de enfrentamento do adoecimento.

Visto que o preparo cirúrgico de enfermagem ao paciente cardíaco e/ou familiar é eficaz na redução das complicações relacionadas à ansiedade do procedimento cirúrgico, destaca-se a relevância de estudos como o realizado. Considerando, que acarreta redução da ansiedade e complicações pós-operatórias, atreladas ao maior nível de satisfação dos pacientes. Ressalta-se ainda, que um paciente revela em suas respostas descontentamento sobre a intervenção, quando considerou o déficit de conhecimento acerca de complicações possíveis no pós-operatório por exemplo, prolongamento da internação devido a complica-

ções cirúrgicas as quais, não foram abordadas nas orientações pré-operatórias por meio da boneca educativa.

Ademais, ressalta-se como limitações do estudo, a amostra reduzida de pacientes e o fato de a pesquisa ter sido realizada em apenas uma unidade, não podendo os resultados serem generalizados já que, tratam de características de uma determinada região do país. Ao mesmo tempo, sugere-se que pesquisas semelhantes sejam conduzidas na área, tendo em vista que este conhecimento poderá subsidiar ações e planejamento da equipe de enfermagem, perante pacientes submetidos a cirurgias cardiovasculares.

Conclusão

Possibilitou-se, a partir dos resultados obtidos, conhecer o perfil dos pacientes que realizaram cirurgia cardíaca, sendo pacientes predominantemente do sexo masculino, agricultores e/ ou aposentados, com idade média de 58 anos, brancos, casados, com baixa escolaridade e baixa renda familiar, residentes na zona urbana, principalmente, provenientes de municípios circunvizinhos a localização da instituição. A maioria dos participantes tinha histórico de hipertensão arterial e diabetes mellitus, realizou cirurgia para revascularização do miocárdio via Sistema Único de Saúde, com tempo de espera para a cirurgia inferior a seis meses.

No que tange aos escores de ansiedade, identificou-se que os participantes apresentaram escore Ansiedade-Traço moderado, mantendo-se moderado o escore Ansiedade-Estado no período pré-operatório e no pós-operatório de cirurgia cardíaca. Ainda, sobre o nível de satisfação em relação às orientações recebidas no pré-operatório e em relação à boneca educativa, a maioria dos participantes julgaram a intervenção muito importante e muito adequada.

Os resultados evidenciam, que a intervenção por meio da boneca para orientações pré-operatórias de cirurgia cardíaca apresenta-se como uma estratégia educativa que amplia a ação do profissional enfermeiro na assistência a esse grupo de pacientes, tendo em vista que permitiu que os participantes tivessem um momento para expressar verbalmente sobre a experiência que estavam vivendo, sanarem dúvidas sobre a internação, sobre a cirurgia, cuidados pós cirúrgicos e alta, o que evidenciou elevado grau de satisfação durante o processo de adoecimento.

Referências Bibliográficas

ASSIS, C. C. *et al.* Acolhimento e sintomas de ansiedade em pacientes no pré-operatório de cirurgia cardíaca. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n.3, p. 401-7, 2014. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/reben/a/FkGZXBgYmn8qsgBcSfw8PXn/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 30 de out. 2019.

BARRETTA, C. J.; DALLACOSTA, F. B. **Doença cardiovascular e cirurgia cardíaca**. Editora Unoesc, Santa Catarina, 2018. Disponível em:< <https://periodicos.unoesc.edu.br/siepe/article/view/18734>>. Acesso em: 05 de out. 2019.

FIELD, Andy. **Descobrendo a estatística usando o SPSS**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FREIRE, A. K. S. *et al.* Panorama no Brasil das doenças cardiovasculares dos últimos quatorze anos na perspectiva da promoção à saúde. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v. 11, n. 9, p. 21-44, 2017. Disponível em:<<https://www.revistasuninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/776>>. Acesso em: 20 de abr. 2019.

GOMES, E. T.; BEZERRA, S. M. M. S. Ansiedade e depressão no período pré-operatório de cirurgia cardíaca. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 18, n. 3, p. 420-427, 2017. Disponível em:<<https://www.redalyc.org/journal/3240/324053754019/324053754019.pdf>>. Acesso em: 30 de mar. De 2019.

GONÇALVES, K.K.N. *et al.* Anxiety in the preoperative period of heart surgery. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, p. 397-403, 2016. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/reben/a/xGfnMNW9cPtfHNGpYSQr-7CF/abstract/?lang=en>>. Acesso em: 08 de nov. 2019.

KAIPPER, Márcia. Balle. **Avaliação do inventário de ansiedade traço-estado (IDATE) através da análise de Rasch**. 2008. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008. Disponível em:<<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/17463/000675471.pdf?>>. Acesso em: 13 de Out. 2019.

MACHADO, J. A. *et al.* Autocontrole de ansiedade no pré-operatório cardíaco: resultado de uma intervenção de enfermagem. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**, Ceará, v. 14, n. 2, p. 36 – 46, 2015. Disponível em:<<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/822>>. Acesso em: 10 de abr. 2019.

MALHEIROS, N. S. *et al.* Os benefícios das orientações de enfermagem no período pré-operatório de cirurgia cardíaca. **Global Academic Nursing Journal**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p.01- 06, 2021. Disponível em:<<https://www.globalacademicnursing.com/index.php/globacadnurs/article/view/250>>. Acesso em: 20 de ago. 2022.

MENDES, K. D. *et al.* Intervenção educativa para candidatos ao transplante de fígado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 1-7, 2013. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/rlae/a/97XPmGbS-fwbknM5Dmh8jBsg/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 16 de out. 2019.

PAIVA, B. C. *et al.* Avaliação da efetividade da intervenção com material educativo em pacientes cirúrgicos: revisão integrativa da literatura. **Revista So-becc**, São Paulo, v. 22, n.4, p. 208-217, 2017. Disponível em:< <https://search.bvsalud.org/gim/resource/en/biblio-876629>>. Acesso em: 04 de abr. 2019.

PELLENSE, M. C. S. *et al.* Avaliação da mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil: Uma série temporal de 2015 a 2019. **Revista Ciência Plural**, Natal, v. 7, n.3, p. 202 – 219, 2021. Disponível em:<<https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/25186>>. Acesso em: 10 de out 2022.

RIBEIRO, C. P. *et al.* Diagnósticos de enfermagem para pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 16, n. 2, p. 159-67, 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324038465004_2.pdf>. Acesso em: 26 de nov. 2019.

RIBEIRO, K. R. A.; SILVA, E. Ansiedade no pré-operatório de cirurgias cardíacas: como a enfermagem pode atuar?. **Revista Sociedade Cardiologia Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 95-100, 2018. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-906772>>. Acesso em 12 de out. 2019.

ROSSETO, K. R. C. *et al.* Intervenção educativa de enfermagem ao cliente submetido à cirurgia cardíaca. **Revista Baiana de Enfermagem**, Bahia, v. 31, n. 4, p. 1- 10, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/22441>>. Acesso em: 22 de abr. 2019.

ROSIEK, A. *et al.* Evaluation of Stress Intensity and Anxiety Level in Preoperative Period of Cardiac Patients. **BioMed Research International** – Hindawi, [s.l.], p. 1-8, 2016. Disponível em: <<https://downloads.hindawi.com/journals/bmri/2016/1248396.pdf>>. Acesso em: 25 de nov. 2019.

SANTOS, C. C. *et al.* Relações entre ansiedade no pré-operatório de cirurgia cardíaca em pacientes hospitalizados. **Diálogos Interdisciplinares**, São Paulo, v. 8, n. 8, p. 86-93, 2019. Disponível em: <<https://revistas.brazcubas.br/index.php/dialogos/article/view/805>>. Acesso em: 20 de out. 2022.

VALLE, K.R.; CRUZ, I.C.F. A atuação do enfermeiro no manejo da ansiedade pré-operatória em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca – Revisão Sistematizada da Literatura. **Journal of Specialized Nursing Care**, Rio de Janeiro. v.10, n. 1. 2018. Disponível em: <<http://www.jsncare.uff.br/index.php/jsncare/rt/prINTERfriendly/2974/753>> Acesso em 21 mar 2020.

CAPÍTULO VI

PSICOLOGIA EM UNIDADES DE INTENSIVISMO, URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: A VISÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Juliana Rohde

Karine Vanessa Perez

Doi: 10.48209/978-65-5417-109-6

Introdução

A Psicologia Hospitalar enquanto campo de atuação profissional ainda é considerada jovem, no entanto, tem ganho cada vez mais espaço e recebido reconhecimento pela sua importância. A especificidade, que desde o ano 2000 é oficialmente uma das áreas de especialidade da Psicologia brasileira, surgiu da necessidade de ampliar o alcance das práticas psicológicas, ao se entender que o paradigma clínico-privado já não era mais suficiente (ISMAEL, 2013; ANDRADE, 2017).

Dessa maneira, considera-se que a atuação das psicólogas nos hospitais representa uma mudança de paradigma para a área, que sai de um contexto onde

a profissional estava restrita ao consultório, recebendo pacientes que buscavam atendimento espontaneamente, para um cenário em que se vai ao encontro do sujeito, à beira do seu leito, oferecendo acolhimento e escuta especializada (ISMAEL, 2013). Ainda que centrada em um modelo clínico, a prática psicológica no contexto do hospital permite uma atuação ampla, contemplando ações sociais, educacionais e organizacionais, mantendo como enfoque a qualidade de vida dos usuários e profissionais (ANDRADE, 2017).

A resolução 02/01 do Conselho Federal de Psicologia (2001) atribui à Psicologia Hospitalar o trabalho de realizar pesquisas na sua área de atuação, atender pacientes e seus familiares, membros da equipe multiprofissional e administrativa das instituições em que se insere. O objetivo de tais intervenções deve ser o bem-estar físico e mental dos sujeitos. Ainda, a Psicologia Hospitalar pode trabalhar as relações médico-paciente, paciente-família e paciente-paciente, utilizando as técnicas psicológicas para atuar em unidades de terapia intensiva, pronto-socorro, ambulatorios e demais espaços do ambiente hospitalar.

Compreende-se que o hospital ainda está em processo de consolidação enquanto campo de trabalho para a Psicologia, o que pode fazer com que seu papel não esteja suficientemente claro para as equipes de saúde e, por vezes, para as próprias psicólogas, restringindo sua atuação (ANDRADE, 2017). Saldanha, Rosa e Cruz (2013) identificam que a visão predominante entre as equipes é de uma atuação fragmentada entre as especialidades, de modo que a Psicologia trataria apenas da dimensão subjetiva, a Medicina da orgânica, e a Enfermagem das técnicas.

Tendo em vista tal constatação, a inserção cada vez mais frequente desta profissional no contexto hospitalar, entende-se que seja relevante compreender e refletir acerca do entendimento das equipes multiprofissionais a respeito de papel da Psicologia nas unidades de terapia intensiva, de urgência e emergência

em um hospital geral. Especificamente neste estudo, uma Unidade de Terapia Intensiva Adulta (UTI A), uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neo) e um Pronto Atendimento (PA).

Proposta Metodológica

A fim de possibilitar a reflexão proposta, o presente estudo busca verificar os motivos pelos quais os profissionais da equipe multiprofissional de um hospital geral solicitaram avaliação e/ou acompanhamento psicológico para os pacientes internados nas unidades acima referidas; assim como comparar se as demandas endereçadas à Psicologia por esta equipe são coerentes com o que a literatura especializada afirma ser a função da Psicologia Hospitalar.

Esta é uma pesquisa qualitativa, do tipo exploratória descritiva. As pesquisas qualitativas são interpretativas, e não se espera do pesquisador imparcialidade e indiferença em relação ao seu objeto, mas o contrário: ele envolve-se em uma experiência sustentada e intensiva com o campo de pesquisa (CRESWELL, 2010).

Trabalhou-se com dados secundários, disponíveis em tabelas para as profissionais psicólogas da instituição em que se realizou a pesquisa. Estas tabelas, em formato *Excel*, foram utilizadas como organizadoras do fluxo de trabalho, e os registros foram realizados, exclusivamente, pelas próprias profissionais da Psicologia. Os dados referem-se às justificativas dadas pelos profissionais da equipe multiprofissional quando solicitam atendimento psicológico para algum paciente. Não se fez distinção entre as formas de solicitação, visto que as mesmas podem ser realizadas via prontuário eletrônico, contato telefônico ou contato direto com profissional da psicologia, uma vez que independente da forma como a solicitação é feita, sempre foi registrada nas tabelas que constituem o banco de dados deste estudo.

Nesta pesquisa, foram submetidas à análise as justificativas de solicitações de atendimento para pacientes que estavam internados na UTI adulto, UTI neonatal e Pronto Atendimento, realizadas no período entre janeiro e junho de 2018. Foram excluídas da análise as demandas identificadas por busca ativa realizada pela equipe de Psicologia.

A análise de conteúdo de Bardin (2004) norteou a análise dos dados. Este tipo de metodologia não se limita ao conteúdo, e permite uma análise tanto dos significados quanto dos significantes. A análise de conteúdo é composta por algumas fases, que consistem na organização e escolha dos dados a serem analisados, na formulação de hipóteses e objetivos; na exploração do material; e no tratamento, significação e validação dos dados, respectivamente. Estas etapas serviram como embasamento à análise dos dados obtidos através desta pesquisa, que foram comparados aos estudos bibliográficos sobre o tema.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul, obtendo aprovação (CAAE nº 05221418.8.0000.5343). Não há risco de expor os profissionais que solicitaram atendimento da Psicologia, uma vez que apenas o texto das solicitações foi utilizado, sem relacioná-los ao profissional que as realizou, nem mesmo à sua profissão.

Resultados e Discussão

Entre os meses de janeiro a junho de 2018, foram recebidas pelo setor de Psicologia do hospital estudado, um total de 107 solicitações de atendimentos para pacientes hospitalizados no Pronto Atendimento, UTI Adulto e UTI Neonatal, discriminadas por unidade na Tabela 1.

Tabela 1 - Solicitações de Atendimento Psicológico por Unidade de Internação.

Unidade de internação	Número de solicitações entre Janeiro/18 e Julho/18
UTI Adulto	25
UTI Neonatal	8
Pronto Atendimento	74
TOTAL	107

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Tais solicitações, em sua maioria, foram feitas pelos seguintes membros da equipe multiprofissional: médicos, enfermeiros, assistentes sociais e técnicos de enfermagem. Houve uma solicitação por parte de uma comissão intra hospitalar e uma por parte da área administrativa. O conteúdo destes pedidos de atendimento possibilitou sua divisão em três categorias de análise: “O choro e a ansiedade”, “As más notícias” e “O adoecimento psíquico”, que serão apresentados e discutidos a seguir.

O choro e a ansiedade

Esta categoria trata daquelas solicitações para atendimento psicológico que tiveram como motivo a percepção da equipe do choro e de manifestações de ansiedade. Estas manifestações eram tanto por parte dos pacientes quanto de seus familiares, diante das mais variadas situações.

Tensão, incertezas, sentimentos negativos e medos cercam o espaço do hospital, e cada sujeito que precisa recorrer a esta instituição por problemas de saúde é desafiado a adaptar-se física e psiquicamente, produzindo uma infinidade de possíveis respostas psíquicas e emocionais. Às manifestações da subjetividade humana frente à doença chamamos de aspectos psicológicos, “tais como sentimentos, desejos, a fala, os pensamentos e comportamentos, as fantasias e

lembranças, as crenças, os sonhos, os conflitos, o estilo de vida e o estilo de adoecer” (STENZEL, ZANCAN, SIMOR, 2012).

Conforme já mencionado, ao realizar a análise dos dados desta pesquisa, o choro e a ansiedade destacaram-se enquanto manifestações que motivaram a equipe multiprofissional a solicitar atendimento psicológico para os pacientes, conforme observa-se no texto dos seguintes pedidos de atendimento: “Paciente ansiosa” (PA); “Episódio depressivo; chorosa” (PA); “Prolapso da valva mitral/ paciente emotivo” (UTIA); “(...). Pacte [paciente] queixoso, ansioso, choroso por períodos, preocupado com relação ao quadro, que evoluiu rapidamente. Esposa do paciente também mostrou-se bastante preocupada com o quadro” (UTIA).

Entende-se que os aspectos psicológicos permeiam o processo de adoecer e a doença, podendo ser desencadeadores do processo patogênico, agravantes do quadro clínico, fatores de manutenção do adoecimento ou ainda consequências deste. De qualquer maneira, o adoecimento do corpo sempre é acompanhado por um impacto emocional que reflete na rotina do sujeito adoecido e daqueles com quem convive (STENZEL, ZANCAN, SIMOR, 2012).

O impacto para o paciente e sua rede de relações é evidenciado pelo que consta nas seguintes solicitações, que são apresentadas seguidas pela unidade de internação de onde são provenientes: “Ansiedade da família frente a uma resolução do quadro clínico. Fala de que a paciente estaria queixosa e desanimada” (PA); “Atendimento para família (bastante ansiosa)” (UTI A); “Paciente e familiares ansiosos; diagnóstico de apendicite – indicação cirúrgica” (PA); “(...) [mãe] apresenta ansiedade em decorrência do processo de hospitalização do RN [recém nascido]” (UTI NEO); “Pacte [paciente] após IAM [infarto agudo do miocárdio]. Chorosa e preocupada. (...) (UTI A); “Paciente ansioso, suspeita de Guillain Barré” (UTIA).

Mäder (2016) diz que as intervenções psicológicas visam contribuir para a elaboração dos impactos do processo de adoecer, de hospitalização, do tratamento e dos seus impactos na vida do sujeito. A Psicologia busca desenvolver com os pacientes recursos psíquicos para lidar com as situações difíceis ligadas ao seu quadro clínico e tratamento. Stenzel, Zancan e Simon (2012) acrescentam que a prática do psicólogo deve focar no restabelecimento da saúde do paciente, junto da equipe multiprofissional ou, ainda, no controle dos sintomas psíquicos que podem estar lhe causando ainda mais sofrimento.

As mesmas autoras, em relação aos familiares dos enfermos, explicam que a hospitalização é geradora de estresse, sendo a mudança na rotina, o aumento da ansiedade e da angústia e o medo da perda impactos muito frequentes. Junto a estes sujeitos, a Psicologia pode e deve atuar na adaptação frente à realidade vivenciada, fornecendo apoio, compreensão e suporte emocional, clarificação dos sentimentos e fortalecimento dos vínculos familiares. Pode-se pensar também na atuação mediando as relações entre família, paciente e equipe, buscando tornar o ambiente mais tranquilo e menos hostil (MÄDER, 2016; STENZEL, ZANCAN, SIMON, 2012).

Os discursos analisados nesta categoria indicam que a equipe multiprofissional percebe o choro e a ansiedade enquanto objetos de intervenção do saber psicológico. Tal percepção vai ao encontro do que a literatura científica aponta como objetos do trabalho do psicólogo no hospital: a subjetividade do paciente e as manifestações de sofrimento psíquico diante da hospitalização e adoecimento.

No entanto, há que se refletir no sentido de que tais manifestações psíquicas não passem a ser colocadas pelas equipes na dimensão do patológico, ou como algo que não poderia ou não deveria acontecer, visto que o meio social já interdita tais expressões dos sentimentos. Fronza et. al. (2015) reforçam que

a sociedade vem negando e reprimindo as expressões da dor emocional, entendendo-as como fraqueza e prolongamento inútil do sofrimento. O papel da Psicologia talvez seja justamente este: garantir o lugar, a possibilidade e autorizar a expressão do sofrimento. Os mesmos autores ressaltam que a repressão dos sentimentos tem estado cada vez mais presente nas situações de perdas e lutos, o que nos direciona para a próxima categoria de análise: as más notícias.

As más notícias

Aqui propõe-se uma reflexão a respeito daquelas solicitações para atendimento psicológico feitas pelas equipes em função de notícias e situações difíceis e de intenso sofrimento, às quais os pacientes ou seus familiares seriam submetidos. Estas situações referiam-se a diagnósticos de doenças graves, prognósticos desfavoráveis, sequelas em função de determinados adoecimentos, risco de vida, iminência de morte e os óbitos propriamente ditos.

Qualquer notícia que altere de forma significativa e negativamente a vida de uma pessoa e suas perspectivas em relação ao futuro pode ser considerada uma má notícia. A resposta dos indivíduos frente a esta notícia não pode ser prevista, mas sempre é única e individual, influenciada e permeada por aquilo que esperava do seu futuro e por seu contexto psíquico e social (VICTORINO et al., 2007). As más notícias, portanto, podem ser

não somente um diagnóstico terminal, mas também o diagnóstico de uma doença crônica (...), falar para uma gestante que seu filho tem uma malformação ou ainda confirmar para uma mulher de meia idade que há uma suspeita clínica de esclerose múltipla. Por outro lado, uma má notícia pode ser simplesmente um diagnóstico que é dado em uma hora inoportuna (...) (VICTORINO et al., 2007).

A seguir observa-se, algumas situações, que podem configurar-se enquanto más notícias para os pacientes e seus familiares, descritas pelos profissionais das equipes multiprofissionais ao solicitar atendimento psicológico:

“Prognóstico grave/AVC hemorrágico” (PA); “Diagnóstico de B24 [código da Classificação Internacional de Doenças para “Doença pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) não especificada”] na enfermaria” (PA); “Paciente em estado grave. Acompanhamento Psicológico para familiares” (UTI NEO); “Paciente idosa, quadro geral grave e prognóstico sombrio. Familiares cientes da gravidade, porém com dificuldades de enfrentamento. Acompanhamento para familiares” (UTIA); “infarto agudo, necessidade de adaptação na rotina para o pós alta” (UTIA).

Estas narrativas evidenciam uma suposição por parte da equipe multiprofissional de que tais notícias produzirão respostas emocionais com as quais os pacientes e suas famílias – e, com frequência, a própria equipe - terão dificuldade de lidar. Pode-se pensar desta maneira tendo em vista que apenas uma das narrativas já refere consequências psíquicas/emocionais da má notícia (família com dificuldades de enfrentar mau prognóstico), as demais trazem apenas a descrição da situação.

A comunicação das más notícias é considerada uma tarefa difícil pelos profissionais de saúde, pois gera perturbações tanto para seu emissor quanto para seu receptor. A dificuldade dá-se especialmente pelo medo das reações emocionais e pela dificuldade de conduzir a situação, o que faz com que, frequentemente, os processos de comunicação aconteçam esvaziados de conteúdo, utilizando-se de eufemismos e falta de clareza enquanto mecanismos de fuga da situação. Ou seja, as reações expressas por quem recebe a notícia costumam ser fonte de estresse para o médico que comunica, e este ainda precisa lidar com seus receios, emoções, enfrentamento da própria finitude e quebra da sensação de onipotência (MONTEIRO, QUINTANA, 2017).

As notícias de iminência de morte, ou do óbito propriamente dito também apareceram com frequência entre as razões pelas quais foi solicitado atendi-

mento psicológico: “Acolhimento a óbito” (UTI NEO); “Paciente cirrótico grave”. Em condição clínica crítica. Mau prognóstico. Solicito acompanhamento” (PA); “Suspeita de ME [morte encefálica] – ferimento por arma de fogo” (UTI A); “Prognóstico do paciente (grave)” (UTI NEO); “Paciente com prognóstico ruim, acompanhamento para familiares” (UTI A) “Acolhimento aos familiares - óbito do paciente” (PA).

A respeito disso, pode-se iniciar a reflexão com a afirmativa de que a morte é interdita no discurso social, de que ela se tornou um tabu a fim de permitir que se viva na ilusão da imortalidade e sem pensar a respeito das questões da finitude. Encarar a morte do outro é pensar sobre a morte de si, motivo pelo qual tal experiência é tão difícil e geradora de sofrimento, especialmente quando é necessário que se faça isto no dia a dia, como é o caso dos profissionais de saúde (MONTEIRO et al., 2015).

Frente à negação e interdição da morte, é possível compreender o quão difícil torna-se dirigir o olhar ao doente que está partindo ou já partiu, e comunicar o fato aos seus entes queridos. Em primeiro lugar porque trará sofrimento para estes e para quem portar tal informação, mas também porque a morte anuncia o limite e a impotência das tecnologias e do saber médico (MONTEIRO et al., 2015).

Souza et al. (2019) identificaram em sua pesquisa que, após dada a notícia de terminalidade ou do óbito, normalmente os médicos costumam encaminhar os familiares ao setor de Psicologia, ou ainda ao Serviço Social, o que vem ao encontro dos dados encontrados nesta pesquisa. Cabe pensar sobre o quanto os pedidos de suporte psicológico nestas situações, que normalmente trazem como foco da intervenção o paciente ou a família, não carregam consigo uma demanda da equipe e da sua dificuldade de vivenciar os processos de morrer.

Schmidt, Gabarra e Gonçalves (2011) apontam que a assistência psicológica ao luto antecipatório deve possibilitar e incentivar rituais de despedida entre familiares e pacientes, uma vez que também contribuem para a prevenção do surgimento de sintomas psicológicos, assim como viabilizam aproximações entre a família para resolver pendências e abrir espaços de compartilhamento de sentimentos e suporte mútuo.

As autoras ainda acrescentam que nas situações de terminalidade, beneficiam-se de acompanhamento psicológico tanto a pessoa que está passando pelo processo quanto seus familiares. Isto acontece porque tal assistência, ao enfatizar a expressão dos sentimentos, facilitar a comunicação, incentivar rituais de despedida e de ressignificação da vida e da morte, melhora a qualidade de vida e reduz a ocorrência de sintomas psicopatológicos no futuro, em decorrência de um processo de luto que não foi bem elaborado. Falar sobre sintoma e manifestações psicopatológicas nos direciona para a próxima categoria de análise: O adoecimento psíquico.

O adoecimento psíquico

Nesta categoria serão apresentadas as solicitações de atendimento psicológico realizadas em função de os pacientes apresentarem sintomas e características comumente consideradas pertencentes à área de conhecimento “Psi”. Destaca-se a quantidade de pedidos de atendimento por tentativa de suicídio (TS), que foi superior em relação a outros motivos atribuídos a esta categoria de análise. Também se ressalta o fato das solicitações desta categoria terem partido majoritariamente do pronto atendimento.

Contextualizando a respeito do adoecimento psíquico, pode-se dizer ser um agravo de saúde com alta prevalência na sociedade atual. Transtornos men-

tais como a depressão, abuso de álcool, bipolaridade e esquizofrenia encontram-se entre as 20 principais causas de incapacidade. Ainda, estima-se que a depressão afeta aproximadamente 350 milhões de pessoas no mundo, sendo sua prevalência variável entre 8% e 12% na maior parte dos países (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

Estes adoecimentos psíquicos podem produzir nos indivíduos uma série de sinais e sintomas que, quando exacerbados, costumam levar os sujeitos a procurar atendimento na rede básica, atenção especializada ou, ainda, nos serviços de urgência e emergência hospitalares, que é o foco deste estudo. Os seguintes pedidos de atendimento psicológico exemplificam: “Sintomas obsessivos e delirantes, contexto familiar e social difícil” (PA); “Humor deprimido; recorrentes crises somáticas conversivas” (PA); Agitação psicomotora, agressividade, abstinência de drogas (PA); “Paciente com quadro depressivo apresentando episódio de agitação e ansiedade (PA); “Esquizofrenia. Várias vindas à emergência” (PA); “Surto psicótico” (PA).

O modo como os pacientes chegam ao pronto atendimento hospitalar pode variar muito, desde sutis estados ansiosos, até situações onde há sintomas graves que podem impactar a equipe, como comportamentos inadequados, agitação psicomotora, auto e heteroagressividade. Nestas circunstâncias o paciente com frequência é percebido como de difícil manejo pela equipe multiprofissional, de forma que a solicitação por atendimento psicológico acontece tanto pela gravidade do problema, quanto pela necessidade de apoio à equipe, ajudando-a em relação à comunicação com paciente e familiares (DIAS et al., 2017).

Em sua pesquisa, Moll e colaboradores (2017) identificaram que as equipes de saúde costumam ser resistentes a estas demandas, e que seus sentimentos

em relação a elas são fundamentados em estigmas que acompanham a doença mental ao longo da história. Alguns destes estigmas são de que este paciente é perigoso, violento, de que pode perder o controle a qualquer momento, de que é fraco, e egoísta. Tudo isto, somado à falta de qualificação dos profissionais de saúde, de modo geral, para lidar com este tipo de adoecimento, produz um clima de insegurança e ineficácia frente ao paciente com demandas de saúde mental.

Quanto às tentativas de suicídio, motivo frequente para que as equipes solicitassem atendimento psicológico, sabe-se que é um ato marcado por um elevado grau de complexidade, por ser de causa multifatorial, e devido à ampla gama de motivações que podem levar alguém a realizá-lo. Trata-se de um momento com elevado grau de sofrimento, que pode estar relacionado ou ser precipitado por crises de identidade, financeiras, em relacionamentos, na família ou no trabalho, e que são vivenciadas por cada indivíduo de forma muito singular (MELO et al., 2018). A multiplicidade de situações e diferenças envolvendo as tentativas de suicídio pode ser observada a seguir:

“Ideação suicida” (PA); Paciente trans, TS por automutilação. Precisou de sutura devido a gravidade do ferimento (PA); “TS por ingestão medicamentosa” (PA); “TS por agrotóxico” (PA); “(...) TS aos 13 anos. Familiar relata comportamento de autoagressão frequente. Manejo a intoxicação e solicito avaliação” (PA); “Paciente grave, TS por enforcamento. Histórico de transtorno depressivo com tentativas prévia” (UTIA);

As áreas da saúde têm por princípio fundamental de que a vida está “acima de tudo”, e que todos os esforços devem ser empreendidos para preservá-la. O ato suicida subverte esta lógica, competindo com este princípio e com o poder médico, o que torna muitas vezes o sujeito que faz a tentativa de suicídio

indesejado ou visto com maus olhos pela equipe (GONÇALVES, SILVA, FERREIRA, 2015).

As solicitações para atendimento psicológico em situações em que a demanda estava relacionada à saúde mental sinalizam para um entendimento da equipe multiprofissional de que esta é uma demanda de saúde que requer um atendimento diferenciado, e também pode apontar para um desejo de distanciamento das equipes deste tipo de situação, pois causa estranhamento e receio. No entanto, ainda é possível que esteja evidenciando uma ampliação do olhar acerca do paciente com sofrimento psíquico, partindo de um paradigma onde o cuidado era centralizado na figura do médico psiquiatra e do uso de medicamentos, para um olhar que compreende a importância de outras abordagens terapêuticas com este sujeito que sofre.

Conclusão

Esta pesquisa teve como objetivo verificar qual o entendimento da equipe multiprofissional a respeito do papel da Psicologia nas unidades de intensivismo, urgência e emergência de um hospital geral. Foi possível verificar que há uma visão da psicóloga como a profissional que lida com as situações “difíceis”, com aquelas expressões da doença que os demais profissionais da saúde têm dificuldades, ou sentem-se inaptos para lidar, ou seja: as respostas psíquicas e emocionais frente ao processo de hospitalização.

Observou-se que as equipes, apesar de evidenciarem dificuldades para lidar com os aspectos mencionados, têm mostrado-se mais sensíveis às manifestações psíquicas diante do adoecimento e hospitalização, conseguindo identificá-las e direcionar a demanda à categoria profissional que entende ter condições de lidar com elas. No entanto, ainda há que se problematizar e re-

fletir a respeito do papel de “acalmar” e “acolher” os pacientes que é atribuído às profissionais psicólogas, tendo em vista que qualquer profissional de saúde pode e deve assumir postura acolhedora frente ao seu paciente.

Propõe-se também a seguinte reflexão: será que, em algumas destas ocasiões, os pedidos da equipe para atendimento psicológico de seus pacientes, na verdade, estavam traduzindo pedidos de ajuda e suporte para a própria equipe? Caso a resposta seja afirmativa, entende-se que a Psicologia pode utilizar seu “lugar de saber sobre a subjetividade” para afirmar o lugar do choro, dos sentimentos, do pesar e da dor, “autorizando” a expressão dos mesmos e auxiliando as equipes na compreensão e tolerância destas manifestações, acolhendo também as respostas emocionais dos profissionais.

Para uma última reflexão sobre o papel da Psicologia hospitalar, traz-se um trecho do trabalho de Kupermann (2016, p. 18), que afirma o seguinte:

O problema que fica assim proposto para o campo da psicologia hospitalar é o das competências que devem ser produzidas e transmitidas para que o cuidador possa: oferecer hospitalidade acolhendo o sofrimento do doente, por mais impactante que possa ser estar diante da dor do outro; ser afetado pelo paciente, e afetá-lo facilitando a produção de sentido para a experiência do adoecimento, do tratamento e dos seus destinos, cura ou agravamento, exercendo sua capacidade empática; dispor da sua Saúde, de maneira a estar vivo nos confrontos cotidianos com a morbidez e a morte.

Referências Bibliográficas

ANDRADE, D. S. **O papel do psicólogo no hospital na visão dos profissionais de saúde**. Monografia (graduação em Psicologia) - Faculdade de Ciências da Educação e Saúde, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2017. Disponível em: <<https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/235/11467>>. Acesso em: 15 Ago 2019.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução nº 02/2001**. Brasília, 2001. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2001/03/resolucao2001_2.pdf>. Acesso em 08 out. 2018.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Porto Alegre: ARTMED, 2010.

DIAS, L. F. et al. Acolhimento ao paciente psiquiátrico na urgência e emergência na perspectiva da psicologia em hospital de ensino no interior do rio grande do sul: relato de experiência. **Anais da VI Jornada de pesquisa em Psicologia – PSI UNISC: Pesquisa e Tecnologia na Psicologia Atual**: Santa Cruz do Sul, RS. Santa Cruz do Sul: EDUNISC. Disponível em: <https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/jornada_psicologia/article/view/17623/4501>. Acesso em: 19 nov 2019

FRONZA, L. P., et al. O tema da morte na escola: possibilidades de reflexão. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, v. 43, n. 1, p. 48-71. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/3496/4408>>. Acesso em 31 out 2019.

GONÇALVES, P. I. E., SILVA, R. A.; FERREIRA, L. A. Comportamento suicida: percepções e práticas de cuidado? **Psicologia Hospitalar**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 64-87, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092015000200005&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em 12 de nov 2019.

ISMAEL, S. M. C. Prefácio. In: ISMAEL, S. M. C.; SANTOS, J. X. A. **Psicologia hospitalar – sobre o adoecimento... articulando conceitos com a prática clínica**. São Paulo: Atheneu, 2013.

KUPERMANN, D. Trauma, sofrimento psíquico e cuidado na Psicologia Hospitalar. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 6-20, 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582016000100002&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 12 nov 2019.

MÄDER, B. J. **Psicologia Hospitalar: Considerações sobre assistência, ensino, pesquisa e gestão**. Curitiba: CRP-PR, 2016.

MELO, A. K., et al. Atuação do psicólogo no hospital geral com pacientes de tentativa de suicídio: estudo fenomenológico. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 31, n. 4, p. 1-7, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/8752/pdf>>. Acesso em: 02 nov 2019.

MOLL, F. M., et al. Profissionais de enfermagem e a internação psiquiátrica em hospital geral: percepções e capacitação profissional. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 22, n.2, 2017. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/49933>>. Acesso em: 31 out 2019.

MONTEIRO, D. T.; QUINTANA, A. M. A comunicação de Más Notícias na UTI: Perspectiva dos Médicos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 32, n. 4, 1-9, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722016000400221&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 02 nov 2019.

MONTEIRO, D. T.; et al. Morte: O difícil desfecho a ser comunicado pelos médicos. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 547-567, 2015. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=451844504007>>. Acesso em: 02 nov 2019.

SALDANHA, S. V., ROSA, A. B., CRUZ, L. R. O psicólogo clínico e a equipe multidisciplinar no hospital Santa Cruz. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, 185-198, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582013000100011>. Acesso em: 12 out 2019.

SCHMIDT, B., GABARRA, L. M.; GONÇALVES, J. R. Intervenção psicológica em terminalidade e morte: relato de experiência. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 50, p. 423-430, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2011000300015>. Acesso em: 23 out 2019.

SOUZA, G.; et al. Comunicação da morte: modos de pensar e agir de médicos em um hospital de emergência. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 03, p. 1-19, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-733120180003000619&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 out 2019.

STENZEL, G. Q. L., ZANCAN, N., SIMOR, C. Reflexões acerca da atuação do psicólogo no hospital. In STENZEL, G. Q. L., PARANHOS, M. E., FERREIRA, V. R. T. (Orgs.). **A Psicologia no Cenário Hospitalar: encontros possíveis**. Porto Alegre: EdiPUCRS, 2012, p. 39-49

VICTORINO, A. B.; et al. Como comunicar más notícias: revisão bibliográfica. **Revista da SBPH**, rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 53-63, 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582007000100005&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 24 out 2019.

World Health Organization. **Mental health action plan 2013-2020**. Geneva: WHO, 2012. disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 28 nov 2019.

World Health Organization. **The global burden of disease: 2004 update**. Geneva: WHO, 2008. Disponível em: <http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf>. Acesso em: 28 nov 2019.

CAPÍTULO VII

REPERCUSSÕES DAS ORIENTAÇÕES FISIOTERAPÊUTICAS PRÉ-OPERATÓRIAS EM PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA CARDÍACA

Claudia Turra Rossato

Ana Carolina Severo

Jéssica Luiza Pedroso da Silva

Helena Rocha Machado

Dulciane Nunes Paiva

Éboni Marília Reuter

Doi: 10.48209/978-65-5417-109-7

Introdução

A ventilação não-invasiva (VNI) é um recurso que tem seu uso estabelecido no pós-operatório (PO) de cirurgia cardíaca (CC), de modo a reduzir o trabalho respiratório, melhorar as trocas gasosa e a progressão das atelectasias, além de reduzir a necessidade de reintubação (DIRETRIZES, 2013; PIECZKOSKI et al., 2017; BÜNDCHEN et al., 2014). Para se obter sucesso com a VNI é

imprescindível que a mesma seja confortável para o paciente, principalmente quanto ao uso da máscara, sendo importante que o paciente receba orientações claras sobre tal recurso terapêutico, bem como sobre as demais medidas terapêuticas adotadas (GILLILAND; BRAINARD, 2015).

Desta forma, o período pré-operatório deve ter como procedimento de rotina, a orientação do paciente sobre o PO imediato, sobre como devem ser realizados os modos de transferência da cama para a posição sentada em poltronas, sobre os exercícios respiratórios, sobre o uso de VNI e a realização de exercícios físicos (MIRANDA; PADULLA; BORTOLATTO, 2011; LIMA et al., 2013).

Pacientes orientados no período anterior ao procedimento cirúrgico estarão melhor preparados para compreender e colaborar com o tratamento fisioterapêutico no PO, bem como estarão cientes dos objetivos das técnicas a serem empregadas, além de ter o tempo de permanência no hospital reduzido (LEGUISAMO; KALIL; FURLANI, 2005).

Os benefícios da aplicação de protocolos fisioterapêuticos no pré-operatório em indivíduos que serão submetidos à CC, embora descritos, ainda são escassos. Ainda não está claro se as orientações prestadas pela equipe de fisioterapia, nesse momento operatório, contribuem para o melhor entendimento e sensação de segurança, bem como para reduzir a ansiedade desses pacientes quanto ao uso da VNI. Desta forma, o presente capítulo objetiva discorrer sobre os efeitos de um programa de orientações de fisioterapia pré-operatória sobre os parâmetros clínicos e de VNI em indivíduos submetidos à CC como resultado de pesquisa realizada no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) do Hospital Santa Cruz.

Cirurgia cardíaca e suas complicações

As CC contribuem para aumentar a sobrevida da população (BRAILE; GODOY, 2012) e, com a melhoria da expectativa de vida houve um aumento na utilização de recursos de saúde, incluindo as especialidades cirúrgicas, reque-rendo profissionais capacitados e o uso de tecnologias avançadas (RIBEIRO et al., 2016; STOICEA et al., 2017).

Uma das cirurgias mais prevalentes é a cirurgia de revascularização mio-cárdica (RVM) e, a mesma objetiva prevenir a progressão do infarto agudo do miocárdio (IAM), melhorar a função ventricular, reduzir os sintomas de isque-mia miocárdica e reduzir a mortalidade (TORRES et al., 2016). Tal modalida-de cirúrgica é amplamente utilizada nos casos de doença arterial coronariana e de IAM, aliviando os sintomas de angina e melhorando o desempenho das atividades físicas, bem como aumentando a expectativa e a qualidade de vida (CUNHA et al., 2016; LIN et al., 2018).

A CC é um procedimento complexo e de grande porte que vem acom-panhado da necessidade de anestesia geral, circulação extracorpórea (CEC), ventilação mecânica (VM) e restrição ao leito no PO imediato (SANTOS et al., 2016). A anestesia em CC requer uma avaliação pré-operatória rigorosa e o monitoramento constante intraoperatório (IO), com o objetivo de manter a esta-bilidade hemodinâmica, reduzir a morbidade pós-operatória e favorecer à extu-bação traqueal precoce (ETP). A ocorrência de fatores no momento IO e no PO, como quantidade mínima de sangramento, curta duração da CEC, baixas doses de catecolaminas e bom estado neurológico, facilitam a ETP (CHEIKHROU-HOU et al., 2017).

Estudos têm demonstrado a associação da CEC com a incidência de complicações no PO, pois sua utilização ocasiona uma resposta inflamatória sistêmica, liberando substâncias prejudiciais à coagulação e à resposta imune, aumentando a permeabilidade capilar e causando efeitos deletérios (TORRES et al., 2016). As principais complicações pulmonares advindas da CEC no PO, incluem atelectasias, perda da força muscular respiratória, pneumonia, edema pulmonar e derrame pleural (SANTOS et al., 2016; TOUW et al., 2018). Distúrbios neuromusculares, síndrome de baixo débito cardíaco, sangramento, infecções hospitalares e dificuldade de controlar a glicemia também podem surgir no PO (BECCARIA et al., 2015; TORRES et al., 2016).

As complicações sistêmicas aumentam a duração da VM e o tempo de sedação, promovendo fraqueza muscular global, levando a um período mais longo na UTI com consequente perda da mobilidade e déficits neurológicos (CORRÊA; CARDOSO, 2017; LAAR; TLMAN; NOYEZ, 2017). Os danos causados devido à imobilidade e ao estresse na CC incluem a perda de massa e força muscular devido à desregulação no metabolismo de proteínas, levando ao comprometimento da capacidade de exercício e dificuldade na realização das atividades de vida diária (IWATSU et al., 2016; TORRES et al., 2016).

O desenvolvimento de técnicas cirúrgicas robóticas permitiu uma redução nas complicações pós-operatórias, bem como do período de permanência nas unidades de terapia intensiva (UTI) (CHEIKHROUHOU et al., 2017). Há mais de quinze anos, a CC totalmente endoscópica robótica assistida tem sido realizada na Europa e nos Estados Unidos e, outros grandes centros clínicos vêm incorporando esta modalidade, buscando diminuir o trauma cirúrgico e permitindo o retorno mais rápido às atividades sociais e profissionais do indivíduo (POFFO et al., 2017).

Relato do efeito de orientações fisioterapêuticas pré-operatórias sobre o tempo de ventilação mecânica e de internação hospitalar após a cirurgia cardíaca

Rossato e Reuter (2019) desenvolveram estudo como Trabalho de Curso no PRMS do Hospital Santa Cruz em que avaliaram os efeitos de um programa de orientações de fisioterapia pré-operatória sobre o tempo de VM e de internação hospitalar em 22 indivíduos submetidos à CC em estudo experimental e de análise documental e ambispectivo, realizado na enfermaria e na UTI adulto de um hospital de ensino da região do Vale do Rio Pardo, no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. O estudo ocorreu de março a junho de 2019 com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul (n 04916818.0.0000.53430).

Todos os indivíduos participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foram alocados no Grupo Intervenção (GI), que recebeu orientações padronizadas de fisioterapia pré-operatória de CC, em um único momento (um dia anterior ao procedimento cirúrgico) e, no Grupo Controle (GC), que foi composto por dados retrospectivos, de sujeitos que não tiveram orientações pré-operatórias e não responderam aos questionamentos.

No GI, após dois dias da extubação, foi questionado ao fisioterapeuta assistente quanto à tolerância da terapia com VNI (bem adaptado/não tolerou). No caso de não haver a tolerância, foi registrada a justificativa. Aos pacientes, foram aplicadas questões quanto às orientações pré-operatórias da VNI, sendo as seguintes perguntas: a) “Contribuíram para o seu entendimento sobre o atendimento fisioterapêutico?”; b) “Você se sentiu mais seguro durante a aplicação da máscara por saber previamente como seria?”; c) “Você entendeu a importância de fazer o uso da máscara para sua recuperação?”; d) Auxiliaram a diminuir sua ansiedade?”. As respostas possíveis eram sim, não, não sabe/não respondeu.

Em ambos os grupos foram coletados dados em prontuário eletrônico como informações da história clínica pregressa, tempo de internação, dados da cirurgia, medicamentos utilizados, além das variáveis que envolvem a VNI, como o modo ventilatório utilizado – CPAP (*Continuous Positive Airway Pressure*): pressão contínua nas vias aéreas; ou BIPAP (*BI-level Positive Airway Pressure*): dois níveis de pressão na inspiração (IPAP) e na expiração (EPAP), parâmetros pressóricos (em cmH₂O), tempo de terapia (em minutos), tipo de interface (nasal ou facial).

Protocolo de orientações fisioterapêuticas

O instrumento de orientações fisioterapêuticas no pré-operatório da CC foi elaborado pelos autores, o qual foi revisado e avaliado por três profissionais fisioterapeutas com experiência na área de cardiologia e/ou intensivismo para validação, tendo duração da aplicação do protocolo em média 30 minutos.

O protocolo incluiu orientações sobre como é realizada a cirurgia, como os pacientes se encontrariam após o procedimento em relação a VNI, equipamentos, dispositivos invasivos, posicionamento no leito, transferências, dor, equipe de profissionais que realizariam a assistência e como seriam realizados os atendimentos da fisioterapia. Neste momento, também foi levada uma máscara facial de VNI para demonstração, bem como disponibilizado um tempo para questionamentos que poderiam ocorrer.

Ainda, foi enfatizada a importância dos cuidados na recuperação pós-operatória na alta hospitalar como dirigir, pegar ou carregar peso, fumar ou ingerir bebidas alcóolicas, manter relações sexuais e posicionamentos prejudiciais. Foram explicitados sobre as condutas de acordo com a evolução clínica pós-operatória, locais de estadia no hospital e provável tempo de internação. Foram detalhadas as orientações sobre a utilização e a importân-

cia da realização de forma correta da VNI durante o PO. No hospital, há um protocolo estabelecido de reabilitação cardíaca na UTI que inclui exercícios, aplicação de VNI e saída do leito após a retirada dos drenos (REGENGA, 2000).

Os grupos avaliados não apresentaram diferenças quanto às características clínicas no pré-operatório, incluindo a presença de IAM recente e cirurgias pré-operatórias, bem como de comorbidades. O tempo decorrido do último episódio de IAM do GI foi de 13 meses (IQ: 5-21). Pacientes que receberam orientações pré-operatórias apresentaram menor tempo de VM ($p= 0,030$) no PO e internação hospitalar ($p= 0,027$), sem diferenças no tempo de internação de UTI em comparação ao GC (Tabela 1).

Tabela 1. Características clínicas do pré-operatório, intra-operatório e de internação hospitalar de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca.

Variáveis	Grupo Intervenção (n= 13)	Grupo Controle (n= 9)	p
IAM recente (meses)	5	1	0,333
Comorbidades			
Diabetes mellitus	3	0	0,240
Hipertensão arterial sistêmica	9	9	0,114
Dislipidemia	3	2	1,000
Cirurgias prévias	4	2	1,000
Motivos da internação			
Pré-operatório de Cirurgia Cardíaca	12	5	0,116
Intercorrência	1	4	0,116

Dias pré-operatórios	1 (1-1)	1 (1-1)	0,738
Cirurgia			
CRM	8	4	0,666
Outras	5	5	
Tempo de CEC (minutos)	46,0 (30,5-62,5)	59,0 (54,0-62,5)	0,292
Tempo de Clampeamento (minutos)	37,0 (31,5-47,0)	49,0 (43,0-50,5)	0,082
Drenos			
Mediastino	8	9	0,054
Mediastino e tórax	5	0	
Tempo de VM pós operatório (horas)	9,0 (9,5-10,0)	13,0 (9,6-21,0)	0,030
Tempo de internação na UTI	2,7 (2,0-3,0)	3 (2,5-3,0)	0,620
Tempo de internação hospitalar	6,0 (5,0-6,7)	10 (6,5-15,5)	0,027

IAM= infarto agudo do miocárdio; CRM = cirurgia de revascularização do miocárdio; CEC = circulação extracorpórea; VM = ventilação mecânica; UTI = unidade de tratamento intensivo. Foram utilizados os testes Qui-quadrado para dados categóricos e Mann-Whitney para numéricos; valores significativos com $p < 0,05$.

As complicações mais prevalentes no PO foram: fibrilação atrial (GI n= 2 e GC n= 2) sendo revertida com amiodarona, seguido de derrame pleural (GI n= 1 e GC n= 1), pneumonia (GI n= 1) e infecção na ferida operatória (GC n= 1). Não houve diferença entre os grupos quanto ao tempo de VNI ($p > 0,05$) (Tabela 2).

Tabela 2. Dados da aplicação da VNI no GI e GC em 3 momentos.

Variáveis	1º aplicação		p	2º aplicação		p	3º aplicação		p
	GI (n=12)	GC (n=9)		GI (n=12)	GC (n=9)		GI (n=11)	GC (n=6)	
Interface*									
Facial	11	-		12	-		10	-	
Nasal	1	-		0	-		1	-	
Tempo (minutos)	25,0 (20,0-30,0)	30,0 (30,0-30,0)	0,135	30,0 (22,5-30,0)	30,0 (30,0-30,0)	0,592	30,0 (15,0-30,0)	30,0 (26,2-30,0)	0,884
CPAP [n]	6	8		6	8		5	6	
Pressão inicial	6,5 (5,0-7,0)	7,0 (6,0-7,0)	0,282	6,5 (5,8-8,0)	7,0 (6,0-8,0)	0,573	7,0 (5,5-9,0)	7,0 (6,0-8,5)	0,792
Pressão tratamento	10,0 (9,7-10,2)	10,0 (9,0-10,0)	0,345	10,0 (9,8-10,2)	10,0 (9,0-10,0)	0,345	10,0 (9,5-10,5)	10,0 (9,0-10,0)	0,537
BIPAP [n]	6	1		6	1		6	0	
IPAP	11,0 (7,2- 12,0)	12,0	-	11,0 (7,2-12,0)	15,0	-	11,0 (6,5-12,0)	-	-
EPAP	7,0 (6,8-8,0)	6,0	-	7,0 (6,8-8,0)	7,0	-	7,0 (6,5-8,0)	-	-

Interface*: não foram encontrados dados completos quanto a interface no GC. CPAP: pressão contínua nas vias aéreas; BIPAP: dois níveis de pressão - a inspiração (IPAP) e na expiração (EPAP). Utilizado teste de Mann-Whitney.

Quando questionado ao fisioterapeuta assistente sobre a adaptação do paciente à VNI, este referiu que 3 pacientes não toleraram, devido a: algia em região de inserção de dreno torácico ou na esternotomia e/ou dispneia. Quando os pacientes foram questionados sobre as orientações de fisioterapia pré-operatória, 11 indicaram que as mesmas contribuíram no entendimento sobre o atendimento fisioterapêutico. Além de todos terem compreendido a importância do uso da máscara de VNI, quando perguntados sobre a segurança no uso da máscara, 10 responderam afirmativamente, sendo obtido o mesmo resultado para a redução da ansiedade.

Esse estudo constatou que pacientes que receberam orientações pré-operatórias apresentaram menor tempo de VM no PO e de internação hospitalar. Os pacientes que receberam as orientações referiram que estas contribuíram para o entendimento quanto à fisioterapia no PO, compreenderam a importância da VNI, relataram se sentir seguros por saber previamente como seriam os procedimentos no PO, além de referir redução da ansiedade.

Até o momento, os estudos se concentram em variáveis respiratórias e complicações pulmonares no PO (MIRANDA; PADULLA; BORTOLATTO, 2011). Um fator comum na experiência pré-operatória é a ansiedade, provocando sensação de medo e estresse, causando retenção de informações fundamentais e alterações fisiológicas, como aumento do débito cardíaco, ocasionando assim maior permanência hospitalar (LUCENA et al., 2020). Frente a escassez de estudos no período pré-operatório de CC quanto às orientações e suas implicações no PO, é pertinente realizar orientações nesse momento operatório, bem como em outras cirurgias como abdominal e pulmonar.

Teixeira Sobrinho et al. (2014) e Leguisamo et al. (2005) avaliaram a eficácia de programas de fisioterapia no momento pré-operatório, confirmando a importância desta rotina que leva à redução do tempo de internação hospitalar.

A redução da permanência hospitalar se relaciona com melhor prognóstico e o insere na reabilitação precoce, consequentemente diminuindo os gastos hospitalares (SILVEIRA et al., 2016).

Rotineiramente, no hospital do presente estudo, pacientes que são submetidos aos procedimentos cardíacos, permanecem pouco tempo em VM e na UTI. A abordagem fisioterapêutica pré-operatória diminui a incidência de complicações pulmonares no PO e, sendo assim, estas implicações se associam a um tempo menor de internação hospitalar em indivíduos submetidos à CC (SNOWDON; HAINES; SKINNER, 2014). No estudo de Arthur et al. (2000), o grupo de tratamento recebeu treinamento físico duas vezes por semana, educação e telefonemas mensais no período que antecedeu a cirurgia. Estes pacientes passaram 1 dia a menos no hospital e menor tempo na UTI, quando comparados ao GC. Nossos achados sugerem que as orientações feitas foram suficientes para alterar o tempo de permanência hospitalar. Os parâmetros de VNI foram similares entre os grupos, sendo utilizado 10 cmH₂O no modo CPAP, similar às pesquisas de Araújo-Filho et al. (2017) e Nasralla et al. (2018).

As limitações encontradas neste estudo estão implicadas no uso de fontes documentais, incluindo o viés de seleção e de aferição, considerando a ausência de protocolo de informações clínicas relevantes nos prontuários estudados. Outro aspecto a se destacar é que não foi possível cegar os pesquisadores. No entanto, o diferencial deste estudo foi o questionamento ao fisioterapeuta assistente sobre a adaptação a VNI no GI, que indica como principal causa da intolerância a algia na esternotomia e na região da inserção de dreno torácico. A esternotomia longitudinal mediana gera, na musculatura torácica, grande tensão e estresse, de modo a proporcionar elevada dor no PO, o que dificulta a respiração profunda podendo gerar atelectasias e infecções respiratórias (COGAN, 2010). Desta forma, fica evidente a importância da adequada analgesia no PO, o que é notado com o uso da morfina e outros agentes na UTI avaliada.

Conclusão

O protocolo de fisioterapia pré-operatória refletiu favoravelmente nos parâmetros clínicos de tempo em VM no pós-operatório e de internação hospitalar, sem diferenças nos parâmetros de VNI entre os grupos estudados. Assim, se destaca a importância das orientações nesse perfil de pacientes a fim de promover segurança e melhor compreensão das etapas do pós-operatório de CC.

Agradecimento

Agradecemos a Kelly Wollenhaupt por construir juntamente o protocolo de orientações de fisioterapia no pré-operatório de cirurgias cardíacas e na aplicação deste no estudo.

Referências Bibliográficas

ARAÚJO-FILHO, A, A. et al. **Effect of prophylactic non-invasive mechanical ventilation on functional capacity after heart valve replacement: a clinical trial.** Clinical Science, v. 72, n. 10, p. 618-623, 2017.

ARTHUR, H, M. et al. **Effect of a preoperative intervention on preoperative and postoperative outcomes in low-risk patients awaiting elective coronary artery bypass graft surgery: a randomized, controlled trial.** Ann Intern Med, v. 133, n. 4, p. 253-262, 2000.

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. **Diretrizes brasileiras de ventilação mecânica 2013.** São Paulo, p. 140, 2013.

BECCARIA, L. M. et al. **Complicações pós-operatórias em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca em hospital de ensino.** Arquivos de Ciências da Saúde, v. 22, n. 3, p. 37-41, 2015.

BRAILE, D. M.; GODOY, M.F. **História da cirurgia cardíaca no mundo.** Revista Brasileira Cirurgia Cardiovascular, v. 27, n. 1, p. 125-134, 2012.

BÜNDCHEN, D, C. et al. **Noninvasive ventilation and exercise tolerance in heart failure: A systematic review and meta-analysis.** Braz J Phys Ther, v. 18, n. 5, p. 385-394, 2014.

CHEIKHROUHOU, H. et al. **L'effet de l'extubation precoce apres chirurgie cardiaque pour la rehabilitation post opératoire.** Pan African Medical Journal, v. 28, p. 81-88, 2017.

COGAN, J. **Pain management after cardiac surgery.** Semin Cardiothorac Vasc Anesth, v. 14, n 3, p. 201-204, 2010.

CORRÊA, B.; CARDOSO, D. M. **Functional capacity and mental state of patients undergoing cardiac surgery.** Fisioterapia em Movimento, v. 30, n. 4, p. 805-811, 2017.

CUNHA, K. S. et al. **Revascularização miocárdica: fatores interventores na referência e contrarreferência na atenção primária à saúde.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 50, n. 6, p. 965-972, 2016.

GILLILAND, S.; BRAINARD, J. **Postoperative noninvasive ventilation following cardiothoracic surgery: a clinical primer and review of the literature.** Seminars in Cardiothoracic and Vascular Anesthesia, v. 19, n. 4, p. 302–308, 2015.

IWATSU, K. et al. **Neuromuscular electrical stimulation may attenuate muscle proteolysis after. Cardiovascular surgery: A preliminary study.** The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery, v. 153, n. 2, p. 373-379, 2016

LAAR, C.; TLMMAN, S. T.; NOYEZ, L. **Decreased physical activity is a predictor for a complicated recovery post cardiac surgery.** Health and Quality of Life Outcomes, v. 15, n. 5, 2017.

LEGUISAMO, C, P.; KALIL, R, A, K.; FURLANI, A, P. **A efetividade de uma proposta fisioterapêutica pré-operatória para cirurgia de revascularização do miocárdio.** Rev Bras Cir Cardiovasc, v. 20, n. 2, p.134-141, 2005.

LIMA, V, P.; MENDONÇA, V, A.; SANTOS, C, F, F. **Fisioterapia e orientações.** In: Sarmento, George Jerre Vieira; Moura, Renata Henn; Canto, Renata Couto. Fisioterapia em cirurgia cardíaca: fase hospitalar. Barueri: MANOLE, 2013. p. 198-205.

LIN, T. C. et al. **Coronary artery bypass surgery versus percutaneous coronary intervention for left main coronary artery disease with chronic kidney disease.** International Heart Journal, v. 59, n. 2, p. 279-285, 2018.

LUCENA, J. S. et al. **Ansiedade na cirurgia vascular e ações de educação em saúde no pré operatório.** Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção da Saúde, v. 5, n. 1, p. 47-51, 2020.

MIRANDA, R, C.; PADULLA, S, A, T.; BORTOLATTO C, R. **Fisioterapia respiratória e sua aplicabilidade no período pré-operatório de cirurgia cardíaca.** Rev Bras Cir Cardiovasc, v. 26, n. 4, p. 647-652, 2011.

NASRALA, M, L, S. et al. **Extended-time of noninvasive positive pressure ventilation improves tissue perfusion after coronary artery bypass surgery: a randomized clinical trial.** Braz J Cardiovasc Surg, v. 33, n. 3, p. 250-257, 2018.

PIECZKOSKI, S, M.; MARGARITES, A, G.; SBRUZZI, G. **Noninvasive ventilation during immediate postoperative period in cardiac surgery patients: systematic review and meta-analysis.** Braz J Cardiovasc Surg, v. 32, n. 4, p. 01-11, 2017.

POFFO, R. et al. **Robotic cardiac surgery in Brazil.** Annals of Cardiothoracic Surgery, v. 6, n. 1, p. 17-26, 2017.

REGENGA, M, M. **Fisioterapia em cardiologia: da unidade de terapia intensiva à reabilitação.** 2. ed. São Paulo: Roca, 2000. 666 p.

RIBEIRO, A. L. P. et al. **Cardiovascular health in Brazil: trends and perspectives.** Circulation, v. 133, n. 4, p. 422-433, 2016.

SANTOS, M. et al. **Brazilian valuation of eq-5d-3l health states: results from a saturation study.** Medical decision making, v. 36, n. 2, p. 253-63, 2016.

SILVEIRA, C, R. et al. **Desfechos clínicos de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca em um hospital do noroeste do Rio Grande do Sul.** Rev Enferm UFSM, v. 6, n. 1, p. 102-111, 2016.

SNOWDON, D.; HAINES, T, P.; SKINNER, E, H. **Preoperative intervention reduces postoperative pulmonary complications but not length of stay in cardiac surgical patients: a systematic review.** Journal of Physiotherapy, v. 60, n. 2, p. 66-77, 2014.

STOICEA, N. et al. **Perspectives of post-acute transition of care for cardiac surgery patients.** Frontiers in Cardiovascular Medicine, v. 4, p. 70-77, 2017.

TEIXEIRA-SOBRINHO, M.; GUIRADO, G, N, S.; MORAES, M, A. **Preoperative therapy restores ventilatory parameters and reduces length of stay in patients undergoing myocardial revascularization.** Rev Bras Cir Cardio-vasc, v. 29, n. 2, p 221-238, 2014.

TORRES, D. C. et al. **Effectiveness of an early mobilization program on functional capacity after coronary artery bypass surgery: A randomized controlled trial protocol.** SAGE Open Medicine, v. 4, p. 1-8, 2016.

TOUW, H. R. et al. **Lung ultrasound compared with chest X-ray in diagnosing postoperative pulmonary complications following cardiothoracic surgery: a prospective observational study.** Anaesthesia, v. 12, 2018.

CAPÍTULO VIII

BARREIRAS IDENTIFICADAS PELA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NA REALIZAÇÃO DA MOBILIZAÇÃO PRECOCE EM PACIENTES CRÍTICOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL DE ENSINO

Camila Monique Lagemann

Lisiane Lisboa Carvalho

Alexander Romão Vieira Morinelli

Fabiana Rafaela Santos de Mello

Dulciane Nunes Paiva

Alessandra Emmanouilidis

Doi: 10.48209/978-65-5417-109-8

Introdução

Os pacientes críticos e em ventilação mecânica (VM) admitidos em unidades de terapia intensiva (UTI) eram, no passado, frequentemente manejados com sedação profunda e restrição absoluta ao leito, principalmente durante os

primeiros estágios da admissão. Pensava-se que a mobilização destes seria inviável devido à falta de segurança e possíveis efeitos fisiológicos adversos. Posteriormente, foi evidenciado que o aumento do tempo de internação, de permanência na VM e, o possível descondicionamento dos pacientes estaria relacionado à restrição ao leito e ao excesso de sedação (POSMA et al., 1999).

A imobilidade é um fator gerador de complicações que influencia na recuperação dos doentes críticos e, dentre seus principais efeitos deletérios estão a atrofia e a fraqueza muscular esquelética, devendo ser adicionado a tais fatores, o tempo de internação, idade, gravidade da doença e o tipo de admissão (aguda/eletiva). Os efeitos de uma internação na qual não há intervenção precoce de mobilidade podem se estender até cinco anos após a alta hospitalar (AQUIM et al., 2020).

A falta de mobilidade ocasiona maior morbidade e mortalidade, resultando em maior tempo de suporte terapêutico na UTI, sobrecarregando as famílias e o sistema de saúde (AQUIM et al., 2020). Atualmente, há evidências de que os danos causados pelo imobilismo podem ser diminuídos a longo prazo com a realização de movimentação dos pacientes nas primeiras 48 horas de internação na UTI e nos dias subsequentes, o que se denominou de Mobilização Precoce (MP) (MARON, PROUD e KREV, 1996).

A equipe multidisciplinar deve ser responsável por identificar as indicações e as contra indicações para realização da MP, mas cabe ao fisioterapeuta definir o melhor modelo de intervenção, sua intensidade, periodicidade, continuidade ou interrupção. Diminuir o tempo de internação desses pacientes e devolvê-los à funcionalidade são os maiores objetivos da equipe multidisciplinar (AQUIM et al., 2020).

Algumas UTI já propõem uma criteriosa MP de pacientes gravemente enfermos, considerando níveis progressivos de mobilização, iniciando com a mo-

bilização passiva no leito e progredindo até os exercícios na posição sentada, em ortostase e durante a deambulação. Está bem documentado que todos esses níveis podem ser oferecidos ao paciente, independentemente da necessidade de suporte ventilatório mecânico (GEERTS et al., 2004).

Entretanto, sabe-se que algumas barreiras podem ser identificadas pela equipe para a realização da MP nos pacientes críticos e, alguns registros demonstram que a falta de treinamento da equipe, o medo de sofrer lesões e a sedação excessiva dos pacientes são as principais barreiras evidenciadas. Apesar da mobilização do paciente ser realizada por fisioterapeutas, toda a equipe é igualmente responsável pela facilitação da realização da mesma em pacientes críticos (MALTA et al., 2008).

Tem-se investigado se as atitudes por parte da equipe ou a falta de educação permanente em saúde (EPS) sobre a MP consistem em barreiras ao seu emprego nas UTI, visto que resultados destas iniciativas identificaram falta de segurança da equipe em mobilizar pacientes intubados, falta de conhecimento sobre os benefícios e a viabilidade da MP (MARON, PROUD e KREV, 1996). Dessa forma, o presente capítulo objetiva discorrer sobre as barreiras percebidas pela equipe multidisciplinar atuante nas UTI de um hospital de ensino, quanto a realização da MP.

Tipos de Mobilização Precoce

A MP em pacientes ventilados mecanicamente tem sido assunto de crescente interesse, com forte base histórica e com publicações datadas desde o século dezenove. Nas primeiras publicações sobre o tema, foram discutidas a importância da redução de permanência no leito a horas, em vez de dias ou semanas, objetivando reduzir o risco de fraqueza muscular. Achados semelhantes foram publicados nos anos subsequentes para pacientes em recuperação de

outros tipos de cirurgia e para mulheres no pós-parto (CUNNINGHAM, 1907).

Durante a II Guerra Mundial, esses mesmos conceitos foram empregados para ajudar os soldados feridos a retornar ao campo de batalha de modo mais célere (BERGEL, 1990). Segundo Powers (1944), que desenvolveu um ensaio clínico controlado para avaliar a eficácia da MP após uma cirurgia de grande porte demonstrou que os indivíduos submetidos à MP se sentaram em uma cadeira e caminharam no primeiro dia de pós-operatório (PO), além de terem apresentado menor número de complicações pulmonares, cardíacas, vasculares, geniturinárias e gastrintestinais, enquanto que o outro grupo, se manteve confinado ao repouso no leito por 10 a 15 dias.

Quando da criação das UTI, os pacientes que necessitavam de VM se mantinham despertos tanto em decúbito dorsal quanto sentados em poltronas e, com o passar do tempo, foi adotado um modelo de manutenção dos pacientes paralisados, sedados e sem movimentos (PETTY, 1998). A partir daí, iniciaram os relatos sobre os benefícios da MP em pacientes sob VM (ROSS, 1972). Em um estudo realizado na Alemanha, pesquisadores observaram que apenas 24% dos 185 pacientes em VM internados em uma UTI local foram mobilizados para fora do leito durante um único dia de estudo (FREITAS; GARCIA, 2012). Atualmente, há diferentes tipos de intervenções fisioterapêuticas, sendo as mais comumente utilizadas apresentadas abaixo, sendo tais definições baseadas em Miranda Rocha et al., 2017.

- **Mobilização passiva:** Consiste na movimentação do corpo do paciente pelo fisioterapeuta, sem que haja contração muscular, abrangendo alongamentos passivos, manobras de mobilidade articular e trocas de posicionamento.

- **Eletroestimulação neuromuscular (EEF):** Comumente utilizada nas modalidades de Eletroestimulação Transcutânea (Transcutaneous Electrical

Nerve Stimulation - TENS) e Eletroestimulação Funcional (Functional Electrical Stimulation - FES), em que sinais elétricos são enviados por meio de eletrodos posicionados nos ventres musculares, induzindo a contração muscular.

- **Cinesioterapia ativa e resistida:** Consiste no exercício físico para incremento à funcionalidade, preservação da composição corporal, com foco na massa muscular, podendo ser ativa antigravitacional ou resistida, por meio de carga elástica, fixa (halteres e pesos) ou resistida manualmente (Figura 1).

- **Deambulação:** Após evolução gradual posicional, sedestação no leito com cabeceira elevada e a beira leito (com controle de tronco), na poltrona e posterior ortostase, progride-se com a deambulação.

Figura 1 - Modelo de mobilização precoce na UTI do Johns Hopkins Hospital.



Fonte: Hashem; Nelliot; Needham (2016).

Cicloergometria de Leito

A cicloergometria utiliza um dispositivo de cabeceira no qual um paciente em decúbito dorsal pode realizar movimentos passivos, ativos-assistidos ou ativos na cama. O dispositivo é viável e seguro dentro do ambiente hospita-

lar, ocupa pouco espaço e não possui uma carga de peso elevada, podendo ser transportado dentro da UTI para todos os leitos (HASHEM; NELLIOT; NEEDHAM, 2016).

Segundo Veldema et al. (2019), há evidências de que na UTI, a fraqueza muscular afeta principalmente os músculos dos membros inferiores. Os movimentos gerados pelo cicloergômetro geram extensão e flexão alternados de joelho e quadril, bilateralmente. Por conseguinte, os efeitos deletérios do imobilismo, perda de massa muscular e até atrofia se atenuam diante das sessões diárias de treinamento com o cicloergômetro.

O ciclismo passivo pode limitar o catabolismo das proteínas musculares em pacientes inconscientes (HASHEM; NELLIOT; NEEDHAM, 2016) e não parece causar efeitos adversos hemodinâmicos ou pulmonares quando aplicado de modo precoce (em 72 h após a instituição da VM) (CAMARGO et al., 2013). Burtin et al. (2009) evidenciaram, em um estudo controlado e randomizado com pacientes críticos em insuficiência respiratória submetido à cicloergometria, aumento significativo da força do músculo quadríceps, da distância caminhada no Teste de Caminhada de Seis Minutos e na qualidade de vida.

Eletroestimulação Funcional

Pacientes críticos em PO podem ser acometidos por perda de força e de massa muscular, o que pode ocasionar diminuição da espessura da muscular global (HASHEM; NELLIOT; NEEDHAM, 2016). Segundo Schardong et al. (2017), o paciente submetido à cirurgia cardíaca (CC) necessita de reabilitação que otimize a atividade física e a recuperação psicossocial, mudando seu estilo de vida, para evitar que ocorram eventos adversos. Alguns pacientes não toleram nem mesmo níveis reduzidos de exercício e, neste sentido, a estimulação elétrica funcional (EEF) é uma opção que não ocasiona risco hemodinâmico

quando comparada ao exercício convencional. Dall'Aqua et al. (2017) reforçam que EEF não requer cooperação ativa do paciente e apresenta efeito sistêmico agudo benéfico sobre a microcirculação do músculo esquelético, preservando a síntese de proteínas musculares e se tornando eficaz em combater a atrofia muscular em pacientes que passam por período de inatividade física.

Ainda, tal recurso pode ser realizado associado à cicloergometria para alcançar a ciclagem assistida. Os resultados de um estudo piloto indicam que a ciclagem assistida por EEF é segura e viável, com potencial benefício para melhorar a recuperação funcional e reduzir a incidência de delirium (MADDOCKS et al., 2013).

Efeitos do Repouso no Leito

O repouso no leito pode ocasionar rápido descondicionalamento e atrofia (BROWER, 2009). Estudos com adultos jovens e saudáveis evidenciaram que após duas semanas de imobilização, há uma perda de 5-9% de massa muscular do quadríceps e diminuição de 20 a 27% na força muscular do quadríceps (SUETTA et al., 2009; JONES et al., 2004). Tais efeitos são mais céleres nos idosos, com redução de 3 a 6 vezes maior taxa de perda muscular (ENGLISH; PADDON-JONES et al., 2010; KORTEBEIN et al., 2007).

Um estudo que avaliou pacientes com falência múltipla de órgãos, evidenciou que a perda muscular foi maior em relação àqueles com falência de apenas um órgão após 7 dias de internação na UTI (PUTHUCHEARY et al., 2013). Biópsia muscular de pacientes sob VM demonstraram sinais de inflamação, necrose e substituição de fibras musculares por tecido adiposo e conjuntivo (PUTHUCHEARY et al., 2013). O repouso no leito na UTI pode ser um importante fator de risco para fraqueza muscular e perda de capacidade funcional e de qualidade de vida a longo prazo (FAN, 2014).

Em estudo observacional realizado por Lagemann, Emmanouilidis e Carvalho (2014) avaliou 23 profissionais de diferentes áreas atuantes da UTI, abrangendo 5 médicos (1 intensivista, 1 Residente de medicina interna e 3 plantonistas); 5 enfermeiros; 3 fisioterapeutas e 10 técnicos de enfermagem quanto a sua percepção sobre as barreiras existentes à realização de MP nos pacientes críticos de um hospital de ensino do interior do Sul do Brasil. Evidenciou-se neste estudo que a falta de treinamento direcionado à prática de MP e a insegurança dos profissionais da equipe multidisciplinar despontam como principais barreiras para a realização diária de MP. Três deles encontraram como barreira principal a falta de treinamento da equipe em realizar a MP. Dois citaram a sedação excessiva e outros dois não perceberam barreira na realização da MP nesta unidade.

Analisando as respostas de todos os profissionais da equipe multidisciplinar, agrupadas neste estudo, sem distinção de área, totalizaram-se 8 que identificaram a falta de treinamento da equipe como barreira principal na realização da MP nesta UTI. Cinco profissionais não percebem barreira para a realização da mesma; quatro apontaram como barreira o sentimento de falta de segurança por parte da equipe; dois a sedação excessiva e um a necessidade de ventilação mecânica

Os técnicos de enfermagem encontraram como barreira principal a falta de treinamento da equipe em realizar a MP e a sedação excessiva, citando ainda as observações citadas pelos profissionais abaixo:

PROFISSIONAL 1: “Depende do caso clínico do paciente.”

PROFISSIONAL 2: “Paciente apresentando taquicardia e dependendo da gravidade do caso.”

PROFISSIONAL 3: “Depende da gravidade do caso do paciente. Entendo que quanto antes poder mobilizar o paciente menor será o risco de desenvolver patologias que podem ter como causa a imobilização. Diminui também o risco de trombos, úlceras de pressão e mobiliza a secreção. Para mim, a única barreira será a gravidade do caso.”

Os enfermeiros citaram a falta de treinamento da equipe como principal barreira para realizar a MP. Dentre os médicos, o sentimento de falta de segurança pela equipe e a falta de treinamento da mesma foram os mais citados. Os fisioterapeutas não percebem barreira em realizar a MP na UTI avaliada.

DISCUSSÃO

Os resultados sugerem que, a equipe multidisciplinar da UTI avaliada julga a falta de treinamento da equipe como principal barreira para a realização da MP, seguido pelo sentimento de falta de segurança da equipe em mobilizar precocemente qualquer paciente grave e pela ausência do despertar diário, ou seja, pacientes sedados excessivamente. Tal evidência corrobora os dados de Aquim et al., 2020 que citam a instabilidade hemodinâmica, sedação excessiva e possível desprendimento de cateteres ou outros dispositivos como fatores que possam impossibilitar o paciente de ser precocemente mobilizado pela equipe.

Estudo de coorte realizado em UTI da Austrália e Escócia, constatou que, apesar da MP ocorrer na maioria dos pacientes internados, a incidência em pacientes intubados e em VM foi baixa. A sedação em excesso e a instabilidade fisiológica foram registradas como as barreiras mais prevalentes (SECRETARIA DE ESTADO DE PLANEJAMENTO E COORDENAÇÃO GERAL - MT, 2008).

Em estudo de Maron, Proud e Krev (1996), os médicos julgaram haver mais riscos do que benefícios na realização da MP e, os enfermeiros e os fisioterapeutas citaram o excesso de carga de trabalho e o medo de sofrer lesões como principal empecilho para a MP. A falta de profissionais e o aumento no tempo de trabalho diário para realizar a MP também foram barreiras detectadas e para tais autores, o treinamento da equipe e a elaboração de um protocolo são meios facilitadores (MARON, PROUD e KREV, 1996). A escala de mais alto nível de mobilidade de Johns Hopkins (JH-HLM) é um tipo de classificação de

mobilidade que indica qual o mais alto nível de mobilidade diária do paciente, desde decúbito no leito à deambulação por mais de 75 metros. O instrumento é validado internacionalmente, de fácil aplicação, praticamente sem custos adicionais e serve para orientar a equipe multidisciplinar diariamente sobre a condição do paciente, tornando a MP segura e facilitando a comunicação entre os profissionais (HISER et al., 2021).

Outra recomendação sugere que os profissionais não esperem que o paciente esteja com cânula de traqueostomia ou em ar ambiente para que a mobilização ocorra, sugerindo que a mesma ocorra o mais breve possível, visando evitar efeitos deletérios na sobrevida pós-alta. Por último, indicam a presença de um enfermeiro ao lado do paciente durante a MP para se responsabilizar pelos cateteres e acessos venosos que o paciente possa vir a ter, indicando a importância da presença de todos os profissionais da equipe durante o processo de MP (ROSS et al., 1972; HASHEM et al., 2016)

A educação insuficiente sobre a MP e seus benefícios se constituem em um impedimento para que a equipe não se sinta preparada em mobilizar os pacientes graves. A má comunicação entre a equipe e a falta de uma liderança durante a mobilização de pacientes graves pode exigir novas estratégias da própria equipe. A mudança nas práticas da sedação e o aumento do número de profissionais capacitados podem ser necessários para melhorar os resultados da mobilidade dos pacientes graves (HASHEM et al., 2016)

Conclusão

A equipe multidisciplinar da UTI de um hospital de ensino percebeu a falta de treinamento da equipe como principal barreira na realização da mobilização precoce (MP). Porém, houve profissionais que não perceberam barreiras para mobilizar precocemente os pacientes críticos. Portanto, faz-se necessária a identificação de estratégias facilitadoras que respeitem a individualidade dos

profissionais e da unidade, tornando a MP um recurso seguro e assertivo nas primeiras horas de admissão de pacientes graves.

Torna-se válida a realização de novas pesquisas e capacitações da equipe multidisciplinar, abordando as responsabilidades individuais no trabalho em equipe e a multidisciplinaridade no manejo do paciente sujeito à MP e a elaboração de um protocolo de MP que inclua suas contra indicações.

Referências Bibliográficas

AQUIM, E. E. et al. **Diretrizes brasileiras de mobilização precoce em unidade de terapia intensiva.** Revista Brasileira de Terapia Intensiva, v. 31, n. 4, p. 434–443, 20 jan. 2020.

BERGEL, R.R. **Disabling effects of inactivity and importance of physical conditioning: a historical perspective.** Rheum Dis Clin North Am v.16 n.4, p.791-801,1990

BROWER, R.G. **Consequences of bed rest.** Crit Care Med v.37, n.10 p.S-422-S428, 2009.

BURTIN, C. et al. **Early exercise in critically ill patients enhances short-term functional recovery.** Critical care medicine, v. 37, n. 9, p. 2499–2505, 2009.

CAMARGO PIRES-NETO, R. et al. **Very early passive cycling exercise in mechanically ventilated critically ill patients: physiological and safety aspects - a case series.** PLoS ONE, v. 8, n. 9, p. e74182, 9 set. 2013.

CUNNINGHAM, J.H. **Treatment of prostatic hypertrophy.** Boston Med Surg J v.156, n.20, p.636-642, 1907.

DALL'AQUA, A. M. et al. **Use of neuromuscular electrical stimulation to preserve the thickness of abdominal and chest muscles of critically ill patients: a randomized clinical trial.** Journal of Rehabilitation Medicine, Uppsala, v. 49, n. 1, p. 40-48, 2017.

ENGLISH, K. L.; PADDON-JONES, D. **Protecting muscle mass and function in older adults during bed rest.** *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care*, v. 13, n. 1, p. 34–39, 2010.

FAN, E. et al. **Physical complications in acute lung injury survivors: a two-year longitudinal prospective study.** *Critical Care Medicine*, v. 42, n. 4, p. 849–859, 2014.

ROSS, G. **A method for augmenting ventilation during ambulation.** *Physical Therapy*, v. 52, n. 5, p. 519–520, 1972.

FREITAS, L. R. S. DE; GARCIA, L. P. **Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008.** *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 21, n. 1, p. 07–19, 2012.

GEERTS, W. H. et al. **Prevention of venous thromboembolism: the Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy.** *Chest*, v. 126, n. 3 Suppl, p. 338S-400S, 2004.

HISER, S. et al. **Inter-rater reliability of the Johns Hopkins Highest Level of Mobility Scale (JH-HLM) in the intensive care unit.** *Brazilian Journal of Physical Therapy*, v. 25, n. 3, p. 352–355, 2021.

JONES, S. W. et al. **Disuse atrophy and exercise rehabilitation in humans profoundly affects the expression of genes associated with the regulation of skeletal muscle mass.** *FASEB journal: official publication of the Federation of American Societies for Experimental Biology*, v. 18, n. 9, p. 1025–1027, 2004.

KORTEBEIN, P. et al. **Effect of 10 days of bed rest on skeletal muscle in healthy older adults.** *JAMA*, v. 297, n. 16, p. 1772–1774, 2007.

LAGEMANN CM, EMMANOUILIDIS A, CARVALHO LL. **Barreiras identificadas pela equipe multidisciplinar na realização da mobilização precoce em pacientes críticos em unidade de terapia intensiva em um hospital de ensino** [Trabalho de conclusão de curso]. Santa Cruz do Sul, RS - Brasil: Universidade de Santa Cruz do Sul; 2014. Bacharelado em Fisioterapia.

MADDOCKS, M. et al. **Neuromuscular electrical stimulation for muscle weakness in adults with advanced disease.** The Cochrane Database of Systematic Reviews, n. 1, p. CD009419, 2013.

MALTA, D. C. et al. **Inquéritos Nacionais de Saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro.** Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 11, p. 159–167, maio 2008.

MARON KJ, Proud I, Krev B. **Hypertrophic cardiomyopathy.** Ann Intern Med v.124, n.4,p.980-3,1996.

MIRANDA ROCHA, A. R. et al. **Early mobilization: why, what for and how?** Medicina Intensiva, v. 41, n. 7, p. 429–436, 2017.

HASHEM, M. D.; NELLIOT, A.; NEEDHAM, D. M. **Early mobilization and rehabilitation in the ICU: moving back to the future.** Respiratory Care, v. 61, n. 7, p. 971–979, 2016.

PETTY, T. L. **Suspended life or extending death?** Chest, v. 114, n. 2, p. 360–361,1998.

POSMA, D.M; BILL, D; PARKER, R.J, et al. **Cardiac pace makers: current and future status.** Curr Probl Cardiol, v. 24, n.2, p. 341-420,1999.

POWERS, J. H. **The abuse of rest as a therapeutic measure in surgery: early postoperative activity and rehabilitation.** Journal of the American Medical Association, v. 125, n. 16, p. 1079, 1944.

PUTHUCHEARY, Z. A. et al. **Acute skeletal muscle wasting in critical illness.** JAMA, v. 310, n. 15, p. 1591–1600, 2013.

SCHARDONG, J. et al. **Functional electrical stimulation improves muscle strength and endurance in patients after cardiac surgery: a randomized controlled trial.** Brazilian Journal of Physical Therapy, v. 21, n. 4, p. 268–273, 2017.

SECRETARIA DE ESTADO DE PLANEJAMENTO E COORDENAÇÃO GERAL-MTl. **Informativo populacional e econômico de Mato Grosso: 2008**. Cuiabá: Secretaria de Estado de Planejamento e Coordenação Geral; 2008.

SUETTA, C. et al. **Effects of aging on human skeletal muscle after immobilization and retraining**. Journal of Applied Physiology , v. 107, n. 4, p. 1172–1180, 2009.

VELDEMA, J. et al. **Cycle ergometer training vs resistance training in ICU-acquired weakness**. Acta neurologica Scandinavica, v. 140, n. 1, p. 62–71, 2019.

CAPÍTULO IX

EFEITOS DA GINÁSTICA LABORAL NO ESTILO DE VIDA DE TRABALHADORES DE UM HOSPITAL DE ENSINO DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL

Carine Muniz dos Santos

Fernanda Oliveira Ulguim

Hildegard Hedwig Pohl

Miriam Beatrís Reckziegel

Doi: 10.48209/978-65-5417-109-9

Introdução

Em um cenário global, os avanços tecnológicos trouxeram mudanças significativas no processo de trabalho, apresentando uma nova relação entre o ser humano e a atividade laboral, exigindo do trabalhador maior capacidade de adaptação aos novos inventos (FONSECA; PESSOA, 2022; SERRA; PIMENTA; QUEMELO, 2014). As exigências quanto à produtividade transformam o ambiente de trabalho em cada vez mais estressante, o que impacta de forma

negativa na motivação dos trabalhadores e no desempenho de suas atividades. Além disso, excessos na jornada de trabalho, fatores ergonômicos, antropométricos, postura corporal inadequada e fatores psicológicos comprometem a saúde, a segurança e a qualidade de vida dos trabalhadores (ESTEVES; BONFIM; OLIVEIRA, 2022; SANTOS; MARTINS, 2016).

Algumas iniciativas têm buscado consolidar avanços nas políticas de atenção integral à saúde do trabalhador, incluindo ações que envolvam assistência, promoção, vigilância e prevenção de agravos relacionados ao trabalho.

As estratégias que estimulem a prática da atividade física nos locais de trabalho são bem aceitas, com o objetivo de promover a qualidade de vida e minimizar os custos relacionados ao afastamento temporário ou permanente de seus trabalhadores (ANDRADE; CRUZ, 2021).

Oportunizar ao trabalhador um programa voltado à promoção da saúde dentro e fora do ambiente de trabalho torna-se um incentivo para manter ou adotar um estilo de vida embasado na realização de atividades físicas e adoção de hábitos saudáveis. Estes hábitos e ações são mantidos ou alterados positivamente, se as pessoas estiverem conscientes dos comportamentos a serem incluídos ou excluídos no seu estilo de vida, e percebendo-se capazes de realizar as mudanças pretendidas (SANTOS; MARTINS, 2016; ESTEVES; BONFIM; OLIVEIRA, 2022). Diante deste cenário, o presente estudo tem como objetivo identificar as possíveis alterações no estilo de vida de trabalhadores a partir da implantação de um programa de ginástica laboral.

Métodos

O estudo semi-experimental foi realizado com trabalhadores de um hospital de ensino da cidade de Santa Cruz do Sul, RS, participantes de um programa de ginástica laboral. O protocolo do estudo foi aprovado pelo Comitê de

Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC (Número 1.557.937).

A amostra foi composta por trabalhadores de diversos setores, de ambos os sexos, da área administrativa e de apoio, que exercem suas atividades no turno da manhã e tarde. Os critérios de inclusão foram: idade mínima de 18 anos, aceitar participar do estudo e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e ter condição de ler, compreender e escrever para responder o questionário. Os critérios de exclusão foram: contratos temporários de trabalho, trabalhadores que apresentem atestado médico ou algum impedimento temporário ou permanente à prática de atividade física e gestantes.

Os trabalhadores foram convidados a participar do estudo e receberam esclarecimentos sobre as atividades propostas. Para coleta de dados, foi utilizado um questionário autoaplicável sobre indicadores socioeconômicos, estilo de vida, indicadores de saúde, hábitos alimentares e controle de peso, e atividade física e esportiva no lazer, com perguntas abertas e fechadas (NAHAS; BARROS, 2003). Em seguida, iniciou-se a intervenção com aulas de Ginástica Laboral, realizadas durante a jornada de trabalho, com frequência de três vezes na semana em dias alternados e duração máxima de quinze minutos cada sessão. As aulas foram compostas por alongamentos e exercícios posturais, resistência muscular, atividades lúdicas e relaxamento, realizados de forma individual, em dupla ou circuito, e acompanhadas de música e/ou material específico para a prática (faixa elástica, balões, colchonetes, bolas de tênis, bolas cravo, etc.) e uso do mobiliário disponível no próprio ambiente de trabalho (cadeira, mesa). Além das atividades físicas, os trabalhadores receberam informações (palestras em pequenos grupos) sobre reeducação alimentar, educação postural, consciência corporal e importância da prática regular de atividade física. A reavaliação

aconteceu após quatro meses de intervenção, momento em que os trabalhadores receberam novamente o questionário autoaplicável (pós- teste).

Para a análise estatística foi utilizado o programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 23.0 (IBM, Armonk, NY, EUA). A caracterização dos sujeitos é apresentada em frequência absoluta (n), percentual (%), média e desvio padrão. Para a comparação entre as variáveis categóricas, foi utilizado o teste de qui-quadrado de McNemar. Para as variáveis quantitativas, foi utilizado o teste de Shapiro-Wilk para testar a normalidade dos dados. O teste de Wilcoxon foi aplicado para os dados que não apresentaram distribuição normal. Foram consideradas significativas as diferenças para $p < 0,05$.

Resultados

No pré-teste foram avaliados 65 trabalhadores, que responderam ao questionário de estilo de vida, entretanto no decorrer da intervenção este número foi reduzido devido a alguns fatores como a troca de turno de trabalho, demissões e desistências, totalizando 41 trabalhadores caracterizados na tabela abaixo (Tabela 1). Apresentam idade média de $33,56 \pm 10,2$ anos, 61,0% são do sexo feminino, trabalham no turno normal (68,3%) e possuem excesso de peso ($IMC = 26,1 \text{ kg/m}^2$).

Tabela 1 – Caracterização da amostra.

Variáveis (n=41)	n (%)
Sexo	
Feminino	25 (61,0)
Masculino	16 (39,0)
Idade (anos)	33,5±10,2*
< 30	16 (39,0)
30 – 39	16 (39,0)
≥ 40	09 (22,0)
Setor	
Administrativo	23 (56,1)
Apoio	18 (43,9)
Turno de trabalho	
Normal	28 (68,3)
Segundo	11 (26,8)
Rotativo	2 (4,9)
IMC	26,1±4,7*

*Expresso em média e desvio padrão; IMC – Índice de Massa Corporal

No que se refere ao tempo dedicado às atividades diárias, observa-se na Tabela 2, nas variáveis “Lazer ativo” e “Trabalhos domésticos” aumento do número de trabalhadores que referiram dedicar algum tempo a estas atividades comparando pré e pós testes, entretanto sem apresentar diferença significativa.

Tabela 2 - Distribuição de minutos do dia que dedica às atividades.

Variáveis	Pré		Pós		p*
	n	Med.(IQ)	n	Med.(IQ)	
Trabalho	38	480 (480–510)	40	480 (480–480)	0,268
Lazer passivo	37	180 (120–225)	39	150 (120–240)	0,603
Lazer ativo	31	90 (30–120)	37	90 (60–120)	0,266
Trabalhos domésticos	36	120 (60–180)	39	120 (60–180)	0,698
Dormir	38	450 (386,25–480)	40	420 (390–480)	0,448

n = Frequência absoluta; Med. (IQ) = mediana e intervalo interquartil; *Teste de Wilcoxon ($p < 0,05$).

Em relação aos hábitos alimentares, o questionário aplicado constava de questões referentes à frequência do consumo de alimentos em uma semana normal, e a cada questão o trabalhador pôde escolher uma das cinco opções de resposta (nunca, 1 vez por semana, de 2 a 3 vezes por semana, mais de 3 vezes na semana e diariamente). Para análise, foram agrupadas em frequência semanal do consumo de alimentos menor/igual a três (≤ 3) e maior de três (> 3).

Quanto ao consumo alimentar semanal, apresentados na Tabela 3, os resultados apontam uma diferença estatisticamente significativa em relação ao consumo de “Embutidos” ($p = 0,03$), sendo que 25 trabalhadores permaneceram e 8 reduziram a frequência deste consumo para menor/igual a três (≤ 3). Observa-se também número expressivo de trabalhadores que aumentaram a frequência do consumo de “Peixe/frango” e, que reduziram ou mantiveram a frequência do consumo de “Refrigerante” em menor/igual a três (≤ 3), no entanto não apresentaram diferença significativa.

Tabela 3 - Comparação e frequência absoluta do consumo alimentar semanal.

		Pós		p*
Pré	Arroz e feijão juntos	≤ 3	> 3	
	≤ 3	8	5	0,45
	> 3	2	26	
	Batatas/massa/pão			
	≤ 3	6	4	0,38
	> 3	8	23	
	Saladas verdes/legumes#			
	≤ 3	10	6	0,28
	> 3	2	22	
	Carne de gado/porco, miúdos e ovos#			
	≤ 3	10	4	1,00
	> 3	3	23	
	Peixe/frango#2			
	≤ 3	25	10	0,09
	> 3	3	1	
	Leite/iogurte/queijo#			
	≤ 3	16	5	1,00
	> 3	4	15	
	Carne gordurosa/frituras#2			
	≤ 3	31	1	1,00
	> 3	2	5	

Pré	Refrigerante#2			
	≤ 3	28	0	0,06
	> 3	6	5	
	Doces/balas/chocolate/ biscoitos recheados			
	≤ 3	28	2	1,00
	> 3	3	8	
	Enlatados/conservas			
	≤ 3	37	1	0,62
	> 3	3	0	
	Embutidos#			
	≤ 3	25	1	0,03**
	> 3	8	6	
	Manteiga/margarina/requeijão/nata			
	≤ 3	15	1	0,21
	> 3	5	20	
	5 porções de fruta/hortaliça ao dia#3			
	≤ 3	22	8	1,00
	> 3	8	0	
	4 a 5 refeições variadas ao dia#			
	≤ 3	11	5	0,58
	> 3	8	16	

*Teste de McNemar; ** Diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$); #1 missing; #22 missing; #33 missing; ≤ 3 = frequência semanal menor e/ou igual a três vezes; > 3 = frequência semanal maior de três vezes.

Em relação a prática de atividade física (Tabela 4), observa-se diferença estatisticamente significativa no número de trabalhadores que passaram a praticar alguma atividade física regular (12 trabalhadores) ($p=0,01$), bem como o aumento do tempo semanal destas atividades, considerando a duração da atividade e a frequência semanal ($p=0,04$).

Tabela 4 - Descrição das práticas de atividades físicas e deslocamento.

	Pós		p	
Prática de atividade física regular	Sim	Não	0,01*	
Sim	14	2		
Não	12	13		
Deslocamento para o trabalho	Ativo	Passivo	1,00	
Ativo	6	0		
Passivo	0	35		
Você em seu lazer inclui algumas horas por semana de atividades físicas leves?				
	Sim	Não	0,09	
Sim	11	5		
Não	13	12		
Pré	Duas vezes ou mais por semana você faz exercícios abdominais, de força ou de resistência durante pelo menos 10 minutos?			
		Sim	Não	0,72
	Sim	6	3	
	Não	5	27	
	Você faz exercícios de alongamento muscular regularmente?			
		Sim	Não/às vezes	1,00
	Sim	4	4	
	Não/às vezes	3	30	

Quando se sente sob tensão, costuma fazer algum tipo de exercício para relaxar?			
	Sim	Não/às vezes	
Sim	4	3	0,34
Não/às vezes	7	27	
Prática de atividade física semanal em minutos [#]			
Pré	0 (0 - 120)**		0,04***
Pós	60 (0 - 120)**		

*Teste de McNemar ($p < 0,05$); **Expresso em mediana e intervalo interquartil; *** Teste de Wilcoxon ($p < 0,05$); [#]1 missing.

Discussão

Este estudo investigou as possíveis alterações no estilo de vida de trabalhadores de um hospital de ensino da cidade de Santa Cruz do Sul – RS, após a intervenção de um programa de ginástica laboral composto de orientações sobre hábitos saudáveis e prática de atividade física. De uma forma geral, os resultados apontam para alterações positivas no estilo de vida destes trabalhadores com destaque para a prática de atividades físicas regulares, e ao tempo desta prática semanal, bem como a redução do consumo de “Embutidos”.

Também se observa que não houve diferenças estatisticamente significativas entre pré e pós-intervenção nos demais itens do consumo alimentar, porém pode-se observar que alguns trabalhadores aumentaram o consumo semanal de peixe/frango e reduziram a frequência do consumo de refrigerante. Destaca-se que a intervenção desenvolvida no estudo constava da associação de exercícios físicos e informações sobre hábitos saudáveis e prática de atividade física, e não exclusivamente de orientação nutricional. Os achados demonstram que, a ginástica laboral é eficiente nas alterações no estilo de vida dos trabalhadores,

em um curto espaço de tempo, visto que a intervenção teve duração de quatro meses.

Em relação à prática regular de atividades físicas, estudo (SILVA *et al.*, 2014) realizado com integrantes do programa de Ginástica Laboral da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), verificou que as informações de saúde apresentadas durante avaliação antropométrica sobre o perfil salutar de trabalhadores indicaram ter sido eficientes, visto que ocorreram mudanças comportamentais na prática de exercícios físicos, corroborando o achado do presente estudo.

Os pesquisadores (SILVA *et al.*, 2014) acrescentam ainda que estes achados sugerem que os trabalhadores conseguiram avançar pelos estágios de pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção, sendo observado em relatos possuírem poucas informações sobre sua saúde (pré-contemplação), passaram a estar mais conscientes de si mesmos (contemplação) e foram capazes de ter autonomia para modificar seus hábitos (ação), e tornaram-se quem almejavam ser (manutenção).

Uma intervenção educativa em forma de discursos, trabalhos em grupo, *brainstorming* e resolução de problemas, discutindo sobre os obstáculos à participação em atividades físicas e algumas soluções, identificou grande impacto em relação ao comportamento para atividade física, observado aumento significativo da atividade de caminhada e a energia consumida do grupo de intervenção em comparação ao grupo controle de trabalhadoras do setor administrativo da Universidade de Teerã (SHAFIEINIA *et al.*, 2016).

Estudo de base populacional (SOUSA *et al.*, 2013) utilizando dados do Inquérito de Saúde no Município de São Paulo mostrou que 16,4% dos entrevistados referiram praticar atividade física suficiente no lazer, e houve associação entre prevalência de atividade física e referir não apresentar dificuldades para as atividades cotidianas, não se sentir cansado todo tempo, não se cansar

com facilidade, e não apresentar problemas de saúde nos últimos dias. Uma revisão de literatura (CARVALHO et al., 2022) sugere que prática de ginástica laboral é benéfica para a saúde do trabalhador, atuando na prevenção de doenças osteomusculares, no alívio de dores corporais e melhora na saúde mental, impactando diretamente na qualidade de vida do trabalhador. Outros estudos (CHALÉAT-VALAYER *et al.*, 2016; BERGOUIGNAN *et al.*, 2016) reforçam o achado na revisão, sugerindo que os programas de promoção da saúde podem introduzir pausas fisicamente ativas durante a rotina de trabalho, uma vez que são capazes de aumentar o bem-estar e a energia, melhorar o controle da dor, fadiga e a qualidade de vida global, sem prejudicar o desempenho dos trabalhadores.

No presente estudo, observou-se aumento no número de trabalhadores que dedicaram algumas horas do seu lazer para praticar atividades físicas leves, bem como aumento significativo em relação ao número de trabalhadores que iniciaram a prática de atividade física após o início do programa de ginástica laboral ($p=0,01$), reafirmando a importância deste modelo de intervenção. Além disso, observou-se diferença significativa no tempo de prática semanal de atividade física regular ($p=0,04$), mesmo que a duração seja inferior ao recomendado pela Organização Mundial da Saúde - para adultos: 150 minutos de atividade de intensidade moderada por semana (OMS, 2014).

Quanto aos hábitos alimentares, o Guia Alimentar para População Brasileira (BRASIL, 2014) descreve algumas recomendações para uma alimentação adequada e saudável, partindo do princípio de que a base ideal para uma alimentação nutricionalmente balanceada deve ser composta por grande variedade de alimentos de origem vegetal, in natura ou minimamente processados. A utilização de óleos, gorduras, sal e açúcar em pequenas quantidades, o consumo limitado de alimentos processados e o consumo de alimentos ultra processados devem ser evitados. Ainda, recomenda-se comer com regularidade e atenção, em ambientes apropriados.

Conclusão

Concluindo, identificou-se alterações positivas no estilo de vida dos trabalhadores, quanto aos hábitos alimentares e à prática de atividade física, quando comparados pré e pós-intervenção, o que sugere ser, a implantação de um programa de ginástica laboral aliada a informações sobre estilo de vida saudável, uma estratégia importante no âmbito de promoção da saúde do trabalhador.

Entretanto neste estudo, não foram realizadas análises do perfil antropométrico e percepção sobre a própria saúde que poderia ampliar o espectro de análises, bem como observar o comportamento destas alterações no estilo de vida a longo prazo. Neste sentido, ressalta-se a necessidade de novas pesquisas envolvendo trabalhadores de uma unidade hospitalar.

Referências Bibliográficas

ANDRADE, G. P.; CRUZ, C. A. M. **Saúde do trabalhador e o trabalho.** *Revista De Estudos Interdisciplinares*, v. 3, n. 2, 2021.

BERGOUIGNAN, A. et al. **Effect of frequent interruptions of prolonged sitting on self-perceived levels of energy, mood, food cravings and cognitive function.** *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, v.13, p. 113, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira** / Ministério da Saúde, secretaria de atenção à saúde, departamento de atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

CARVALHO, A. S. *et al.* **Influence of labor gymnastics on physical and psychic aspects in workers in Brazil.** *Revista CPAQV – Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida*, v. 14, n. 2, p. 2-6, 2022.

CHALÉAT-VALAYER, E. *et al.* **Long-term effectiveness of an educational and physical intervention for preventing low-back pain recurrence: a randomized controlled trial.** *Scand Journal Work Environ Health*, v. 43, n. 6, p. 510–519, 2016.

ESTEVES, A.; BONFIM, R. T.; OLIVEIRA E. **A importância da qualidade de vida no trabalho no mundo contemporâneo das organizações.** *Revista Eletrônica Ciência & Tecnologia Futura*, v. 1, n. 1, 2022.

FONSECA, B. G.; PESSOA, F. S. **O Trabalho por aplicativos digitais no contexto da quarta revolução industrial.** *Revista Direito Em Debate*, v. 31, n. 57, p. e12136, 2022. <https://doi.org/10.21527/2176-6622.2022.57.12136>

NAHAS, M. V.; BARROS, M. V. G. **Medidas da atividade física: teoria e aplicação em diversos grupos populacionais.** Londrina: Midiograf, 2003.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Atividade Física - Folha Informativa nº 385** - Fevereiro de 2014.

SANTOS, P. V.; MARTINS, P. E. S. **Qualidade de vida no trabalho: contribuições dos programas de saúde e segurança no trabalho.** *Revista Ideias e Inovação*, v. 3, n. 1, p. 35-44, 2016.

SERRA, M. V. G. B.; PIMENTA, L. C.; QUEMELO, P. R. V. **Efeitos da ginástica laboral na saúde do trabalhador: uma revisão da literatura.** *Revista Pesquisa em Fisioterapia*, v. 4, n. 3, p. 197-205, 2014.

SHAFIEINIA, M. *et al.* **Effects of a theory based intervention on physical activity among female employees: a quasi-experimental study.** *Asian Journal Sports Medicine*, v. 7, n. 2, p. e31534, 2016.

SILVA, R. S. B. *et al.* **Influência de informações de saúde no estilo de vida de participantes de ginástica laboral.** *Revista Brasileira de Promoção da Saúde*, v. 27, n. 3, p. 406-412, 2014.

SOUSA, C. A. *et al.* **Prevalência de atividade física no lazer e fatores associados: estudo de base populacional em São Paulo, Brasil, 2008-2009.** *Cadernos de Saúde Pública*, v. 29, n. 2, p. 270-282, 2013.

CAPÍTULO X

DESENVOLVIMENTO DE UM PROGRAMA DE PROMOÇÃO À SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA PARA TRABALHADORES EM UM HOSPITAL ESCOLA DO SUL DO BRASIL

Ana Carolina Franceschette

Fernanda Haas

Filipe Adriel Medeiros Aguirre

Ricardo Pauli Lautert

Alexander Romão Vieira Morinélli

Doi: 10.48209/978-65-5417-109-A

Introdução

Programas voltados à Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) têm se tornado crescentes ao longo dos últimos anos. Em uma perspectiva mais ampla, segundo Ferreira (2011, pg. 20) a QVT pode ser entendida como “área científica do conhecimento interessada em investigar as características do contexto de trabalho que podem ser fontes geradoras de bem-estar e mal-estar”.

A partir desse conceito, podemos entender a QVT como um campo do saber mais específico do que somente a Qualidade de Vida (QV). Estando a QVT estritamente relacionada ao homem em seu ambiente laboral, seja ele formal ou informal (BRASIL, 2013).

Um dos primeiros conceitos de QVT surge na Carta de Ottawa, na década de 1980, na qual se enquadra nos conceitos globais de Promoção em Saúde (PS). Considerando que cada vez mais o trabalho abrange atividades externas, torna-se importante o desenvolvimento de ações de PS não somente em ambientes previamente destinados ao tratamento e prevenção de doenças, mas também nos ambientes ligados ao trabalho (BRASIL, 2013).

A Carta de Ottawa trata o trabalho, assim como o lazer, como meio de desenvolvimento e aquisição de saúde. Assim, o trabalho não limita-se a um meio ocupacional em forma de troca de serviços por recursos. Dessa forma, o ambiente laboral deve ser um ambiente que proporcione segurança, satisfação, saúde e bem-estar de uma forma geral para o trabalhador (BRASIL, 2013).

Ferreira (2011) elenca três aspectos principais para o desenvolvimento e maior debate acerca da QVT: o acadêmico, que abrange o desenvolvimento dos estudos científicos e de profissionais de saúde capacitados para intervir nas situações de trabalho; das organizações, que envolve a necessidade de atualização no mundo globalizado e na maior democratização da força de trabalho; e social, que diz respeito ao impacto e importância que o mundo corporativo apresenta na sociedade sobre economia, saúde e educação.

Considerando a maioria das condições de trabalho do mundo atual, as quais são cercadas por situações de estresse, competição, sobrecarga de trabalho quanto à carga horária e atividades, dupla jornada de trabalho, e insalubridade em algumas situações (AMARAL; RIBEIRO; PAIXÃO, 2015; FERREI-

RA, 2011; BRASIL 2013), prover condições de bem-estar torna-se um desafio para as organizações (FERREIRA, 2011; BRASIL 2013).

Visando melhorar o ambiente de trabalho e satisfação dos trabalhadores de uma forma geral, cada vez mais as organizações tendem a investir e promover ações para seus colaboradores (FERREIRA, 2011). Entre as principais ações, pode-se destacar: desenvolvimento de Programas de Qualidade de Vida do Trabalhador (PQVT) com uma respectiva comissão ou equipe responsável; diminuição da carga horária total; promoção do trabalho em Home Office e outras atividades e ações (FERREIRA, 2011).

O desenvolvimento de PQVT surge como alternativa interessante, sobretudo em grandes empresas, pois, a partir da designação de uma equipe responsável e de um traçado estratégico sobre a avaliação epidemiológica dos trabalhadores, o planejamento de ações torna-se individualizado e específico (FERREIRA, 2011; DOS SANTOS; MARTINS, 2016).

A individualização e especificidade nas ações em cada organização é prática determinante para o sucesso da aplicação das ações de QVT. Já que cada empresa e organização dispõe de condições e formas organizacionais diferentes quanto à estrutura, número de funcionários, setores, espaço e clientes, torna-se inviável e incorreta a generalização das necessidades dos trabalhadores entre empresas diferentes. No que se refere a instituições de saúde, como hospitais, tendem a ter considerável número de trabalhadores, variando de centenas a milhares, podendo ser classificados como assistenciais, de apoio ou administrativos (CAMARGO et al., 2021).

Cada um desses trabalhadores possui diferentes características de estresse no trabalho. Entre os assistenciais podemos citar a sobrecarga física, baixa remuneração, alta responsabilidade e dupla jornada de trabalho (AMARAL;

RIBEIRO; PAIXÃO, 2015; ARAUJO et al., 2017; FERREIRA, 2011; CAMARGO, 2021; PASCOAL et al., 2019); já entre os administrativos pode-se citar os desajustes ergonômicos, alto tempo de baixa mobilidade no trabalho, competitividade e necessidade de efetividade (FERREIRA, 2011).

Vem se tornando crescente e importante o papel dos PQVT, estando sua atuação liderada, primordialmente, por profissionais especializados em áreas afins à Saúde do Trabalho e com capacidade de identificar pontos de intervenção, assim como desenvolver ações voltadas para tais necessidades (DOS SANTOS; MARTINS, 2016; HIPÓLITO et al., 2017; CAMARGO et al., 2021). No aspecto especificidade, torna-se importante considerar que a força de trabalho em ambientes hospitalares, na área assistencial, é amplamente prevalente entre enfermeiras e técnicas de enfermagem do sexo feminino (CAMARGO et al., 2021).

Como ações promotoras de saúde e QVT podemos citar Ginástica Laboral, Oficinas Educacionais, Ambientes de Escuta, Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), entre outras (HIPÓLITO et al., 2017; DA SILVA et al., 2019). Tais atividades têm-se ampliado como ferramentas importantes de intervenção e seus efeitos têm sido investigados e relatados em um crescente número de estudos científicos (DA SILVA et al., 2019; HIPÓLITO et al., 2017; SAMPAIO; DE OLIVEIRA, 2008; DOS SANTOS; MARTINS, 2016)

Apesar disso, em hospitais no Brasil, mesmo com os crescentes debates e ações governamentais internacionais para ampliação de PQVT, ainda é escassa a difusão desses programas. Isso pode ser evidenciado pelo baixo número de produções técnico-científicas na temática ou pela falta de recomendações e normas técnicas estruturadas quanto à organização dos mesmos (HIPÓLITO et al., 2017).

Baseado nessas informações, e no que a literatura especializada apresenta sobre QVT e o papel de PQVT, foi desenvolvido o Programa de Promoção à Saúde e Qualidade de Vida - Equilibre-se (Programa Equilibre-se); cujas informações acerca de estrutura, intervenções, profissionais e objetivos serão apresentadas na sequência.

Surge o Programa Equilibre-se

O Programa Equilibre-se teve início em 2014 através de uma parceria entre o Hospital Santa Cruz e a Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) - ambas mantidas pela mesma mantenedora, Associação Pró-Ensino em Santa Cruz do Sul (APESC). As primeiras práticas foram desenvolvidas pelos acadêmicos da disciplina de Fisioterapia em Saúde Mental e aconteciam durante o período de aula, sendo realizadas uma vez na semana. A atividade oferecida era de Massagem, vista na época como assertiva para atender às necessidades dos trabalhadores do ambiente hospitalar e proporcionar um momento de relaxamento para aliviar as tensões, além de proporcionar uma pausa na rotina de trabalho. A ação ofertada, além de atender à necessidade dos trabalhadores, contemplava o cumprimento ao plano de ensino da disciplina no curso de fisioterapia.

Com o passar do tempo, identificou-se a necessidade de ampliação do programa com vistas a atender às necessidades dos trabalhadores da instituição. A atividade que veio a agregar o Equilibre-se, na sequência, foram as aulas de Ginástica Laboral, realizadas inicialmente por bolsistas do curso de Educação Física da universidade parceira. Cabe ressaltar que, por ser a instituição berço do Programa Equilibre-se, um hospital de ensino, o Programa sempre abriu espaço e buscou contar com a contribuição de acadêmicos, professores e residentes no desenvolvimento de suas práticas.

No ano de 2016, o Programa Equilibre-se tornou-se um Programa Institucional de Promoção à Saúde e Qualidade de Vida, o que impõe força na busca por parceiros para a realização das atividades, assim como para a ampliação das práticas para todos os turnos de trabalho. Nesse marco, também iniciou-se o levantamento de indicadores de participação e pesquisa de satisfação sobre as atividades oferecidas, possibilitando assim, aferir a percepção da eficácia dos atendimentos. Em continuidade à ampliação do Programa, o mesmo recebeu um espaço físico, uma sala onde passaram a ser realizadas as atividades com característica individualizada.

Atualmente, o Programa Equilibre-se oferece aos trabalhadores múltiplas práticas que contemplam o âmbito social, mental e físico, sendo considerado, pela equipe gestora e administração do hospital, uma importante ferramenta para a prevenção de comorbidades e promoção de saúde. Desta forma, o programa investe em espaços de cuidado, autoconhecimento e reflexão em relação ao próprio processo de trabalho, oportunizando, também, a desmistificação do adoecimento para o trabalhador da saúde, que, por vezes, não se permite adoecer.

A equipe responsável pelo programa conta com diversos profissionais, sendo eles: Enfermeira do Trabalho, Profissional de Educação Física e Psicólogas. Estes profissionais estão alocados no setor de Recursos Humanos da instituição, nas áreas do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) e Desenvolvimento Humano (DH). Ainda, o programa conta com o apoio de estudantes do curso de Educação Física da UNISC, dos Profissionais de Educação Física do Programa de Residência Multiprofissional da instituição, assim como alguns parceiros da comunidade que disponibilizam-se, de forma voluntária, para oportunizar espaços de cuidado junto com os demais profissionais.

O programa apresenta como público-alvo os trabalhadores da instituição, sejam eles, terceirizados, estagiários, residentes e aqueles com vínculo de trabalho com a instituição. A instituição se divide em três áreas de atuação: área assistencial, de apoio e administrativa. Os trabalhadores da área assistencial são aqueles que atuam diretamente com o paciente, por exemplo: enfermeiros, fisioterapeutas, técnicos de enfermagem etc. A área de apoio contempla trabalhadores das áreas que prestam algum tipo de suporte para que as demais atividades aconteçam, como por exemplo, Manutenção, Lavanderia, Higienização, Copas, dentre outros. Já a área administrativa engloba as demais áreas do hospital.

Em estudos epidemiológicos anuais realizados na Instituição, é possível identificar as principais características e pontos de atenção para atuação do programa. Entre os principais marcadores epidemiológicos podemos citar a alta prevalência de servidores do sexo feminino (~84%), dominância de servidores do âmbito assistencial (>50%), alta frequência de consumo de alimentos gordurosos e/ou de alto índice glicêmico (59%) (relataram consumir ao menos 2x na semana) e prevalência de atividade física insuficiente (~40%).

Além disso, também são levados em consideração os marcadores de afastamento por conta das situações relacionadas ao trabalho. A partir desses dados, o Programa visa organizar atividades voltadas às características do público quanto à tipologia do estilo de vida, atendendo as demandas e visando a promoção e/ou melhora nas características epidemiológicas identificadas.

Assim, entendemos que proporcionar atividades voltadas à promoção de atividade física, independente do ambiente, pode prover benefícios à saúde dos trabalhadores. Da mesma forma, oficinas e ambientes de conversa guiada com profissionais das áreas da saúde podem ocasionar momentos de conscientiza-

ção, eliminar dúvidas e esclarecer aspectos relacionados aos cuidados com a saúde, como por exemplo, uma boa alimentação.

Além do aspecto biológico da atividade física e nutrição, a promoção da saúde também deve ser estendida à saúde mental (BRASIL, 2013). Assim, o programa visa proporcionar momentos de escuta acerca do ambiente de trabalho e espaços de relaxamento com terapias integrativas e complementares em saúde que auxiliam no relaxamento e descontração dos trabalhadores participantes.

A organização e divulgação das atividades ocorre por múltiplos meios, visando um maior alcance de trabalhadores, como informativos em murais, via e-mail institucional, campanhas de conscientização e por avisos e lembretes via ligação telefônica em momentos prévios às atividades.

O Programa Equilibre-se tem como objetivo proporcionar espaços de promoção e prevenção em saúde do trabalhador, fomentando estratégias de cuidados frente aos agentes estressores, presentes no ambiente hospitalar. Estes, compreendem especialmente a complexidade do processo de trabalho em saúde, pois este se dá em contato constante com o cuidado, com a dor e o sofrimento de outrem, da tensão decorrente das atividades realizadas, além de, na maioria dos momentos, um contingente maior de tarefas.

Atividades Desenvolvidas

O Programa Equilibre-se conta com um rol de atividades que são oferecidas em todos os turnos de trabalho. Algumas atividades acontecem de forma regular, outras, de acordo com um planejamento anual, realizado no início de cada ano pela equipe gestora do programa. Abaixo seguem as práticas oferecidas, bem como os profissionais atuantes.

A **Ginástica Laboral** é uma das atividades de QVT mais comuns nas organizações. Em geral, é prestada por Profissionais de Educação Física ou Fisioterapeutas e visa proporcionar um momento com atividades e exercícios voltados à saúde do trabalhador visando a prevenção de lesões por esforço repetitivo e/ou quebra no período de tempo sedentário durante a jornada de trabalho (DE LIMA, 2018). Visando um alcance do maior público possível, no hospital, esta atividade é prestada pelos Profissionais de Educação Física Residentes e bolsistas de extensão da universidade parceira, durante todos os turnos de trabalho e em todos os setores de forma regular ao longo do ano.

O **Reequilibre-se**, também ofertado regularmente, é uma atividade desenvolvida com múltiplos componentes simultaneamente, e organizada com uma ótica de relaxamento e distração em meio à jornada de trabalho. A atividade tem caráter individual, possui duração de 15 a 20 minutos e conta com atividades de aromaterapia, musicoterapia, Quick Massage e alongamentos passivos, respectivamente. Esta atividade é desenvolvida pelos Profissionais de Educação Física Residentes e ofertada para quaisquer servidores do hospital.

O **Reiki** é uma terapia realizada através da imposição de mãos, que realiza a canalização da energia universal, com o intuito de restabelecer o equilíbrio físico, mental e espiritual (DE'CARLI, 2021). Na instituição, essa prática é ofertada através de profissionais parceiros, que realizam a terapia como voluntários. O Reiki é uma das práticas do Programa Equilibre-se mais procurada dentre os trabalhadores, tendo um caráter de forma individual, e constituindo-se como uma das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

As **Rodas de Conversa** caracterizam-se por espaços de conversa, comumente voltados para o autoconhecimento e desenvolvimento individual. Os

temas abordados são os mais diversos, dentre eles, podemos elencar a gestão do tempo, a percepção e gestão das emoções, relacionamentos interpessoais, dentre outros que possam ser identificados como necessários nos espaços de escuta dos trabalhadores. Em geral, os facilitadores das rodas de conversa, são as psicólogas do programa, algum profissional da área da saúde, bem como profissionais convidados que venham a contribuir com estes espaços de forma voluntária.

As **Oficinas** se caracterizam por espaços coletivos de produção de objetos, ou ainda, de integração para a prática de alguma atividade física. As **Oficinas de Trabalhos Manuais**, comumente oferecidas em datas comemorativas, são aquelas onde a equipe gestora do programa organiza a produção de objetos de decoração, amuleto ou enfeite relacionado à data em que é realizada. Como exemplo destas oficinas, podemos citar a Oficina de Filtro dos Sonhos, a clássica Oficina de Enfeites de Natal, assim como a Oficina de Páscoa, (onde são pintadas casquinhas de ovo com cri cri, ou realizada alguma decoração alusiva à data). Vale ressaltar que, para a realização destas Oficinas, é sempre priorizado o uso de materiais recicláveis.

Para além das Oficinas de Trabalhos Manuais, também são ofertadas outras Oficinas com atividades práticas com envolvimento de movimentos corporais mais amplos, como **Oficina de Lian Gong** (exercício terapêutico chinês), **Oficinas de Dança**, **Oficina de Jogos de Integração**, **Oficina do Dia do Desafio**, **Oficina de Meditação e Relaxamento**, dentre outras. Nestas práticas, em especial, os Profissionais de Educação Física Residentes se inserem de forma mais enfática e, na sua maioria, são os responsáveis por realizá-las. Estas práticas são ofertadas em todos os turnos, e organizadas ao longo do ano, em períodos pré-definidos no cronograma anual do Programa Equilibre-se.

Na Figura 1 é possível observar materiais utilizados e ambiente organizado para uma prática de Oficina de Cromoterapia em um dos espaços destinados às práticas do programa no hospital. A atividade foi ministrada por bolsistas de um projeto da universidade parceira da Instituição, em parceria com integrantes do Programa e acadêmicas do curso de Psicologia ligadas ao programa.

Quando se identifica a necessidade de abordagem sobre algum tema específico, são realizadas **palestras**, ministradas por profissionais internos da Instituição, ou ainda, com profissionais convidados, de acordo com o tema requerido. Em geral, as palestras acontecem pelo menos uma vez ao ano e se dão de forma presencial, ou, no formato híbrido (presencial com transmissão ao vivo para os profissionais interessados em participar e que não conseguem se fazer presente para assistir).

O período de pandemia foi marcado por grandes incertezas e evidências relativas à sobrecarga nos serviços de saúde, sobretudo quanto à saúde física e mental dos seus trabalhadores (BORGES et al., 2021; SOARES et al., 2022). Diante disso, a equipe gestora do Programa Equilibre-se, mesmo com a impossibilidade de reunião dos trabalhadores para realização das práticas, percebeu que possuía o compromisso de ofertar, de alguma forma, momentos de acolhimento, relaxamento e bem-estar para os trabalhadores. Foi um tempo de reinvenção, onde a equipe enfrentou os desafios de organizar novos modelos de práticas que pudessem confortar, mas também zelar pela saúde dos colaboradores da instituição.

Figura 1 - Prática de Cromoterapia.



Fonte: Juliana Chagas, 2022.

Ao longo da pandemia foram encaminhadas dicas de saúde e bem-estar, as quais abordavam temas diversos, por exemplo: dicas de como manter contato com pessoas da família sem ter a presença física direta; dicas de alimentação para aumentar a imunidade; dicas de atividade física para serem realizadas em casa; dicas de automassagem, entre outras.

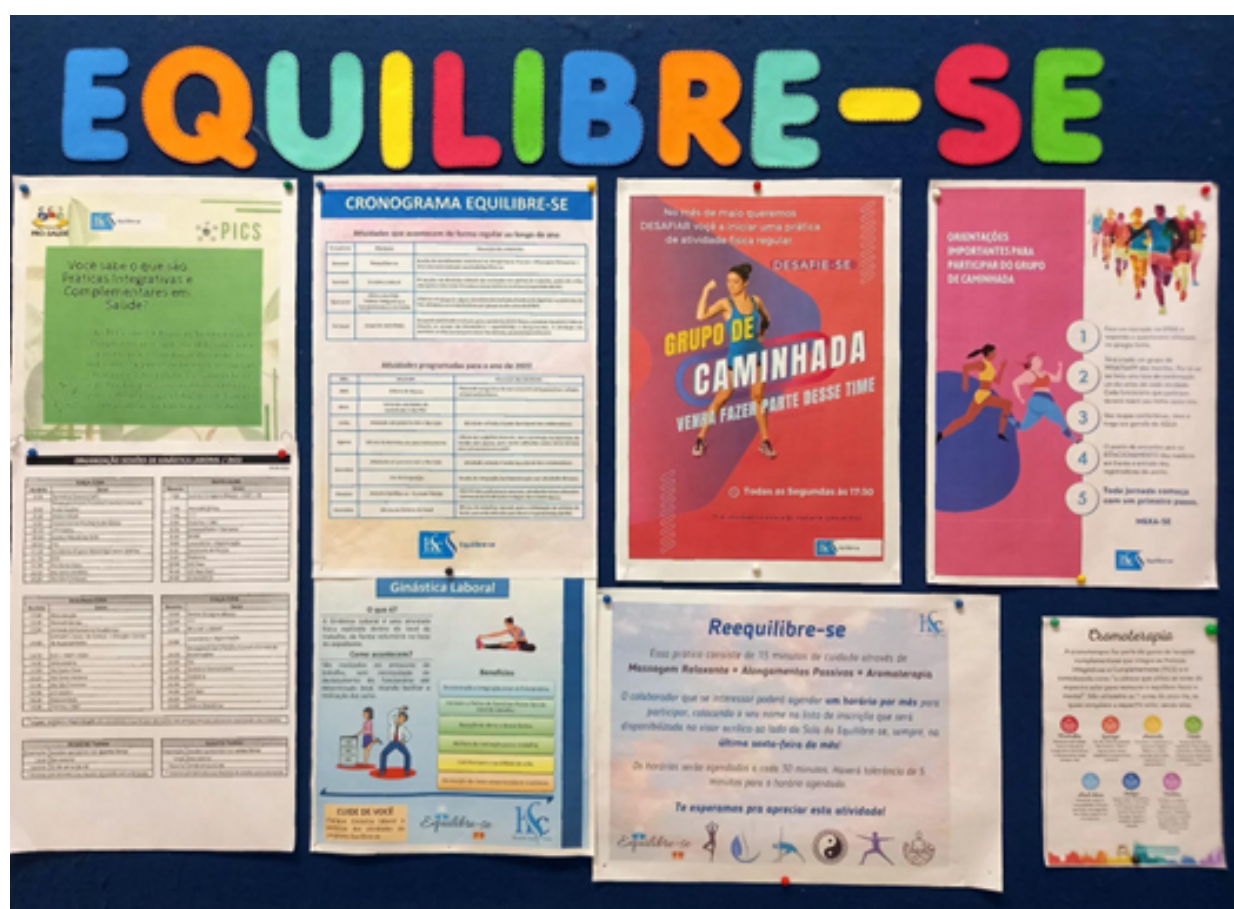
Neste mesmo contexto pandêmico, ainda foram ofertadas videoaulas que contemplavam diversas modalidades de exercício físico para que os trabalhadores se mantivessem ativos fisicamente. Além destas, foram realizados vídeos com aulas de ginástica laboral para que pudessem manter esta prática acontecendo, mesmo sem um profissional se deslocando até os setores.

Para além do exercício, as oficinas de Trabalhos Manuais também aconteceram no modelo à distância, onde eram encaminhados vídeos tutoriais de como produzir um determinado objeto, e os trabalhadores retiravam o material junto a setores da instituição e o construíam no seu próprio posto de trabalho.

Em especial, nesta prática podemos citar a confecção de *Origamis Tsuru*, que são dobraduras de papel no formato de um pássaro, o qual, na cultura Japonesa, representa vida longa, fidelidade, paz e poder de cura. Nesta atividade, além de confeccionar o Origami, o trabalhador poderia escolher um colega ou um familiar/amigo para presentear-lo com o pássaro. Nestas atividades, em geral, era solicitado que o participante encaminhasse um registro fotográfico de sua participação.

A Figura 2, que segue abaixo, exhibe o painel de divulgação das atividades e do cronograma destas, onde torna possível, aos beneficiários, identificar as atividades de seu interesse e obter informações sobre elas. O painel corresponde às atividades realizadas no segundo semestre do ano de 2022.

Figura 2 - Painel com atividades e cronograma semestral do Programa Equilibre-se.



Fonte: Filipe Adriel Medeiros Aguirre, 2022.

No ano de 2022, a Instituição, através do Programa Equilibre-se, firmou uma parceria com a universidade parceira, na qual, no decorrer do ano, mensalmente são realizadas PICS. A cada mês, uma nova PICS é ofertada aos trabalhadores da Instituição, dentre elas, podemos citar, a **Meditação Mindfulness**, a **Cromoterapia**, a **Aromaterapia**, o **Reiki**, dentre outras.

Afora das práticas que são desenvolvidas especificamente pelos profissionais Residentes de Educação Física, estes ainda contribuem de forma significativa na organização e divulgação de demais atividades e práticas oferecidas, assim como contribuem nas demais atividades que envolvem o Programa Equilibre-se, como por exemplo, no auxílio do controle de indicadores, o envio dos formulários de avaliação, assim como o contato direto com os participantes, sempre que necessário.

Resultados

Os resultados do Programa são avaliados através do Feedback dos participantes, que recebem um formulário por e-mail. Neste, são comumente relatados relaxamento ou bem-estar percebido durante a prática, assim como o desejo de que haja ainda mais espaços onde os trabalhadores possam usufruir dos benefícios ofertados pelo programa. Seguem alguns relatos recebidos:

- “Atividade maravilhosa, adorei. Precisamos de mais momentos assim.”
- “Foi uma experiência única e maravilhosa, por mais momentos assim!”
- “Essa atividade foi bem importante pois proporcionou um momento de reflexão e relaxamento em meio a correria do dia a dia.”
- “Atividade proporciona o bem-estar para os funcionários e traz conhecimentos para serem aplicados na vida pessoal, melhorando a qualidade de vida.”
- “Adoro momentos que trazem aprendizados que melhoram nossa vida. Muito obrigada!”

Conclusão

É possível evidenciar que o objetivo do programa se concretiza quando a equipe gestora do programa analisa as avaliações dos participantes das atividades que, na sua grande maioria, refere-se às atividades do Equilibre-se como espaços positivos de relaxamento em meio à sua rotina intensa de trabalho.

Entende-se o importante papel que o Programa Equilibre-se tem para os colaboradores da instituição, assim como para os residentes e acadêmicos, visto que a proposta se dá como um espaço aberto para a realização de práticas de cuidado e bem estar, tanto diretamente relacionadas à Educação Física, como também, práticas em saúde num contexto multiprofissional.

Referências Bibliográficas

AMARAL, J. F. D.; RIBEIRO, J. P.; PAIXÃO, D. X. D. **Qualidade de vida no trabalho dos profissionais de enfermagem em ambiente hospitalar: uma revisão integrativa.** Espaço. Saúde (Online), v.16, n.1, p. 66-74, 2015.

ARAÚJO, M. A. N. D. et al. **Perfil sociodemográfico dos enfermeiros da rede hospitalar.** Rev. Enferm. UFPE (Online), v.11, n.11, p.4716-4725, 2017.

BORGES, F.E. S. et al. **Fatores de risco para a Síndrome de Burnout em profissionais da saúde durante a pandemia de COVID-19.** Revista Enfermagem Atual In Derme, v. 95, n. 33, 2021.

Brasil. Ministério da Saúde. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas Indicadores 2013 – 2015.** Ministério da Saúde, v.1, n.1, p.156, 2013. Acesso em: 17 de agosto de 2022.

CAMARGO, S. F. et al. **Qualidade de vida no trabalho em diferentes áreas de atuação profissional em um hospital.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 26, p. 1467-1476, 2021.

DA SILVA, L. G. T. et al. **Atuação do profissional de educação física na saúde do trabalhador em um hospital universitário.** Educación Física y Ciencia, v.21, n.4, p.100, 2019.

DE'CARLI, J. **Reiki universal.** Butterfly, 2021.

DE LIMA, V. **Ginástica laboral:** atividade física no ambiente de trabalho. Phorte Editora, 2018.

DOS SANTOS, P. V.; MARTINS, P. E. S. **Qualidade de vida no trabalho:** contribuições dos programas de saúde e segurança no trabalho. Ideias e Inovação-Lato Sensu, v.3, n.1, p.35-44, 2016.

FERREIRA, M. C. **Qualidade de Vida no Trabalho:** uma abordagem centrada no olhar dos trabalhadores. Brasília, Distrito Federal: ler, pensar, agir, 2011.

HIPÓLITO, M. C. V.; et al. **Qualidade de vida no trabalho:** avaliação de estudos de intervenção. Revista Brasileira de Enfermagem, v.70, n.1, p.189-197, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Práticas Integrativas e Complementares (PICS). Gov.br, 2020. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/p/praticas-integrativas-e-complementares-pics-1>>. Acesso em: 29 de agosto de 2022.

PASCOAL, K. P. M. F.; et al. **Avaliação da qualidade de vida, estresse e saúde mental dos profissionais de saúde das unidades de terapia intensiva.** Rev Interdiscip Saúde, v. 6, n. 5, p.19-30, 2019.

SAMPAIO, A. A.; DE OLIVEIRA, J. R. G. **A ginástica laboral na promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida no trabalho.** Caderno de Educação Física e Esporte, v.7, n.13, p.71-79, 2008.

SOARES, J. P.; et al. **Fatores associados ao burnout em profissionais de saúde durante a pandemia de Covid-19:** revisão integrativa. Saúde em Debate, v. 46, p. 385-398, 2022.

CAPÍTULO XI

CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA DE CIRURGIA CARDÍACA: UMA PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL

Marcia Olinda Aparecida Luft

Adália Pinheiro Loureiro

Mari Ângela Gaedke

Doi: 10.48209/978-65-5417-109-B

Introdução

As doenças cardiovasculares (DCVs) são a principal causa de morte em todo o mundo sendo que dentre as diversas formas de intervenção existentes para o tratamento, encontra-se a cirurgia cardíaca (OLIVEIRA et al., 2020). No que tange à tratamento cirúrgico, o Brasil tem elevado número de cirurgias cardiovasculares e com alto custo para o sistema de saúde (OLIVEIRA et al., 2020), o que revela a necessidade e a importância de intervenções de enfermagem no período perioperatório (GONÇALVES et al., 2016).

O processo de doença altera as condições psicológicas do indivíduo, sendo o medo do desconhecido, da morte, de “faltar” perante a família sentimentos que caracterizam esta condição. Quando a doença vem atrelada a necessidade de submeter-se a um procedimento cirúrgico que envolve o coração, a situação pode tornar-se ainda mais delicada. Esta fase é de intensa ansiedade para o paciente e sua família, desencadeando um período de constantes dúvidas quanto a doença, suas restrições, complicações e vulnerabilidade no período transoperatório.

Assim, se estas dúvidas não forem sanadas no período pré-operatório, podem contribuir para a intensificação dos sentimentos negativos gerados pela cirurgia (COSTA; SILVA; LIMA, 2010).

O paciente no período pré-operatório de cirurgia cardíaca experimenta uma mistura de sentimentos, às vezes contraditórios, e desconhecimento sobre todo o processo cirúrgico. A atuação da enfermagem neste momento torna-se crucial, promovendo um encontro com orientações e troca de experiências a fim de tranquilizá-lo e estimular o autocuidado (CAMPONOGARAR et al., 2012). O medo é considerado um dos sentimentos constantes gerados pelo período que antecede a cirurgia, sendo este desencadeado por diversos fatores. Nesse âmbito, pode-se considerar que o desenvolvimento de orientações de enfermagem que visem a esclarecer ao paciente o procedimento ao qual será submetido, podem auxiliar para minimizar a ansiedade e diminuir o medo (BARBOSA; TERRA; CARVALHO, 2014).

Dentro deste contexto, a enfermagem deve seguir uma metodologia assistencial que assegure a integralidade do cuidado, sendo a aplicação do Processo de Enfermagem o método ideal. Segundo a normatização do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), todas as instituições públicas e privadas em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem devem implementar o Processo

de Enfermagem, no qual o enfermeiro é capaz de prestar assistência de forma sistematizada e, quando este ocorre em ambiente ambulatorial é designado como consulta de enfermagem (COFEN, 2009). São reconhecidas cinco etapas do Processo de Enfermagem, que são: histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e evolução (COFEN, 2009).

A consulta de enfermagem pré-operatória é o momento do enfermeiro conhecer as necessidades de cada paciente e desenvolver o plano de cuidados para todo o período perioperatório. O planejamento individualizado permitirá o desenvolvimento de intervenções que resultarão de forma positiva no cuidado e facilitarão a recuperação pós-operatória. Entretanto, é um momento em que o paciente estará recebendo muitas informações de diferentes profissionais, cabendo ao enfermeiro acolher, orientar numa linguagem simples e dar o tempo necessário para que o paciente possa absorver e assimilar todas estas informações (KNIHS et al., 2017).

A fase pré-operatória de cirurgia cardíaca começa antes da hospitalização. Neste momento, a aplicação do processo de enfermagem proporciona interação entre o enfermeiro, o paciente e sua família, permitindo um melhor planejamento ao enfermeiro e esclarecimentos ao paciente e sua família (AMORIM; SALIMENA, 2015). Desta maneira, o paciente no período pré-operatório deve ser avaliado em sua individualidade com planejamento embasado, cientificamente capaz de lhe oferecer um cuidado de acordo com as especificidades do tipo de cirurgia, condições de saúde e rotinas da instituição (CHRISTÓFOR; CARVALHO, 2009).

Visto a importância da assistência de enfermagem no período pré-operatório, objetivou-se desenvolver um protocolo institucional para realização de consulta de enfermagem pré-operatória de cirurgia cardíaca por meio de uma pesquisa convergente assistencial em uma unidade de atendimento ambulatorio-

rial. A necessidade deste protocolo surgiu a partir da vivência de uma residente de Enfermagem do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde com ênfase em Urgência e Emergência. O protocolo culminou na elaboração de instrumento para coleta de dados do histórico de enfermagem de pacientes pré-operatórios de cirurgia cardíaca e manual de orientações pré-operatórias.

Justificou-se esta proposta devido ao fato da instituição cenário do estudo ser referência em alta complexidade cardiovascular, e os pacientes encaminhados para procedimento cirúrgico não receberem atendimento de enfermagem prévio à internação hospitalar pré-operatória. Em virtude da qualificação da assistência de enfermagem e repercussão positiva na recuperação pós-operatória destes pacientes com a implantação da consulta de enfermagem, torna-se fundamental a estruturação desta, além de vir a atender a uma exigência legal do órgão regulador da enfermagem.

Metodologia

Tratou-se de uma pesquisa qualitativa do tipo convergente assistencial para desenvolver protocolo institucional para realização de consulta de enfermagem pré-operatória de cirurgia cardíaca no ambulatório de hospital de ensino. Optou-se por este tipo de pesquisa uma vez que ela propõe ações para resolução e ou minimização de problemas e inovações nas práticas de saúde onde o pesquisador está inserido e diretamente envolvido na prática assistencial (TRENTINI; PAIM, 2014).

O estudo foi realizado numa Unidade de Atendimento Ambulatorial (UAA) de um hospital de ensino do interior do Rio Grande do Sul, referência em Alta Complexidade Cardiovascular para 8º e 13º Coordenadorias Regionais de Saúde, abrangendo 25 municípios. Este serviço atende 29 especialidades

médicas, sendo parte integrante a cardiologia, e conta com a equipe de enfermagem composta por dois enfermeiros e quatro técnicos de enfermagem.

O estudo ocorreu nos meses de junho a outubro de 2018, e conforme previsto na pesquisa convergente assistencial (PCA), envolveu as fases de concepção (incluindo o estabelecimento dos objetivos e do referencial teórico); instrumentação (escolha do espaço físico, dos participantes e métodos); perscrutação para estabelecimento de estratégias ou instrumentos para obtenção dos dados; e a quinta fase que foi análise e interpretação que culminou na criação do protocolo de consulta de enfermagem pré-operatória de cirurgia cardíaca (TRENTINI; PAIM, 2014)

Inicialmente foi realizada revisão de literatura sobre assistência de enfermagem em pré-operatório de cirurgia cardíaca, e a seguir foi realizada a investigação do caminho percorrido pelo paciente e desenvolvido o fluxo de atendimento multiprofissional, desde o seu encaminhamento da atenção primária, perpassando a consulta no ambulatório de cirurgia cardiovascular, internação para cirurgia, até o seu retorno para acompanhamento pós-operatório.

Após, foi elaborado um roteiro piloto para desenvolvimento do instrumento de coleta de dados durante a consulta de enfermagem, a ser aplicado aos pacientes encaminhados para a cirurgia. A amostra para o teste piloto deste instrumento foi constituída por todos os pacientes adultos, maiores de 18 anos, de ambos os sexos, encaminhados para a UAA pela rede de atenção à saúde e com diagnóstico definido para realização de cirurgia cardíaca, durante os meses de setembro a outubro de 2018. No período a média de consultas pré-operatórias foi de 5 por mês, sendo que foi incluída no estudo uma amostra de 10 sujeitos.

O instrumento de consulta de enfermagem foi desenvolvido através de uma ficha de investigação contemplando dados de anamnese e exame físico. O estudo teve abordagem participativa, pois baseou-se nas expectativas e necessidades dos participantes, seguindo as etapas da consulta de enfermagem e adequadas à realidade ambulatorial.

Então, a partir do estabelecimento do fluxograma de atendimento e reconhecimento do perfil dos pacientes atendidos foi desenvolvido o protocolo de consulta de enfermagem pré-operatória de cirurgia cardíaca.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa e aprovado sob o parecer nº 95983818.1.0000.5343, observando-se os critérios éticos em pesquisa com seres humanos, seja de proteção à privacidade ou identidade do sujeito, sendo os dados utilizados apenas para fins deste estudo conforme a Resolução CNS 466/2012. Ainda em respeito à ética aplicada na pesquisa em saúde, foi utilizado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos participantes da pesquisa, no momento da inserção no campo de estudo. Este teve por objetivo resguardar a privacidade dos sujeitos, que tiveram a liberdade de participar ou não da pesquisa, além de poderem desistir a qualquer momento.

Resultados

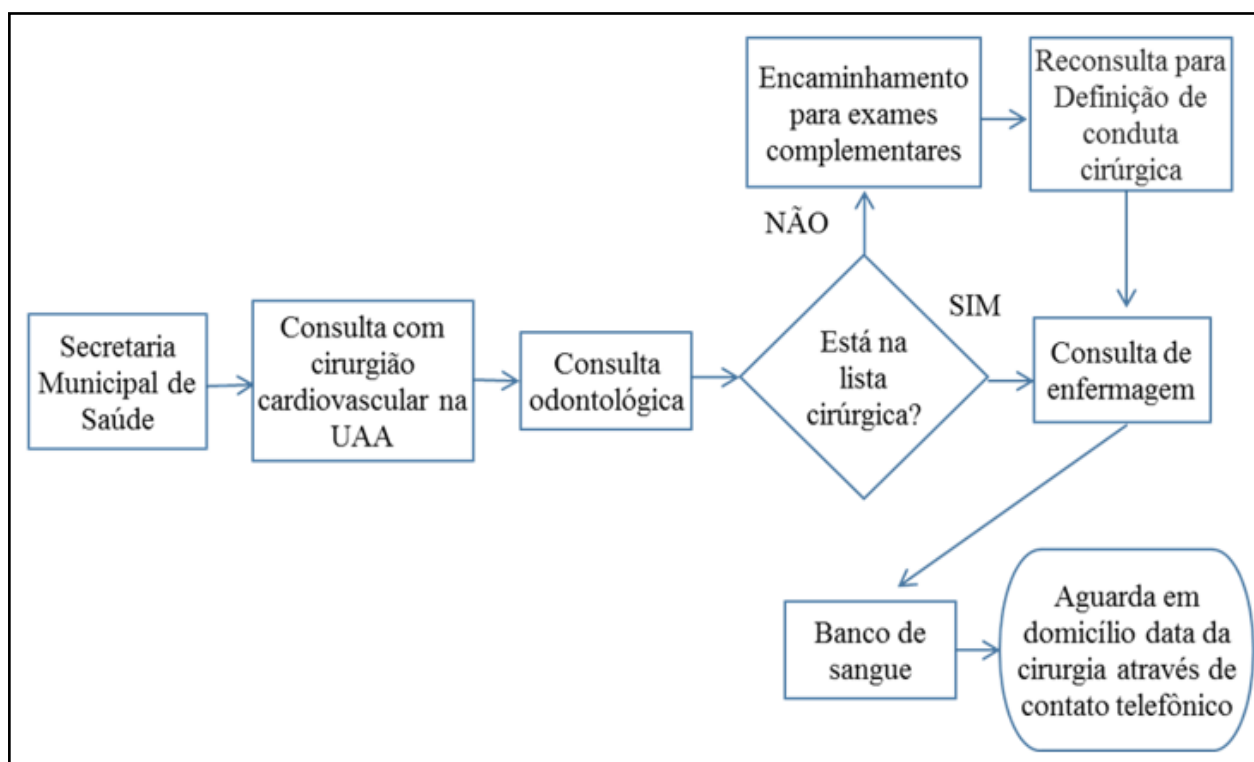
A partir da inserção da pesquisadora no cenário do estudo, foram seguidas as etapas descritas no método conforme apresenta-se abaixo. Inicialmente foram realizadas reuniões com a coordenação do setor e equipe médica para estabelecimento do fluxograma de itinerário dos pacientes encaminhados para a cirurgia cardíaca e de atendimento multiprofissional a estes.

Os pacientes eram encaminhados através da Secretaria Municipal de Saúde dos municípios pertencentes à área de abrangência do serviço de referência.

O primeiro atendimento ao paciente era feito pelo médico cirurgião cardiovascular, que avaliava o paciente e os exames diagnósticos já realizados até o momento para definição de conduta. Caso seja definido diagnóstico cirúrgico, ele entra para a lista cirúrgica e dá-se encaminhamento da documentação para autorização do procedimento pela secretaria municipal de saúde do município de origem e o paciente é encaminhado para consulta de enfermagem. Caso contrário, são solicitados novos exames complementares para definição de conduta e então o paciente retorna posteriormente para reavaliação (Figura 1).

Todos os pacientes são encaminhados para consulta odontológica logo após a consulta médica, independentemente do fechamento da conduta. Definiu-se que a consulta de enfermagem somente seria realizada após a inclusão dos pacientes na lista cirúrgica, para evitar que estes confundissem as orientações de algum exame que ainda fosse ser realizado com as orientações pré-operatórias de rotina. Após a consulta de enfermagem os pacientes são encaminhados para o banco de sangue para receberem informações a respeito de cadastro de doadores. Após, o paciente passa a aguardar a data de realização do procedimento no domicílio, sendo este avisado através de contato telefônico, com a orientação de encontrar-se no hospital no dia anterior ao destinado ao procedimento.

Figura 1 – Itinerário dos pacientes encaminhados para cirurgia cardíaca.



Fonte: Hospital Santa Cruz, Santa Cruz do Sul (2018).

Posteriormente iniciou-se a realização do teste piloto do instrumento de coleta de dados desenvolvido para ser usado nas consultas de enfermagem, conforme o fluxograma previamente estabelecido. Este instrumento contemplou a coleta de informações sobre dados demográficos, sociais, história de saúde pregressa, história de saúde atual, resultados de exames, estilo de vida (fumo, ingestão de bebida alcoólica, uso de drogas, atividade física e auto percepção de saúde), adesão a tratamento medicamentoso e dados de exame físico. Foi também perguntado aos pacientes qual o seu nível de conhecimento sobre a cirurgia a qual seria submetido. O instrumento foi elaborado como forma de subsidiar a identificação do perfil dos usuários atendidos, bem como, suas necessidades em saúde, conforme preconiza a metodologia assistencial de enfermagem.

Através da consulta de enfermagem identificou-se as maiores necessidades destes pacientes no período pré-operatório de cirurgia cardíaca e também dados importantes da história pregressa, conforme descrito a seguir. Em relação a história de saúde pregressa, oito pacientes tinham diagnóstico de hipertensão, sete com diagnóstico de dislipidemia, um com diagnóstico de diabetes, um paciente tinha histórico de infarto agudo do miocárdio e um de acidente vascular encefálico. Quanto a cirurgias anteriores verificou-se que um paciente já havia realizado duas cirurgias cardíacas prévias e um havia realizado cirurgia de endoprótese de aneurisma abdominal. Referente a história da doença atual, sete pacientes tinham sido submetidos a cirurgia de troca de válvula cardíaca, um a cirurgia de revascularização do miocárdio e dois a cirurgia de correção interatrial.

Observou-se quanto ao estilo de vida que três pacientes não eram tabagistas, sete eram ex-fumantes, destes, cinco fumaram mais de 20 anos. Em relação ao consumo de bebida alcoólica oito não consumiam, e quanto à prática de atividade física nenhum paciente a realizou, bem como não houve relato de uso de drogas ilícitas. Quanto à autopercepção de saúde, dois classificaram como boa, seis como regular e dois como ruim.

Quanto às principais alterações encontradas no exame físico dos pacientes que compuseram a amostra, verificou-se que quatro pacientes apresentaram obesidade e dois apresentaram sobrepeso, conforme parâmetros estipulados pela OMS. O estado nutricional foi avaliado através do Índice de Massa Corporal (IMC), calculado pela divisão do peso em quilogramas, pela altura, em metros, ao quadrado (kg/m^2). Pontos de corte para adultos $\text{IMC} < 18,5 \text{ kg/m}^2$: baixo peso; $\text{IMC} < 18,5 \text{ kg/m}^2$ e $< 25,0 \text{ kg/m}^2$: eutrofia; $\text{IMC} > 25 \text{ kg/m}^2$ e $< 30,0$: kg/m^2 sobrepeso e $\text{IMC} > 30,0 \text{ kg/m}^2$ obesidade (WHO, 1998).

Na avaliação dos sistemas corporais por meio do exame físico, a principal alteração evidenciada foi em relação à ausculta cardíaca dos pacientes com doença valvar. Sobre os aspectos psicológicos, identificou-se que as pacientes do sexo feminino apresentaram momentos de ansiedade e tristeza, os pacientes do sexo masculino apesar de demonstrarem receio, estavam conformados, como exemplificado no relato “*se não tem outro jeito? Tem que fazer!*” (Entrevistado 1).

Chamou a atenção também o fato de que as acompanhantes dos pacientes do sexo masculino demonstraram tristeza e ansiedade, dois pacientes relataram ainda sentimento de medo. Para os demais sistemas não foram identificadas alterações relevantes.

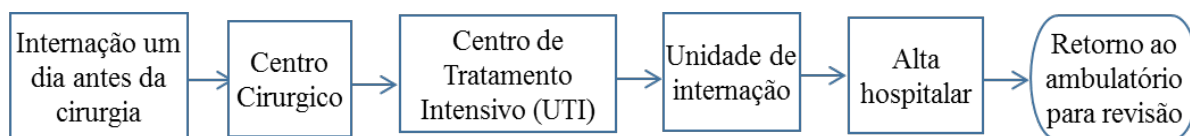
Para avaliar adesão ao uso de medicamentos foi utilizado o teste de Morisky, o qual é composto de quatro itens que mensuram a adesão por autorrelato, sendo eles: esquecimento de tomar os remédios, descuido quanto ao horário dos remédios, deixar de tomar quando melhoram os sintomas, aumentar a dose quando pioram os sintomas, considerando aderente o paciente que obtiver ZERO ponto (MORISKY; GREEN; LEVINE, 1986). Identificou-se que a maioria da amostra, seis pacientes, foram não aderentes ao tratamento realizado atualmente.

No final da entrevista foi realizada a seguinte pergunta: O que o(a) Sr(a) sabe sobre a cirurgia a qual será submetido(a)? e, como fator predominante identificou-se a falta de informações sobre o fluxo do paciente dentro do hospital no período perioperatório. Dos 10 pacientes que participaram do estudo nenhum sabia o percurso que percorreria dentro hospital e nem por quais serviços seria atendido, porém todos sabiam que o pós-operatório imediato seria na unidade de tratamento intensivo (UTI) e que internariam um dia antes da

cirurgia, pois esta informação foi passada na consulta médica. O paciente com histórico de duas cirurgias de troca de válvula tinha vaga lembrança do fluxo dentro do hospital. No geral, sobre a cirurgia o médico já havia feito um esboço do coração e como seria o procedimento, de forma que todos os pacientes sabiam que “abririam o peito” mas não sabiam mais detalhes, alguns já haviam procurado esta informação na internet.

A partir do estabelecimento e reconhecimento do perfil dos pacientes atendidos foi desenvolvido o fluxograma de atendimento desde a internação pré-operatória até a consulta de acompanhamento pós-operatório ambulatorial, conforme a Figura 2, e após elaborou-se um manual com as orientações pré-operatórias a ser entregue ao paciente no final da consulta de enfermagem.

Figura 2 – Atendimento perioperatório dos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca



Fonte: Hospital Santa Cruz, Santa Cruz do Sul (2018).

O manual de orientações contemplou principalmente orientações quanto ao fluxo hospitalar, fortalecendo as orientações passadas na consulta de enfermagem a fim de, em conjunto com a visita aos setores envolvidos ao longo da internação, deixar o paciente mais familiarizado com o meio hospitalar na tentativa de diminuir os níveis de ansiedade.

Desta forma, foi elaborado o protocolo institucional de consulta de enfermagem pré-operatória de cirurgia cardíaca que consiste em: consulta de enfermagem, visita aos setores envolvidos ao longo da internação e entrega de manual com as orientações pré-operatórias.

Discussão

A prática assistencial abrange um vasto campo em que o profissional de enfermagem tem a oportunidade e capacidade de perceber as necessidades do meio em que está inserido e buscar fundamentos teóricos para aplicar no dia a dia, buscando melhorias para desenvolvimento da assistência. Esta união entre teoria e prática no cotidiano vem para trazer mudanças e inovações para a assistência em saúde, qualificando o serviço de enfermagem e oferecendo serviço diferenciado ao paciente. A inserção deste tipo de estudo poderá servir como marco inicial para outros estudos na área da enfermagem (TRENTINI; PAIM, 2014). A enfermagem em sua prática diária consegue se apropriar de algumas rotinas e assim perceber as carências de cada setor, podendo aprimorar e qualificar a assistência com esses achados.

Quando o paciente recebe um diagnóstico cirúrgico muitos medos e incertezas vêm à tona. Estudos relatam que a ansiedade está presente na maioria dos pacientes que aguardam algum procedimento cirúrgico, independente do grau de complexidade da cirurgia e que a visita pré-operatória de enfermagem reduz o nível de ansiedade dos pacientes (GONÇALVES; MEDEIROS, 2016).

Por isso priorizou-se durante o desenvolvimento do estudo a utilização de um local tranquilo e confortável para a consulta de enfermagem a fim de facilitar a interação do paciente com o pesquisador, criando um ambiente de confiança entre ambos e facilitando assim para o paciente expor seus anseios e dúvidas. Em estudo realizado por Almeida, Souza e Azzolin (2013) foi identificado que os níveis de ansiedade diminuíram após orientações em grupo multiprofissional e que o fato dos pacientes exporem seus sentimentos contribuiu para diminuição destes níveis.

Um fator identificado que merece ser discutido devido a sua importância em todo processo cirúrgico e de recuperação, foi a falta de adesão ao tratamento. A maioria da amostra foi classificada como não aderente ao tratamento medicamentoso, resultado preocupante, pois o sucesso da cirurgia depende também de um pós-operatório adequado, em que se deve seguir os cuidados e o tratamento medicamentoso, confirmando-se assim a importância do fornecimento de orientações adequadas.

A consulta de enfermagem uma vez implantada, qualificou a assistência prestada no serviço, referência regional para cirurgia cardiovascular, e ampliou o atendimento multiprofissional a estes pacientes. Ressalta-se ainda a importância de atender às exigências do Conselho Federal de Enfermagem para a implantação do Processo de Enfermagem (COFEN, 2009).

Conclusão

A identificação do perfil dos pacientes em pré-operatório de cirurgia cardíaca contribui para a qualificação da assistência ao propiciar um cuidado integral. Espera-se que a implantação da consulta de enfermagem repercuta em resultados positivos no período de reabilitação após a cirurgia para reduzir o nível de ansiedade pré-operatória dos pacientes.

A pesquisa revelou ainda que existem necessidades a serem supridas nos serviços de saúde e que a vivência no cotidiano traz grande contribuição para desenvolver melhorias e suprir as necessidades dos serviços. Reforça-se assim que os programas de Residência Multiprofissional vêm gerando conhecimento teórico-científico para os envolvidos neste contexto de inserção profissional. As pesquisas voltadas para as práticas do cotidiano de trabalho, com desenvolvimento de protocolos e planos assistenciais, vêm ao encontro

de um dos objetivos da Residência, que é de formação em serviço associando teoria e prática. Agrega-se assim, conhecimento que repercute em melhorias nas práticas assistenciais do Sistema de Único Saúde.

Referências Bibliográficas

ALMEIDA, S. M.; SOUZA, E. N. de; AZZOLIN, K. de O. Efeito da orientação pré-operatória por grupo multiprofissional na ansiedade de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S. l.], v. 3, n. 3, p. 402–408, 2013. DOI: 10.5902/217976928809. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/8809>. Acesso em: 10 out. 2018.

AMORIM, T. V.; SALIMENA, A. M. de O. Processo cirúrgico cardíaco e suas implicações no cuidado de enfermagem: reflexão. **HU Revista**, [S. l.], v. 41, n. 3 e 4, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/2171>. Acesso em: 08 set. 2022.

BARBOSA, A.C; TERRA, F.S; CARVALHO, J.B.V. Humanização da assistência médica e de enfermagem ao paciente no perioperatório em um hospital universitário. **Rev Enferm UERJ**. v. 22, n. 5, p. 699-704, 2014. Disponível em: <https://link.gale.com/apps/doc/A568569420/AONE?u=anon~89863903&sid=googleScholar&xid=c1288462>. Acesso em: 11 out. 2018.

CAMPONOGARA, S. et. al. Percepção dos pacientes sobre o período pré-operatório de cirurgia cardíaca. **REME Rev Min Enferm**. v. 16, n. 3, p. 382-90, 2012. Disponível em: <https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/541#:~:text=Os%20dados%20revelam%2C%20ainda%2C%20que,o%20enfrentamento%20da%20cirurgia%20card%C3%ADaca>. Acesso em: 15 ago. 2022.

CHRISTÓFORO, B.E.B; CARVALHO, D.S. Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** [online], v. 43, n. 1. pp. 14-22, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/6tSjrS7tCLkK6s97chKc3fn/?format=pdf&lang=pt#:~:text=De%20acordo%20com%20os%20resultados,s%C3%A3o%20os%20cuidados%20mais%20realizados>. Acesso em: 15 ago. 2022.

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem [Internet]. Resolução nº358/2009. 2009. [citado 24 nov 2017]. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/categoria/legislacao/resolucoes>

COSTA, Veridiana Alves de Sousa Ferreira; SILVA, Sandra Cibelly Ferreira da; LIMA, Vívian Caroline Pimentel de. O pré-operatório e a ansiedade do paciente: a aliança entre o enfermeiro e o psicólogo. *Rev. SBPH*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 282-298, dez. 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151608582010000200010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 10 out. 2018.

GONÇALVES, K. K. N. et al. Ansiedade no período pré-operatório de cirurgia cardíaca. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online]. v. 69, n. 2, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690225i>>. Acesso em: 02 ago. 2022.

GONÇALVES, T. F.; MEDEIROS, V. C. C. de. A visita pré-operatória como fator atenuante da ansiedade em pacientes cirúrgicos. **Revista SOBECC**, [S. l.], v. 21, n. 1, p. 22-27, 2016. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/38>. Acesso em: 10 set. 2022.

KNIHS, Neide da Silva et al. Caminho percorrido até a cirurgia cardíaca: necessidades e expectativas no pré-operatório. **Av. Enferm.** Bogotá, v. 35, n. 1, p. 30-41, Apr. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002017000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 ago. 2022.

MORISKY, D. E.; GREEN, L. W.; LEVINE, D. M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. **Med Care**, v. 24, n. 1, p. 67-74, Jan 1986.

OLIVEIRA, Gláucia Maria Moraes de et al. Estatística Cardiovascular – Brasil 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia** [online]. v. 115, n. 3, pp. 308-439, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.36660/abc.20200812>>. Acesso em: 09 set. 2022.

TRENTINI, M.; PAIM L.; SILVA D.M.G. **Pesquisa convergente assistencial**. 3ª ed. Porto Alegre: Moriá; 2014.

WHO. Obesity. **Preventing and managing the global epidemic**. Geneva: World Health Organization; 1998. (Report of WHO Consultation on Obesity).

CAPÍTULO XII

BAIXA ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS INTERNADOS EM UM HOSPITAL NO SUL DO BRASIL

Marina Gassen

Evelin Wegner

Julia Luiza Kern

Ana Paula Helfer Schneider

Doi: 10.48209/978-65-5417-109-C

Introdução

O envelhecimento é marcado por uma complexa interação de fatores biopsicossociais, sendo que os idosos necessitam de cuidados e atenção específicos pelo seu estado de maior vulnerabilidade e risco de ocorrência de desfechos clínicos adversos (CASTRO et al., 2013).

De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), a não adesão descreve o paciente que não segue ou parcialmente o regime tera-

pêutico previamente acordado com o médico (SABATÂE, 2003). A adesão à farmacoterapia é um aspecto complexo e primordial para o alcance dos resultados clínicos desejados. Pacientes não-aderentes podem apresentar complicações ou agravamentos das enfermidades pelas falhas no uso de medicamentos, ocasionando muitas vezes hospitalizações e procedimentos onerosos ao sistema de saúde (OBRELI-NETO et al., 2012). A adesão ao uso de medicamentos está relacionada a diferentes fatores, destacando-se o satisfatório nível de informação e o interesse do paciente em engajar-se no plano terapêutico (MARIN; SANTOS; MORO, 2016).

Entre as consequências da não adesão, é possível pontuar a diminuição do controle efetivo das doenças, o aumento no risco de hospitalizações e o aumento da mortalidade (REMONDI; CABRERA; SOUZA, 2014).

No Rio Grande do Sul, Tavares e colaboradores (2013) avaliaram a adesão ao tratamento farmacológico em uma amostra de base populacional de indivíduos com 60 anos ou mais. Identificou-se elevada prevalência de uso de medicamentos nessa faixa etária. Cerca de um terço dos idosos que utilizavam medicamentos apresentaram baixa adesão ao tratamento.

A identificação da não adesão é desafiadora e requer habilidades específicas. Se não for reconhecido, a baixa adesão pode levar a um aumento de dose do medicamento inicial ou à adição de um segundo medicamento sem necessidade, aumentando assim o risco de reações adversas a medicamentos, a frequência das visitas a emergência, hospitalizações, reduzindo a qualidade de vida e consequentemente aumentando os gastos envolvidos (ZELKO; KLEMENC-KETIS; TUSEK-BUNC, 2016). Diante disso, o objetivo deste estudo foi avaliar a baixa adesão ao tratamento farmacológico de medicamentos contínuos e seus fatores associados em idosos internados em um hospital de ensino no sul do Brasil.

Metodologia

Foi desenvolvido um estudo epidemiológico com delineamento transversal com idosos internados em uma unidade de internação Sistema Único de Saúde (SUS) em um Hospital de Ensino no Sul do Brasil no período de março a agosto de 2018. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética sob protocolo nº 2.465.161/2018.

Foram selecionados para o estudo todos os pacientes com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, que utilizam medicamentos de uso contínuo. A seleção dos pacientes ocorreu por meio de consulta diária ao sistema informatizado da instituição. Após a seleção dos pacientes, estes eram convidados a participar do estudo. Aos pacientes que aceitaram, foi esclarecida a natureza do estudo e seus objetivos e, após, solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foi utilizado questionário padronizado para esta pesquisa, que continha perguntas abertas e fechadas, distribuídas nos seguintes blocos: dados da internação, características sociodemográficas, comportamentais e de saúde, utilização de serviços de saúde, características da farmacoterapia: teste de *Morinsky-Green* e *Brief Medication Questionnaire*.

Para determinação da não adesão ao tratamento farmacológico, foi utilizado o questionário de *Morinsky-Green* (TMG). O TMG é um instrumento baseado em uma escala simples, constituída de quatro questões com respostas dicotômicas. Cada resposta negativa corresponde a um ponto e ao final obtém-se uma escala de 0 a 4. Foi considerado não aderente o indivíduo que pontuou entre 1 e 4 (MORISKY; KROUSEL-WOOD; WARD, 2008).

A entrada dos dados foi realizada concomitante à etapa de campo, no programa Excel versão 2016, com dupla entrada para checagem e posterior corre-

ção. O programa SPSS for Windows 23.0 (IBM, Armonk, EUA) foi utilizado para limpeza e análise dos dados. Foi considerada como variável dependente a não adesão ao tratamento medicamentoso. Foram realizadas análises descritivas, univariadas, aplicados os testes de qui-quadrado de *Pearson* e associação linear.

Resultados

Foram avaliados 102 pacientes, com idade média de 69,16 anos ($\pm 6,72$), com idade mínima de 60 e máxima de 87 anos, sendo a maioria (52,9%) do sexo masculino. As características sociodemográficas, comportamentais, saúde e utilização dos serviços de saúde de idosos estão descritas na Tabela 1.

Tabela 1. Características sociodemográficos, comportamentais, saúde e utilização dos serviços de saúde de idosos internados em um hospital de ensino no sul do Brasil.

Variáveis	n(%) n=102	Não adesão 67(65,7%) n(%)	Adesão 35(34,3%) n(%)	p
Sexo				
Feminino	48(47,1)	33(68,8)	15(31,3%)	0,539*
Masculino	54(52,9)	34(63%)	20(37%)	
Faixa etária				
60-69 anos	60(58,8)	41(68,3)	19(31,7)	0,197**
70-79 anos	32(31,4)	22(68,8)	10(31,3)	
80 anos ou mais	10(9,8)	4(40,0)	6(60,0)	
Escolaridade				
Ensino fundamental	81(79,4)	52(64,2)	29(35,8)	0,855**
Ensino médio	11(10,8)	8(72,7)	3(27,3)	
Ensino superior	3(2,9)	2(66,7)	1(33,3)	
Não sabe informar	7(6,9)	-	-	

Renda familiar				
Até um salário mínimo	18(17,6)	14(77,8)	4(22,2)	0,108**
1-2 salários mínimos	56(54,9)	32(57,1)	24(42,9)	
Mais de 2 salários mínimos	26(25,5)	20(76,9)	6(23,1)	
Não sabe informar	2(2,0)	-	-	
Arranjo familiar				
Mora sozinho	19(18,6)	14(73,7)	5(26,3)	0,416*
Não mora sozinho	83(81,4)	53(63,9)	30(36,1)	
Primeira internação no hospital				
Sim	46(45,1)	35(76,1)	11(23,9)	0,045*
Não	56(54,9)	32(57,1)	24(42,9)	
Tabagismo				
Presente (atual, ex-fumante)	55(53,9)	41(74,5)	14(25,5)	0,041*
Ausente	47(46,1)	26(55,3)	21(44,7)	
Consome Fruta				
Menos de 3x na semana	1(1,0)	23(65,7)	12(34,3)	0,997**
Mais de 4x na semana	101(99,0)	44(65,7)	23(34,3)	
Consome Verdura				
Menos de 3x na semana	3(2,9)	23(69,7)	10(30,3)	0,555**
Mais de 4x na semana	99(97,1)	44(63,8)	25(36,2)	
Realiza Atividade física				
Sim	15(14,7)	9(60,0)	6(40,0)	0,615*
Não	87(85,3)	58(66,7)	29(33,3)	
Consome Álcool				
Sim	20(19,6)	16(80,0)	4(20,0)	0,133*
Não	82(80,4)	51(62,2)	31(37,8)	
Autopercepção de saúde				
Boa	52(51,0)	35(67,3)	17(32,7)	0,774**
Ruim	48(47,1)	31(64,6)	17(35,4)	
Não sabe informar	2(2,0)	-	-	

Número de comorbidades				
1-4 comorbidades	63(60,8)	40(64,5)	22(35,5)	0,757*
5 ou mais comorbidades	40(39,2)	13(32,5)	13(32,5)	
Visita do ESF				
Sim	56(54,9)	36(64,3)	20(35,7)	0,742*
Não	46(45,1)	31(67,4)	15(32,6)	
Consulta médica em 6 meses				
Sim	96(94,1)	62(64,6)	34(35,4)	0,348*
Não	6(5,9)	5(8,3)	1(16,7)	

*Testes de qui-quadrado de *Pearson*

**Teste de associação linear.

Quanto aos aspectos comportamentais, apenas 14,7% dos pacientes praticavam alguma atividade física regular. O tabagismo e o consumo de bebidas alcoólicas foram relatados por 53,9% e 19,6% dos pacientes, respectivamente. Em relação a utilização dos serviços de saúde, mais da metade dos pacientes receberam visita da estratégia de saúde da família (54,9%). O número de comorbidades relatadas foi de uma a quatro doenças em 60,8% dos pacientes.

As variáveis com as características da farmacoterapia estão descritas na Tabela 2. Observou-se que mais da metade dos pacientes não possuem polifarmácia (54,9%), ou seja, utilizam quatro ou menos medicamentos. Grande parte dos pacientes faziam uso de medicamentos inapropriados para idosos (84,3%) e apresentaram média complexidade do tratamento (48,0%).

Tabela 2. Características da farmacoterapia de idosos internados em um hospital de ensino no sul do Brasil.

Variáveis	n(%) n=102	Não adesão 67(65,7%) n(%)	Adesão 35(34,3%) n(%)	p
Obtenção dos medicamentos				
Ganha todos	22(21,6)	10(45,5)	12(54,5)	0,024
Compra todos	16(15,7)	14(87,5)	2(12,5)	
Ganha ou compra parte	64(62,7)	43(67,2)	21(32,8)	
Número de medicamentos				
Sem polifarmácia	56(54,9)	38(67,9)	18(32,1)	0,868
Polifarmácia	41(40,2)	26(63,4)	15(36,6)	
Hiperpolifarmácia	5(4,9)	3(60,0)	2(40,0)	
Medicamentos inapropriados				
Sim	87(85,3)	57(65,5)	30(34,5)	0,931
Não	15(14,7)	10(66,7)	5(33,3)	
Complexidade do tratamento				
Baixa	28(27,5)	16(57,1)	12(42,9)	0,210
Média	49(48,0)	36(73,5)	13(26,5)	
Alta	25(24,5)	15(60,0)	10(40,0)	
Barreira de crença				
Sem barreira de crença	68(66,7)	40(58,8)	28(41,2)	0,039
Barreira de crença	34(33,3)	27(79,4)	7(20,6)	
Barreira de regime				
Sem barreira de regime	54(52,9)	33(61,1)	21(38,9)	0,302
Barreira de regime	48(47,1)	34(70,8)	14(29,2)	
Barreira de recordação				
Sem barreira de recordação	21(20,6)	12(57,1)	9(42,9)	0,355
Barreira de recordação	81(79,4)	55(67,9)	26(32,1)	

Foram aplicados os testes de qui-quadrado de *Pearson* e associação linear.

A prevalência de não adesão ao tratamento farmacológico foi de 65,7% nos idosos internados. As variáveis que apresentaram associações significativas com a baixa adesão ao tratamento farmacológico ($p < 0,05$) foram a primeira internação hospitalar (76,1%), tabagismo (74,5%), a obtenção dos medicamentos através da compra (87,5%) e a barreira de crença (79,4%).

Discussão

Os resultados obtidos indicam que a maioria dos pacientes idosos da amostra estudada apresentam não adesão ao tratamento farmacológico, utilizando o TMG. Sendo na sua maioria do sexo feminino, faixa etária de 70-79 anos, possui ensino médio, renda familiar de até um salário mínimo e moram sozinhos.

A prevalência de baixa adesão ao tratamento farmacológico neste estudo foi de 65,7%, compatível com outros estudos realizados com idosos na região Sul do Brasil, no qual encontrou-se 62,9 e 63,5% de não adesão (REMONDI; CABRERA; SOUZA, 2014; ROCHA et al, 2008) e com a estimativa da OMS que indica a prevalência de 50% ou mais, nos casos de países menos desenvolvidos (SABATÂE, 2003).

A baixa adesão ao tratamento farmacológico é um problema entre os pacientes, especialmente entre os idosos que são mais propensos às múltiplas comorbidades, portanto, podem apresentar maior risco de não aderirem ao tratamento em relação à população mais jovem. A não adesão ao tratamento diminui os benefícios terapêuticos para o paciente, resultando visitas frequentes ao hospital e ao médico, no aumento dos gastos com assistência médica e até ao tratamento excessivo de uma condição (YAP; THIRUMOORTHY; KWAN, 2016).

Em um estudo que avaliou a adesão de pacientes idosos, no município de Vitória - ES, encontrou que as mulheres foram as que menos aderiram ao tratamento (ARRUDA et al., 2015). Já em São Paulo, um estudo observou associação entre a não adesão e o arranjo familiar “mora sozinho” (CINTRA; GUARIENTO; MIYASAKI, 2010).

Na presente investigação, não foi encontrada associação entre a baixa adesão ao tratamento farmacológico e as características sociodemográficas. Esse resultado é semelhante ao observado em outros estudos, nos quais não se encontraram correlações estatisticamente significativas para sexo, faixa etária, escolaridade, renda e arranjo familiar (OBRELI-NETO et al., 2010; MONTE-NEGRO et al., 2014; REMONDI; CABRERA; SOUZA, 2014).

Diversos fatores associados à baixa adesão estão descritos na literatura. Neste estudo as variáveis que apresentaram correlação significativa com a não adesão foram a primeira internação hospitalar, tabagismo, obtenção de medicamentos e a barreira de crença.

Em relação ao histórico de internação hospitalar e a baixa adesão ao tratamento farmacológico, 76,1% dos idosos estavam internados pela primeira vez no hospital onde foi realizado o estudo. No Irã, onde foi realizado um estudo com pacientes idosos com doença cardiovascular, encontrou que os pacientes com histórico de internação apresentaram melhor adesão aos medicamentos (JAHANPOUR et al., 2015). Este resultado pode-se explicar devido aos pacientes que possuem histórico de internações não desejarem outras internações, e por isso aderem mais ao tratamento visando sua recuperação.

O tabagismo reflete o cuidado que indivíduo tem com sua saúde e, consequentemente, reflete no comportamento frente ao tratamento farmacológico.

Neste estudo observou-se que 74,5% dos idosos não aderentes relataram serem fumantes ou ex-fumantes. Outros estudos também encontraram que os fumantes são mais propensos a não adesão do tratamento farmacológico (HAN et al., 2017; SANTA-HELENA; NEMES; ELUF, 2010).

Outro fator importante encontrado foi que a principal forma de obtenção dos medicamentos dos idosos entrevistados é a compra (87,5%) de todos os medicamentos, seguidos daqueles que compram e ganham parte (67,2%) do tratamento, dentre aqueles que não aderem ao tratamento farmacológico. Acha-dos estes também encontrados por Tavares e colaboradores (2013), em um estudo realizado com idosos em Bagé-RS. Demonstrando que os medicamentos não fornecidos pelo SUS podem levar os usuários a não cumprir os tratamentos prescritos pela incapacidade de pagar.

No Brasil, os pacientes têm acesso gratuito pelo SUS a uma lista de medicamentos essenciais, com ênfase para o tratamento das doenças mais prevalentes. Entretanto, estudo que avaliou a disponibilidade dos medicamentos nas unidades de saúde pública no País encontrou baixa disponibilidade de medicamentos em todos os estratos populacionais (AKERMAN, 2017; TAVARES et al., 2016). Em uma meta-análise realizada recentemente, os resultados demonstraram que o acesso a um seguro ou outro programa que auxilie no custo de medicação diminui o risco de não adesão em pacientes em 36% (SCHNEIDER et al., 2018).

Entre os domínios do BMQ abordados no estudo, o domínio que avaliou a crença dos idosos na eficácia do tratamento e sobre efeitos colaterais indesejados, 79,4% apresentou associação com a baixa adesão. Os idosos possuem preocupações sobre a dependência de medicamentos, efeitos a longo prazo e mudanças do estilo de vida. Essas crenças negativas sobre o tratamento medi-

camentoso são comuns nessa faixa de idade, e está associado a baixa adesão ao tratamento farmacológico (MISHRA et al., 2011; RUPPAR; DUBBELS; GEEST, 2012).

Esses fatores podem ser modificáveis como o tabagismo e as barreiras de crenças dos pacientes, através de estratégias direcionadas a essa população envolvendo a participação profissional multidisciplinar, atuando de forma integrada na abordagem desses fatores. Já sobre o acesso aos medicamentos, considerando que a maioria dos pacientes possui renda familiar baixa, sendo este um fator de difícil modificação, estratégias relacionadas a melhorar a assistência farmacêutica visando maior acesso aos medicamentos.

Uma estratégia importante para melhorar a adesão, conforme ensaio clínico randomizado, é a educação em saúde, uma vez que por meio da educação, o conhecimento em saúde é aprimorado, melhorando a adesão à medicação (TAN; CHENG; SIAH, 2019). Além disso, outro estudo, apontou que para promover a adesão aos medicamentos anti-hipertensivos em idosos recomenda-se a educação personalizada do paciente (DELAVER; PASHAEYPOOR; NEGERANDEH, 2019).

Além das limitações comuns a delineamentos transversais, a adesão ao tratamento farmacológico foi determinada por autorrelato dos pacientes o que pode sofrer viés de memória, e não por métodos diretos, como contagem de comprimidos e por observação direta do paciente. Apesar do exposto, foi possível estimar adesão e fatores associados à adesão do tratamento farmacológico de uso domiciliar em idosos internados em um hospital, gerando informações que podem contribuir para elaboração de intervenções nessa população.

Conclusão

Através dos resultados obtidos, foi possível estimar a frequência de baixa adesão do tratamento farmacológico de uso domiciliar de idosos que internaram em um hospital. Além disso, identificou-se os fatores associados com a baixa adesão, como a primeira internação hospitalar, tabagismo, obtenção de medicamentos e a barreira de crença. Esses fatores podem ser considerados pelos profissionais de saúde durante o processo de educação em saúde a fim de promover adesão ao tratamento dos pacientes visando os benefícios terapêuticos e a qualidade de vida dos idosos.

Referências Bibliográficas

AKERMAN M, FREITAS O. **Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM): avaliação dos serviços de atenção farmacêutica primária.** Rev. Saúde Pública. 2017;51(Suppl 2): 1s.

ARRUDA DCJ; ETO FN; VELTEN APC; MORELATO RL ; OLIVEIRA ERA . **Fatores associados a não adesão medicamentosa entre idosos de um ambulatório filantrópico do Espírito Santos.** Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia 2015; 18 (2).

CASTRO VC, BORGHI AC, MARIANO PP, FERNANDES CAM, MATHIAS TAF, CARREIRA L. **Perfil de internações hospitalares de idosos no âmbito do sistema único de saúde.** Rev Rene. 2013; 14(4):791-800.

CINTRA FA, GUARIENTO ME, MIYASAKI LA. **As medicações em idosos em seguimento ambulatorial.** Ciênc. saúde coletiva. 2010;15 (Supl 3): 3507-3515.

DELAVAR F, PASHAEYPOOR S, NEGARANDEH R. **The effects of self-management education tailored to health literacy on medication adherence and blood pressure control among elderly people with primary hypertension: A randomized controlled trial.** Patient Educ Couns. 2020 Feb;103(2):336-342. doi: 10.1016/j.pec.2019.08.028. Epub 2019 Aug 19. PMID: 31451361.

HAN E, SOHN HS, LEE JY, JANG S. **Health Behaviors and Medication Adherence in Elderly Patients**. Am J Health Promot. 2017 Jul;31(4):278-286.

JAHANPOUR F; RAFIEI Z; RAVANIPOUR M; MOTAMED N. **Assessment of Medication Adherence in Elderly Patients With Cardiovascular Diseases Based on Demographic Factors in Bushehr City in the Year 2013**. Jundishapur J Chronic Dis Care. 2015 July; 4(3): e28399.

MARIN NS; SANTOS MF; MORO AS. **Percepção de hipertensos sobre a sua não adesão ao uso de medicamentos**. Rev Esc Enferm USP · 2016; 50(n. esp):061-067.

MISHRA SI, GIOIA D, CHILDRESS S, BARNET B, WEBSTER RL. **Adherence to medication regimens among low-income patients with multiple comorbid chronic conditions**. Health Soc Work. 2011 Nov;36(4):249-58.

MONTENEGRO AN, LUQUEB AM, AURIOLESC EM, VERDÚD BT, MORENOE CL, CORREA JAG. **Adherencia al tratamiento en pacientes polimedicados mayores de 65 años con prescripción por principio activo**. Aten Primaria. 2014;46(5):238---245.

MORISKY DE, ANG A, KROUSEL-WOOD M, WARD HJ. **Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting**. J Clin Hypertens (Greenwich). 2008 May;10(5):348-54.

OBRELI-NETO PR, BALDONI ADO, GUIDONI CM, BERGAMINI D, DE K, HERNANDES C, et al. **Métodos de avaliação de adesão à farmacoterapia Methods for estimating adherence to the pharmacotherapy**. Rev. Bras. Farm 2012;93(4):403–10.

OBRELI-NETO PR, PRADO MF, VIEIRA JC, FACHINI FC, PELLOSO SM, MARCON SS, et al. **Fatores interferentes na taxa de adesão à farmacoterapia em idosos atendidos na rede pública de saúde do Município de Salto Grande - SP, Brasil**. Rev Cienc Farm Basica Apl. 2010;31(3):229-33.

REMONDI FA, CABRERA MAS, SOUZA RKT. **Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais**. Cad. Saúde Pública. 2014 Jan; 30(1): 126-136.

ROCHA CH, OLIVEIRA APS, FERREIRA C, FAGGIANI FT, SCHROETER G, SOUZA ACA DE ET al. **Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. Ciênc. saúde coletiva.** 2008 Apr;13(Suppl): 703-710.

RUPPAR TM , DOBBELS F , DE GEEST S. **Crenças de medicação e adesão anti-hipertensiva em idosos: um estudo piloto.** Geriatr Nurs. 2012 mar-abr; 33 (2): 89-95.

SABATÂE, E. **Adherence to long-term therapies: evidence for action.** World Health Organization, 2003. ISBN 9241545992.

SANTA-HELENA ET, NEMES MB, ELUF NJ. **Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família.** Cad. Saúde Pública. 2010 Dec; 26(12): 2389-2398.

SCHNEIDER APH, GAEDKE MÂ, GARCEZ A, BARCELLOS NT, PANIZ VMV. **Effect of characteristics of pharmacotherapy on non-adherence in chronic cardiovascular disease: A systematic review and meta-analysis of observational studies.** Int J Clin Pract. 2018 Jan;72(1).

TAN JP, CHENG KKF, SIAH RC. **A systematic review and meta-analysis on the effectiveness of education on medication adherence for patients with hypertension, hyperlipidaemia and diabetes.** J Adv Nurs. 2019 Nov;75(11):2478-2494. doi: 10.1111/jan.14025. Epub 2019 May 24. PMID: 30993749.

TAVARES NUL, BERTOLDI AD, MENGUE SS, ARRAIS PSD, LUIZA VL, OLIVEIRA MA ET AL. **Factors associated with low adherence to medicine treatment for chronic diseases in Brazil.** Rev. Saúde Pública. 2016; 50 (Suppl 2): 10s.

TAVARES NUL, BERTOLDI AD, THUMÉ E, FACCHINI LA, FRANÇA GVA, MENGUE SS. **Fatores associados à baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos.** Rev. Saúde Pública. 2013 Dec; 47(6): 1092-1101.

YAP AF, THIRUMOORTHY T, KWAN YH. **Medication adherence in the elderly.** Journal of Clinical Gerontology & Geriatrics. 2016; 64e67.

ZELKO E, KLEMENC-KETIS Z, TUSEK-BUNC K. Medication adherence in elderly with polypharmacy living at home: a systematic review of existing studies. Mater Sociomed 2016 Apr;28(2):129-32.

CAPÍTULO XIII

PROCESSO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA MANOBRAS DE RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR NO SETOR DE EMERGÊNCIA DO HOSPITAL SANTA CRUZ

Iagro Cesar de Almeida

Guilherme Mocelin

Laura Schmidt Rizzi

Fabiana Rafaela dos Santos de Mello

Bruna Eduarda Diehl

Dulciane Nunes Paiva

Bárbara Swarowsky Tabach

Doi: 10.48209/978-65-5417-109-D

Introdução

O atendimento multidisciplinar aos usuários dos serviços de saúde tende a resultar em desfechos favoráveis, tomando por base as multifaces do saber e as possibilidades de atuações capilares e comunicativas entre os pares envolvi-

dos nos atendimentos (WINYK et al., 2022). Sob essa esteira do pensamento e, levando em consideração uma forma de acometimento de grave intensidade que pode resultar na perda da vida do indivíduo - a parada cardiorrespiratória (PCR), faz-se indispensável o preparo e a capacitação da equipe para prestação de suporte adequado respeitando a cientificidade e a vida (SILVA et al., 2022).

A PCR pode ser definida com uma intercorrência inesperada ou não, que se constitui em grave ameaça à vida do paciente, principalmente, daqueles que se encontram em estado crítico, como os internados em unidade de terapia intensiva (UTI) ou em situação de urgência e emergência (BERNOCHE et al., 2019). A sua ocorrência requer da equipe eficiência, agilidade, conhecimento científico e habilidade técnica ao desempenho da ação de reversão da PCR e resgate da vida. O trabalho em equipe, uma infraestrutura adequada e um trabalho sincronizado entre os profissionais da equipe são fatores necessários para se atingir a recuperação do paciente com segurança e reduzir as ocorrências iatrogênicas (ANDERSEN et al., 2019).

Entre os hospitais de melhor desempenho e que se destacam em resultados de sobrevivência da parada cardíaca intra-hospitalar, Anderson et al. (2021) ressaltaram que o engajamento, consistência, comunicação clara e liderança responsiva são características relacionadas ao treinamento e à educação da equipe de ressuscitação, sendo tais medidas passíveis de serem obtidas por meio de educação e treinamento da equipe quanto aos protocolos de ressuscitação cardiopulmonar (RCP).

Para uma boa condução e comunicação entre os profissionais que se envolvem com o atendimento da PCR, os papéis precisam estar bem claros e definidos entre os membros da equipe, para que estes possam assumir com firmeza e segurança suas posições de forma efetiva e satisfatória. Outrossim, a Educação Permanente em Saúde (EPS) se apresenta como uma ferramenta de gran-

de valia e proporciona entrosamento e qualidade na prestação dos cuidados, haja vista que podem ocorrer mudanças evidenciadas por métodos científicos e, estar a par desses nortes, representa comprometimento e qualificação no contexto do cuidado singular e de qualidade aos usuários em atendimento (OLIVEIRA; SILVA; SILVA, 2022; AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2020). Assim, o presente capítulo descreve o processo de EPS na qualificação da assistência aos pacientes em PCR admitidos em um hospital de ensino do interior do Sul do Brasil - o Hospital Santa Cruz (HSC).

Estrutura do Pronto Atendimento do Hospital Santa Cruz

O HSC, utilizado aqui como referência para a descrição do processo de EPS na PCR, se constitui em um hospital filantrópico que presta atendimentos à população do município de Santa Cruz do Sul e região. Tal casa de saúde é administrada pela Associação Pró-Ensino de Santa Cruz, que mantém a relação do hospital com o ensino universitário, oferecendo Programas de Residências Médicas e o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, apresentando-se também como campo de ensino para a formação de estudantes de diversos cursos da área da saúde. Ainda, o HSC possui acreditação nível 1 pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), demonstrando que a organização de saúde cumpre mais de 70% dos padrões de qualidade e segurança definidos pela ONA, que avalia a melhoria contínua da qualidade dos serviços hospitalares (HOSPITAL SANTA CRUZ, 2022).

Atualmente, a emergência do hospital é referência na região e recebe cerca de 6,3 mil atendimentos ao mês, em que, para prestar assistência à demanda diária, concentra a atuação de uma equipe multiprofissional composta por mais de 30 profissionais da enfermagem e 45 médicos, de fisioterapeu-

tas, técnicos em enfermagem, técnicos administrativos, entre outros. Nessa estrutura, o setor de Pronto Atendimento inicia o acolhimento através de um fluxograma que tem início na Classificação de Risco, que possibilita o atendimento conforme a gravidade do caso clínico. Portanto, a alta resolutividade dos atendimentos depende da articulação entre os diferentes setores e profissionais que ali atuam, sendo de vital importância, o constante treinamento dessa equipe (HOSPITAL SANTA CRUZ, 2022).

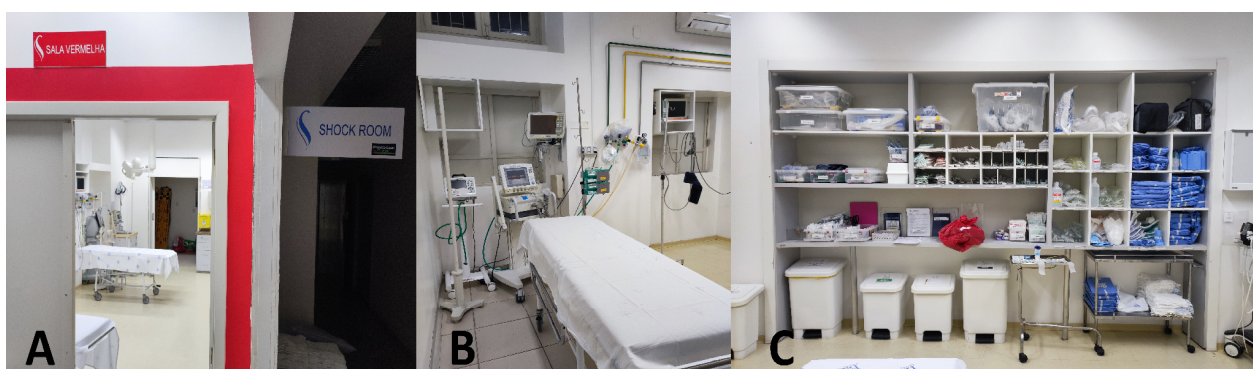
A unidade de urgência e emergência também possui sua base de funcionamento apoiada na estrutura física. Nesse sentido, o setor possui 7 salas, denominadas: Sala para Suturas, Isolamento para Pacientes com Covid-19, Isolamento para Pacientes não Covid-19, Unidade de Decisão Clínica (UDC - para pacientes com quadros leves), *Short Stay Unit* (para pacientes internados e que estão aguardando leito em enfermaria ou para pacientes acamados em atendimento), Sala de Monitorização e Sala de Choque/*Shock Room* (para pacientes críticos) (Figuras 1 e 2). Os leitos destinados à reanimação contam com carro de parada cardiorrespiratória, que são checados a cada turno pela equipe de enfermagem, visto que a necessidade de uso dos equipamentos se torna imediata assim que é recebido um paciente em PCR (HOSPITAL SANTA CRUZ, 2022).

Figura 1. Unidade de Decisão Clínica (UDC) (A); Unidade de Curta Duração/*Short Stay Unit* (B); Sala de Monitorização (C) e Sala de Choque/*Shock Room* (D).



Fonte: Bruna Diehl, 2022.

Figura 2. Porta de entrada da equipe (A); Sala de Choque/*Shock Room* (B) e Organização do leito monitorizado e instrumentação básica (C).



Fonte: Laura Rizzi, 2022.

Protocolo de Ressuscitação Cardiopulmonar

A PCR continua sendo uma das principais causas de mortalidade e morbidade nos Estados Unidos e em outros países do mundo (HOLMBERG et al., 2019; GILL, TEITCHER, RULAND, 2021). O seu manejo, definido pela RCP, é crucial para a sobrevivência da população. O primeiro passo essencial para uma ressuscitação efetiva é o seu rápido reconhecimento para um atendimento imediato (RIBORDY et al., 2004).

O profissional de saúde deve avaliar visualmente a respiração do paciente, determinando se há incursões respiratórias, como também verificar os pulsos centrais, o mais frequentemente conferido é o pulso carotídeo, porém também pode ser verificado o pulso femoral. É acertado reconhecer que o paciente está em PCR se houver presença de *gaspings* (respiração agônica no qual os movimentos respiratórios são assíncronos e não efetivos) ou ausência de pulso central, em que, a partir da sua identificação, deve haver a implementação imediata da RCP, sendo crucial para a sobrevivência do paciente, não atrasar o início deste manejo (MERCHANT et al., 2020).

A execução da RCP consiste em realizar compressões torácicas, devendo-se comprimir o tórax com força, produzindo deslocamento de pelo menos 5 cm, porém não mais que 6 cm, permitindo que o tórax recue completamente após cada movimento descendente, com velocidade de 100 a 120 compressões por minuto. O posicionamento correto do profissional de saúde e do paciente é fundamental, devendo este último estar deitado sobre uma superfície firme e, o profissional de saúde deve colocar a base de sua mão dominante no centro do tórax, sobre a porção inferior do esterno e a base da outra mão sobre a primeira. O tórax do profissional deve estar diretamente acima de suas mãos, o que permite que o profissional use o peso do corpo para comprimir o tórax do

paciente, em vez de apenas os músculos dos braços, o que pode causar fadiga rapidamente (HARRIS; KUDENCHUK, 2018).

A monitorização do tempo é imprescindível, visto que além do manejo farmacológico, é determinado alternar os responsáveis pelas compressões a cada 2 minutos ou antes, se houver cansaço. Além disso, sem uma via aérea avançada, deve-se realizar compressões seguidas de ventilação, fazendo uma sequência de *compressão-ventilação* de 30:2, necessitando-se sempre o cuidado para evitar a ventilação excessiva (MERCHANT et al., 2020). A pressão de perfusão coronária e cerebral e o retorno da circulação espontânea são maximizados quando há efetividade das compressões torácicas, reduzindo assim as chances do paciente ter comprometimento neurológico devido à falta de suprimento sanguíneo; portanto, uma boa execução da RCP é um dos elementos mais importantes no manejo da PCR. Dessa forma, a qualidade da RCP deve ser sempre conferida pela equipe, sendo indispensável para a sobrevivência do paciente, a execução de uma boa técnica e minimização das interrupções nas compressões durante o manejo (MERCHANT et al., 2020).

Considerando a importância da realização de processos de educação continuada à equipe multidisciplinar de saúde, ressalta-se a importância da atualização constante pautada em níveis de evidência de excelência, para o adequado treinamento das manobras de RCP. Nesse sentido, destaca-se a presença de uma equipe multidisciplinar, que engloba diferentes profissionais da área da saúde e em diferentes momentos de formação acadêmica, com vistas a possibilitar uma experiência repleta de singularidades aos acadêmicos prestes a entrar no internato e aos residentes novos em suas áreas de atuação que receberão a referida capacitação duas vezes ao ano.

Utilizando-se tecnologias nos laboratórios de habilidades, como manequins especiais para a realização das técnicas de reanimação e intubação e,

mais recente, a inclusão de um manequim automatizado que simula o paciente em parada, junto às técnicas direcionadas de educação, como o uso de repetições de exercícios com posterior *feedbacks*, o treinamento de reforço por meio de rodízio de sessões breves ao invés de módulos maciços e os próprios mecanismos de realidade virtual supracitados, busca-se efetivar a aquisição de habilidades e a ocorrência de um melhor desempenho *a posteriori*.

O desenvolvimento dessas capacitações desenvolvem, além de um poderio técnico e uma garantia de bons números no atendimento clínico, papel essencial na formação profissional, visto que fomentam a atuação em equipe, a necessidade de liderança e de cooperação, se constituindo em uma eficiente forma de atualização em saúde. Ainda, aspectos étnicos, raciais e socioeconômicos devem ser abordados durante as sessões, assim como as barreiras relacionadas ao gênero (ANDERSON et al., 2021).

Educação em Saúde no Processo da Ressuscitação Cardiopulmonar

A aplicação de protocolos de reconhecida relevância na área, como o protocolo da *American Heart Association* para a PCR, atribui à equipe condutas validadas, avaliadas e utilizadas por grandes centros, colocando o profissional em conexão com práticas difundidas e que trazem benefícios comprovados ao paciente. Do mesmo modo, o conteúdo abordado e os instrumentos utilizados no treinamento da equipe implica no exercício de familiarização e conhecimento do material, podendo contribuir para o sucesso do atendimento.

A equipe multidisciplinar necessita estar atenta às mudanças de protocolos que regulam o atendimento da PCR, para que a sua reversão possa ser conduzida de modo adequado. Para tal, fatores como a identificação correta dos

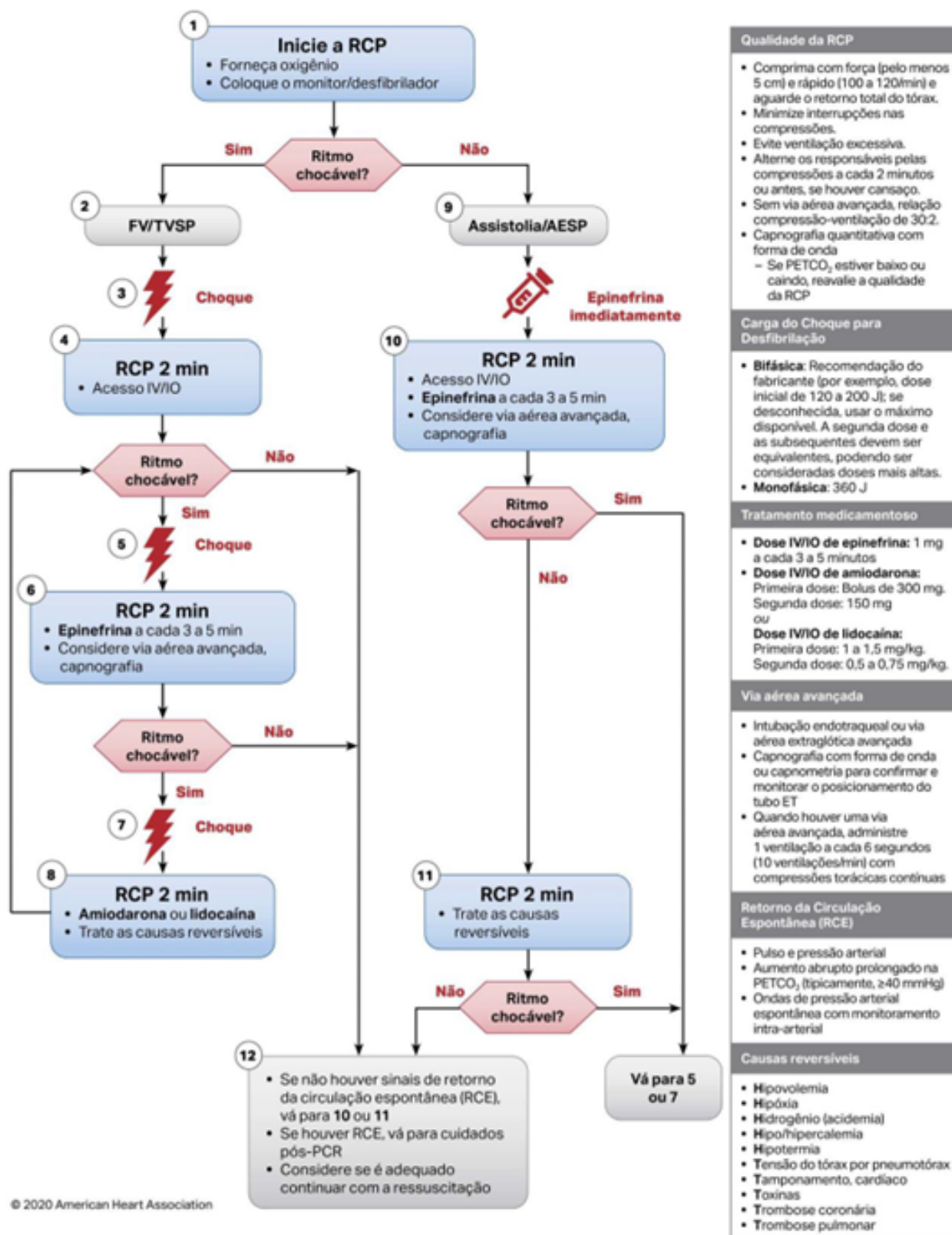
sinais clínicos e a aplicação de medidas de suporte de vida, precisam acontecer no menor intervalo de tempo possível, visando a reversão do quadro, quando possível, e a minimização das sequelas secundárias que possam emergir (BRASIL, 2016). A condução adequada e ágil inclui cinco pontos primordiais em momento emergencial que precisam ser priorizados sendo eles: respostas aos estímulos verbais; permeabilidade das vias aéreas; ventilação e ritmo respiratório; perfusão e circulação e estado neurológico (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2020).

Após a verificação dos pontos supracitados, caso haja algum fator que esteja prejudicado e que possa ser a possível causa da PCR, deve haver resolução com a reversão imediata do quadro, permitindo que a intercorrência possa ser convertida com êxito. Ressalta-se que existem diversas outras causas que podem levar à PCR, sendo elas discutidas e aprofundadas *a posteriori*. Em meio a esse momento crítico vivenciado, a RCP tem início, juntamente com a adoção de suportes avançados à respiração e administração de drogas que facilitam a reversão do quadro, bem como de estímulos elétricos, quando necessários (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2020; BRASIL, 2016). Cabe destacar que cada caso necessita de uma avaliação singular diante do contexto em voga e precisa de atenção especial da equipe que presta suporte de vida, considerando as particularidades de cada indivíduo em cada cenário (MUNIZ et al., 2022).

Dessa forma, por meio de suas diretrizes, a *American Heart Association* destaca recomendações para a execução de manobras de reanimação aos profissionais de saúde que facilitam o início do manejo e a identificação de sinais que norteiam as tomadas de decisões frente ao quadro do paciente. As recomendações da referida sociedade discorrem acerca das condutas de choque e administração de drogas vasopressoras de acordo com o ritmo cardíaco e resalta possíveis rumos que o manejo do paciente pode tomar, auxiliando o pro-

fissional a promover um bom desfecho àqueles com maior perfil de gravidade (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2020) (Figura 3).

Figura 3. Protocolo de Manobra de Ressuscitação Cardiopulmonar.



Fonte: AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2020.

Conclusão

A educação continuada dos profissionais formados e daqueles em formação atuantes em unidades de pronto atendimento contribui para a qualificação do serviço, o que repercute de forma direta na excelência do atendimento prestado ao paciente, conduzindo a desfechos favoráveis, devendo a equipe multiprofissional conduzir os protocolos de RCP de forma eficiente e de modo interdisciplinar. O trabalho em equipe desempenhado desde o momento da capacitação até a prática clínica diária, demonstrou operar de modo positivo no vínculo entre os profissionais envolvidos na dinâmica hospitalar e no autogerenciamento da equipe em situações de urgência, sendo um exercício que pode ser aplicado também durante capacitações de outras temáticas.

Portanto, a dinâmica, entrosamento, diálogo e conhecimento dos profissionais aliados aos constantes aperfeiçoamentos conduzidos pela equipe multiprofissional que presta cuidados e atenção à saúde dos pacientes possibilita maior êxito na ocorrência de desfechos positivos quanto às manobras de RCP. Atravessados pelos preceitos evidenciados, o contexto geral é provido de condições e ferramentas que possibilitam a diminuição de momentos desconfortáveis e frágeis para as equipes, pacientes e familiares, durante as emergências, entendendo que o domínio da situação e a harmonia do ambiente laboral constroem espaços favoráveis aos pares imbricados nesse contexto.

Referências Bibliográficas

AMERICAN HEART ASSOCIATION (LAVONAS, Eric J et al). **Destaques das diretrizes de RCP e ACE de 2020 da American Heart Association: AHA 2020**. American Heart Association, 2020.

ANDERSEN, Lars W. et al. **In-hospital cardiac arrest**. Jama, v. 321, n. 12, p. 1200, 26 mar. 2019. American Medical Association (AMA). <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2019.1696>

ANDERSON, Theresa M. et al. **Best practices for education and training of resuscitation teams for in-hospital cardiac arrest.** Cardiovascular Quality And Outcomes: Circulation, v. 14, n. 12, dez. 2021. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1161/circoutcomes.121.008587>.

BERNOCHE, Claudia et al. **Atualização da diretriz de ressuscitação cardiopulmonar e cuidados cardiovasculares de emergência da sociedade brasileira de cardiologia: 2019.** Arquivos Brasileiros de Cardiologia: SBC, v. 3, n. 113, p. 449-663, 2019. Sociedade Brasileira de Cardiologia. <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20190203>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.** Brasília: Ministério da Saúde, 2a edição, 2016.

GILL, Rick; TEITCHER, Michael; RULAND, Sean. **Neurologic complications of cardiac arrest.** Handbook of Clinical Neurology, p. 193-209, 2021. Elsevier. <http://dx.doi.org/10.1016/b978-0-12-819814-8.00029-9>.

HARRIS, A. W.; KUDENCHUK, P. J. **Cardiopulmonary resuscitation: the science behind the hands.** Heart, v. 104, n. 13, p. 1056–1061, 1 jul. 2018.

HOLMBERG, Mathias J. et al. **Annual incidence of adult and pediatric in-hospital cardiac arrest in the united states.** Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes, v. 12, n. 7, jul. 2019. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1161/circoutcomes.119.005580>.

HOSPITAL SANTA CRUZ (Santa Cruz do Sul). Emergência SUS. 2022. Disponível em: <http://www.hospitalstacruz.com.br/servicos/pronto-atendimento-pa/>. Acesso em: 28 jul. 2022.

HOSPITAL SANTA CRUZ (Santa Cruz do Sul). Hospital Santa Cruz mantém Acreditação ONA Nível 1. 2022. Disponível em: <http://www.hospitalstacruz.com.br/blog/2022/07/27/hospital-santa-cruz-mantem-acreditacao-ona-nivel-1/>. Acesso em: 28 jul. 2022.

MERCHANT, R. M. et al. Part 1: **Executive Summary: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care.** Circulation, v. 142, n. 16_suppl_2, p. S337–S357, 20 out. 2020

MUNIZ, Marcela Lourene Correia et al. **Construção e validação de vídeo educativo para estudantes de enfermagem sobre a parada cardiorrespiratória obstétrica.** Escola Anna Nery, v. 26, 2022. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2021-0466pt>.

OLIVEIRA, Larayne Gallo Farias; SILVA, Myria Ribeiro da; SILVA, João Luis Almeida da. **Construção da tecnologia educativa PEC-URE: capacitação em urgência e emergência para a estratégia de saúde da família.** Research, Society And Development, v. 11, n. 5, p. e31411528429, 8 abr. 2022. Research, Society and Development. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i5.28429>

RIBORDY, Vincent et al. **Heart arrest: which reality and which training for the practitioner?** Revue Medicale de La Suisse Romaande, v. 6, n. 124, p. 321-324, jul. 2004.

SILVA, Larissa Gabriele Farias e et al. **Atendimento inicial na parada cardiorrespiratória: uma revisão integrativa da literatura.** Research, Society and Development, v. 11, n. 2, 26 jan. 2022. Research, Society and Development. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i2.25516>.

WINYK, Ana Paula et al. **Atendimento ao paciente com ferida crônica no contexto multidisciplinar: relato de caso.** Brazilian Journal of Development, v. 8, n. 2, p. 12602-12611, 1 fev. 2022. South Florida Publishing LLC. <http://dx.doi.org/10.34117/bjdv8n2-275>.

CAPÍTULO XIV

IMPLEMENTAÇÃO DE VISITAS VIRTUAIS E PRESENCIAIS EM UMA UTI COVID- 19: EXPERIÊNCIA DE APRENDIZADO EM SERVIÇO

Vitória Merten Fernandes

Mikaela Aline Bade München

Edna Linhares Garcia

Suzane Beatriz Frantz Krug

Doi: 10.48209/978-65-5417-109-E

Introdução

A pandemia de Covid-19, doença causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2) fez com que os serviços de saúde precisassem se adaptar para dar conta das demandas impostas pelo contexto sanitário vivido. Locais como os hospitais precisaram ajustar suas estruturas físicas de modo a acomodar unidades de isolamento, como ocorreram com as Unidades de Terapia Intensiva (UTI) destinadas a pacientes que apresentaram a necessidade de cuidados hospitalares após contraírem o vírus, e cuja evolução do quadro levou a dificuldade respiratória (BRASIL, 2020).

Araujo, Bohomol e Teixeira (2020) citam alguns exemplos, em seu relato de experiência acerca das mudanças realizadas na estrutura institucional de um hospital geral público para o enfrentamento da pandemia, que se aplicam ao cenário de diversas outras instituições.

Entre elas, destacam aspectos como implementação de comitê de crise, treinamentos institucionais, cancelamento de cirurgias eletivas, mudanças nos fluxos de entrada de pacientes, alterações nas características das unidades, aumento no número de leitos e contratação de novos profissionais.

Devido à alta transmissibilidade do vírus e, acatando as regras de distanciamento social, os pacientes, na maior parte dos casos, ficaram isolados nessas unidades, não sendo permitida a presença de acompanhante ou visitação. Tal contexto se torna preocupante para familiares e de intensa solidão para pacientes que enfrentam a doença (MEDEIROS; FERREIRA; JUNIOR, 2020). Aqui, o cuidado humanizado se apresenta como fundamental e a presença do Psicólogo na UTI Covid-19 de um hospital de ensino do interior do estado passa a ser parte das rotinas dos Residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS).

A Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) se constitui enquanto formação em nível de pós-graduação *lato sensu*, cuja principal característica é realizar-se através do trabalho em saúde. Apesar de já existir enquanto formação, foi somente em 2005, por meio da Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, que a RMS foi instituída legalmente como modalidade de formação para o Sistema Único de Saúde (SUS). Conforme a Resolução CNRMS Nº 2, de 13 de abril de 2012, a RMS deve ser orientada por estratégias pedagógicas que viabilizem aprendizados pautados em uma clínica ampliada que garanta formação fundamentada na integralidade, multiprofissionalidade e interdisciplinaridade. Além disso, deve promover a construção de competências compartilhadas,

considerando a importância de qualificar os processos de formação e cuidado em saúde (BRASIL, 2012).

Cabe ressaltar que, conforme Silva et al. (2016), a proposta pedagógica da RMS converge com a estratégia de Educação Permanente em Saúde (EPS), uma vez que esta atua na prática cotidiana de produção de saúde, que sustenta a formação profissional implicada. De acordo com os autores, na formação do Residente, a Educação em Saúde adquire uma perspectiva global, relacionada ao desenvolvimento de competências e de atitudes crítico-reflexivas, as quais viabilizam a construção de ações estratégicas e inovadoras. No cenário da Covid-19, esse processo foi fundamental e indispensável, uma vez que os Residentes assumiram a linha de frente no enfrentamento da pandemia.

Nesse sentido, é importante salientar que, como diz Simonetti (2016, p. 153): “Tudo é intenso na UTI: o tratamento, os riscos, as emoções, o trabalho, os custos e a esperança”. E isso se intensifica mais ainda no cenário aqui apresentado. Portanto, a Psicologia tem o papel de criar maneiras de escoar a intensidade encontrada utilizando-se da palavra falada (SIMONETTI, 2016); facilitando a expressão de sentimentos e buscando diminuir a solidão com a qual os pacientes esbarram nesse contexto (VIEIRA; WAISCHUNNG, 2018), principalmente pelo isolamento imposto pela pandemia de Covid-19. Além disso, deve acompanhar também a família, servindo ainda como ligação entre esta e a equipe, assumindo papéis que vão desde a elaboração do luto, a melhoria dos processos de comunicação, executando tarefas clínicas, sociais, organizacionais e educacionais (VIEIRA; WAISCHUNNG, 2018).

O trabalho da Psicologia na UTI não ocorre sem desafios, pois os pacientes podem ter dificuldade de falar, estarem sedados ou confusos (SIMONETTI, 2016). Na UTI Covid-19, a maioria dos pacientes encontrava-se intubado ou com dificuldades respiratórias que dificultavam a fala e, portanto, era necessá-

ria a criação de maneiras diversas de comunicação. Nessa unidade, o trabalho é de reinvenção, em um momento em que não haviam muitos estudos acerca do que estava sendo vivenciado. Neste trabalho, relataremos acerca da implementação de Visitas Virtuais e, posteriormente, Visitas Presenciais enquanto uma ferramenta de suporte importante para o acolhimento e cuidado integral e humanizado, proporcionando conexão entre paciente-família e conforto para os mesmos (CRISPIM et al., 2020). Esses recursos foram desenvolvidos a partir das necessidades de um contexto novo e desafiador e, a adaptação dessas ferramentas de cuidado envolveu a articulação entre as diversas áreas responsáveis pelo cuidado ao paciente, de forma a pensar uma atenção integral.

Relato de Experiência

A entrada dos Psicólogos na UTI Covid-19 do hospital citado se deu em 2020 e, a construção deste trabalho segue em 2021, sendo expandido de acordo com as demandas e possibilidades. É relevante destacar que a demanda pela Psicologia na UTI surge inicialmente por meio de discussões de caso realizadas através de *rounds* multiprofissionais realizados pelos profissionais Residentes, como parte das atividades do PRMS. Os *rounds* são momentos de exposição e reconstrução de casos atendidos, durante os quais elencam-se discussões acerca das condutas e das melhores formas de manejo. De acordo com Arnemann *et al.* (2018), os *rounds* multiprofissionais das residências são reuniões onde os Residentes expõem casos dos quais participaram do cuidado e, então, trocam experiências entre si. No Programa aqui citado, os *rounds* eram quinzenais, coordenados por um tutor e serviam como base para o estudo de questões levantadas durante a apresentação do caso clínico.

Ao serem trazidos casos de pacientes internados na UTI Covid-19 para discussão, pesquisa teórica, reflexão e aprendizado contínuo, os Residentes já

inseridos na unidade apontaram dificuldades percebidas em sua rotina. Essas dificuldades diziam respeito a lidar com as emoções dos pacientes em isolamento e dos familiares, principalmente devido à alta taxa de óbito daquele momento na pandemia. Com a inclusão da Psicologia nas discussões dos casos clínicos, percebeu-se que a inserção da mesma na unidade seria de significância para a equipe e pacientes. Assim, formaliza-se a demanda para a Psicologia: acompanhamento dos pacientes internados, acompanhamento remoto das famílias, suporte na comunicação de más notícias e acolhimento ao óbito.

Conforme mencionado, tendo em vista a necessidade de isolamento dos pacientes e, conseqüentemente, a suspensão de visitas foi uma medida necessária, porém de profundo impacto para todos os envolvidos. Com o desenvolvimento do trabalho da Psicologia na unidade, percebe-se a necessidade da construção e adaptação de meios de viabilizar o contato entre paciente e família, respeitando as normas sanitárias vigentes, ao mesmo tempo em que se atendia aos direitos dos usuários internados (VILLACA; GUND; BALTAZAR, 2021).

Inicialmente, o recurso possível foram as chamadas “Visitas Virtuais”, viabilizadas pela aquisição de um celular para a unidade. Em geral, essas ações eram organizadas pela equipe da Psicologia, no intuito de poder ofertar um espaço de escuta e acolhimento durante as conversas. Eram realizadas videochamadas entre pacientes e familiares, bem como a reprodução de áudios. Para definir qual era a proposta mais adequada, realizava-se uma avaliação das condições gerais do paciente, considerando-se critérios como níveis de consciência e orientação do mesmo, intubação, capacidade de comunicação e o próprio desejo do paciente de modo a utilizar a ferramenta de maneira positiva dentro do plano de cuidados.

Para pacientes não intubados e que conseguissem se comunicar, priorizava-se a realização de videochamadas e chamadas de voz com duração média de

5 a 10 minutos. Eram observados os sinais vitais do paciente e sua condição durante essas videochamadas, priorizando o seu conforto e segurança, bem como ofertando o suporte psicológico diante das mobilizações emocionais. Com os pacientes intubados, realizava-se reprodução de áudios enviados pela família. O objetivo geral era a manutenção do vínculo e aproximação da família dentro das possibilidades do momento. Esse breve contato era visto como positivo por familiares e pacientes, que se sentiam mais próximos, menos sozinhos e fortalecidos diante de uma situação difícil, ajudando a reduzir ansiedades e preocupações acentuadas pela distância (VILLACA; GUND; BALTAZAR, 2021).

Em relação aos pacientes intubados que recebiam áudios dos familiares, ainda que não fosse possível verificar seu nível de compreensão, entendia-se que era uma ferramenta que poderia trazer conforto tanto à família quanto ao paciente, orientando-se os familiares nesse sentido. Dessa forma, também era possível que a equipe se aproximasse da família, identificando eventuais demandas psicológicas ou dúvidas acerca do quadro clínico. Conforme Zanini et al. (2021), nessas condições de internação, era comum o sentimento da família de ter abandonado o paciente, o medo de não poderem se despedir no caso de óbito, a culpa relacionada à infecção ou sentimentos ambíguos quando os pacientes se infectaram por não aderirem aos cuidados necessários. Nesse sentido, a mediação entre equipe-família-paciente demonstrava-se fundamental para aproximação, acolhimento e humanização do cuidado e, no caso de óbito, a diminuição do risco para um luto complicado.

Em relação ao último aspecto, aponta-se que também era um papel dos Psicólogos, nas situações em que se encontravam presentes na unidade, o acompanhamento do familiar para o reconhecimento do corpo após o óbito. O contexto tornava a experiência do luto mais complexa, pela piora rápida e a impossibilidade, muitas vezes, de rituais de despedida (CREPALDI *et al.*, 2020).

Portanto, o vínculo que muitas vezes já estava estabelecido entre profissional e familiar, devido às videochamadas/conversas, era uma potente ferramenta para ofertar o acolhimento ao óbito, viabilizando o acolhimento das reações de luto mais imediatas do momento e a realização de orientações pertinentes.

As Visitas Presenciais passaram a ser realidade ao longo de 2021, levando-se em consideração as regras sanitárias em vigor e o avanço da imunização na região. Eram recebidos no máximo dois familiares por paciente, utilizando-se todos os Equipamento de Proteção Individual (EPI) adequados. Para garantir a segurança de todos os envolvidos, o hospital disponibilizou capacitações para os Residentes das diversas áreas da saúde, de modo que todos fossem inseridos na rotina da unidade com o conhecimento necessário, bem como para a recepção dos familiares e a adequada paramentação dos mesmos para a visita.

O papel do Psicólogo ao acompanhar as visitas presenciais se estendia desde o suporte ao paciente, quando lúcido e, à família em si, pois as visitas podiam ser momentos de mobilização emocional. Era importante avaliar os desejos e condições emocionais, levando em consideração o quadro clínico do paciente e mudanças físicas que pudessem impactar a família - como a própria intubação. Conforme Zanini *et al.* (2021), o Psicólogo acolhia os sentimentos, incentivava a expressão emocional durante as visitas, sempre avaliando os benefícios daquele momento para ambas as partes e acompanhando a paramentação e a desparamentação. Esse cuidado auxiliava na vinculação entre familiares e profissionais, passando segurança e acolhimento.

Ambas as modalidades de visitas eram previamente acordadas e agendadas com a família e o paciente, de curta duração e realizadas apenas com o consentimento do paciente em questão. A maior parte dos pacientes consentia a visitação e relataram se sentirem fortalecidos emocionalmente para o enfren-

tamento da doença após o contato com a família. Ainda, a visita presencial se apresentava benéfica para os familiares, auxiliando a lidar com a distância, desmistificando fantasias relacionadas ao quadro clínico, à equipe assistencial e à criação e manutenção de vínculos, além da possibilidade da despedida, a depender do caso (ZANINI *et al.*, 2021).

Nos casos de pacientes que eventualmente vinham a óbito, as visitas se afirmavam enquanto potente ferramenta para um luto saudável. Devido às restrições impostas quanto a velórios e a diminuição do contato social, a possibilidade das visitas significava que familiares e pacientes podiam ter um último contato antes da morte. Sempre que possível, organizavam-se visitas antes da intubação dos pacientes ou quando da percepção de piora clínica e morte iminente. Segundo Crepaldi *et al.* (2020, p. 4), “essas interações face a face são consideradas importantes nos chamados ‘rituais de despedida’, isto é, processos de despedida realizados entre pessoas na iminência da morte e seus familiares”.

Durante os momentos de visita presencial, muitas vezes buscava-se organizar, junto à equipe médica, um momento de diálogo com o familiar, considerando que o boletim médico diário era informado por telefone. Tal ação se mostrava importante, pois muitas vezes era no contato presencial que o familiar se sentia à vontade para questionar, esclarecer dúvidas e compreender melhor o quadro clínico e as perspectivas do paciente. A necessária distância dos familiares, por vezes, dificultava o entendimento do quadro clínico e sua gravidade, facilitando a criação de fantasias - tanto acentuando ansiedades e o medo do óbito, quanto ocasionando mecanismos de defesa, como a negação. As visitas auxiliavam a colocar concretamente o real estado de saúde do paciente, o esclarecimento do mesmo com o corpo clínico da unidade e o manejo de questões emocionais com a equipe de Psicologia, criando possibilidades e ferramentas para enfrentamento do vivenciado.

Aponta-se, desse modo, que a partir da realização desses encontros entre pacientes e familiares, em ambas as modalidades de visitas, se percebiam efeitos positivos, como a viabilização da sensação de pertencimento à rotina familiar, expressão da afetividade, maior adesão às recomendações de cuidado e tratamento e perceptível redução de níveis de ansiedade, no que condiz aos pacientes. Já para os familiares, as visitas traziam a oportunidade de participação no processo de cuidados ao paciente, o que contribuía para uma ressignificação do contexto de hospitalização de seu ente querido. Esses aspectos convergem com as percepções trazidas no relato de experiência de Villaca, Gund e Baltazar (2021), no qual os autores apontam a gratidão expressa pelos pacientes e familiares após as visitas virtuais que eram realizadas, e a partir das quais se identificava o fortalecimento dos vínculos afetivos e da rede de apoio, a redução da ansiedade ou mesmo a possibilidade de se despedir.

Em estudo realizado por Freitas, Menezes e Mussi (2012), cujo objetivo foi compreender o significado de conforto para familiares de pessoas admitidas em uma UTI, foi identificado que o mesmo se apresenta em aspectos como: segurança, acolhimento, informação, suporte, proximidade, comodidade/ambiência e integração. Entende-se que, além de viabilizar a proximidade, o aumento da segurança na equipe e o acolhimento ao familiar, os diálogos realizados com a família durante a realização das visitas permitiam a transmissão de informações mais claras, condizentes com a percepção do real estado de saúde do paciente, do tratamento e cuidados e das perspectivas de evolução.

Silva e Lima (2020) trazem, em seu relato de experiência enquanto psicólogas Residentes, sobre a percepção do sofrimento dos pacientes hospitalizados durante a pandemia, que se relaciona fortemente à ausência física das redes de apoio na hospitalização. Compartilham também sobre as particularidades no atendimento aos pacientes nesse cenário, como o uso de EPI que distancia

fisicamente o profissional do paciente e uma atenção maior aos sinais vitais do mesmo, em especial a saturação periférica de oxigênio. Para lidar com o distanciamento causado pelos EPI, instituiu-se o uso de um “Crachá Humanizado”, com foto dos profissionais, que auxiliasse na identificação e conexão entre equipe e pacientes. Anterior ao uso do crachá, os relatos dos pacientes eram de dificuldade em saber quem os estava atendendo e, portanto, dificuldade na vinculação com os profissionais, o que intensificava os sentimentos de solidão e medo.

Estar atento e conseguir ter uma compreensão maior acerca do estado físico do paciente com Covid-19, no momento do atendimento psicológico remete à ideia de um processo de qualificação profissional viabilizado pela RMS, visto que a mesma pressupõe a superação de um modelo fragmentado de conhecimento e incentiva a articulação de ações e aprendizados integrados e inter-relacionados entre as diferentes áreas (SILVA; LIMA, 2020).

Conforme relatam Villaca, Gund e Baltazar (2021), os desafios enfrentados pela equipe durante a Covid-19 se relacionavam às inconsistências e incertezas, as quais exigiam um incessante estado de alerta e mudanças rápidas e eficientes a todo momento. A necessidade de aprendizado e trabalho em equipe era constante, visto que o contato com a família durante as visitas levantava questões acerca do quadro clínico. Além disso, fosse nas Visitas Virtuais ou Presenciais, era necessário estar atento aos sinais vitais do paciente, de modo que o momento fosse benéfico e não cansasse o paciente a ponto de interferir na sua recuperação.

Capacitação e qualificação profissional constantes foram aspectos fundamentais para o enfrentamento dos diversos desafios impostos pelo contexto da pandemia e, nesse sentido, se aponta que parte da carga horária teórica do Programa de Residência era destinada à disciplina “Tópicos em Urgência e

Emergência”, onde profissionais eram convidados a falar sobre temáticas sobre as quais os Residentes tivessem dúvidas, interesse ou estivessem vivenciando em sua prática. Dessa forma, era possível levar para a prática, conhecimentos importantes para o cuidado não fragmentado do paciente e que foi fundamental na construção das práticas em uma pandemia, visto o cenário de incertezas. Assim, reforça-se o papel preparatório que as Residências têm, formando no e para o trabalho integrado em saúde.

Além disso, a construção diária necessária para a atuação na UTI Covid-19 envolveu não apenas estudos teóricos, mas a troca entre os profissionais de diferentes áreas. Fosse entre os Residentes multiprofissionais ou Residentes médicos, os profissionais do próprio hospital, tutores, preceptores e com a inclusão dos relatos dos próprios usuários (pacientes e familiares). Isso fortalece as RMS enquanto espaços para a EPS, consolidando os princípios do SUS (SILVA *et al.*, 2016). A Residência pode ser vista, enquanto um espaço intercessor, com a EPS se dando no encontro dos Residentes com os demais atores da saúde, na sua autonomia em construírem seus próprios caminhos e formas de atuar e, na possibilidade de trazerem mudanças para os locais que os acolhem. Ademais, é um trabalho contínuo e que se apresentou enquanto fundamental no enfrentamento da pandemia.

Importante destacar, diante de todos os desafios impostos nesse período, que o cuidado aos próprios profissionais de saúde - aos quais também se apresentam medos, dúvidas e angústias - também foi de fundamental relevância. Nesse sentido, no contexto dos profissionais Residentes, ocorreu a realização de um espaço de trocas e construções de sentido, promovidos através de ação proposta por uma pesquisa da mestranda Makely Ferreira Rodrigues, do Programa de Mestrado Profissional em Psicologia da UNISC, intitulada “*Contribuições*

e atravessamentos do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde na construção da identidade profissional”. Através desse espaço foi possível viabilizar um canal de externalização do sofrimento, fortalecer o vínculo entre os colegas, compartilhar percepções das diferentes áreas de conhecimento acerca do cuidado ao sujeito, repensar aspectos relativos à gestão e condução de serviços, bem como construir estratégias de enfrentamento e cuidado que auxiliassem em uma vivência mais enriquecedora do processo de formação.

A relevância desse cuidado aos profissionais de saúde é corroborada por Araujo, Bohomol e Teixeira (2020), em que tais autores destacam que, diante das diversas mudanças criadas para prover os melhores cuidados aos pacientes, poucas foram feitas pensando no cuidado à equipe, o que coloca a importância de se pensar aspectos como a promoção de espaços de escuta e apoio psicológico, a comunicação clara e o alinhamento de informações que minimizem inseguranças, bem como a valorização dos momentos de pausa e descanso.

Considerações Finais

O contexto de saúde decorrente da pandemia pela Covid-19 exigiu grandes transformações nos processos de cuidado aos pacientes e nas rotinas e dinâmicas das equipes de saúde no contexto hospitalar. Tais mudanças precisaram ser construídas diariamente, tanto a partir do estudo e da capacitação profissional dos sujeitos envolvidos, como também através das trocas (envolvendo Residentes, profissionais do serviço, tutores e gestores) e das percepções e necessidades de pacientes e familiares.

Dentro das UTI, considerando os riscos de transmissão e priorizando a segurança biológica, as dinâmicas de visitas e acompanhamentos inicialmente precisaram ser suspensas e, posteriormente, readaptadas. As formas de utili-

zação dessas ferramentas de cuidado, ao longo do enfrentamento do contexto pandêmico, precisaram ser repensadas e reconstruídas continuamente. Porém tais construções exigiram uma interlocução entre as diferentes áreas envolvidas no cuidado ao paciente, no intuito de pensar as possibilidades (como aproximar a rede de apoio, quais os critérios para as ações), os recursos necessários (estrutura física, profissionais responsáveis pelas atividades, equipamentos tecnológicos e EPI) e o manejo das demandas (observação dos sinais vitais do paciente, preparo para situações de mudanças no quadro clínico do mesmo, disponibilidade para esclarecer dúvidas, suporte ao luto antecipatório dos familiares).

A partir disso, foi possível desenvolver as Visitas Virtuais (áudios e videochamadas) e, posteriormente as Visitas Presenciais, como forma de cuidado à saúde emocional não somente do paciente, mas também de sua família, que se via até então distanciada do processo. Percebeu-se que a viabilização do contato entre pacientes e familiares adquiriu grande importância frente ao contexto de hospitalização por Covid-19, tendo em vista o caráter solitário que a doença implica. Nesse sentido, ao construir e implementar tal possibilidade, promoveu-se um cuidado mais integral e participativo do paciente e família.

Para os profissionais e serviços de saúde, isso significou rotinas incertas, necessidade de constante (re)adaptação e reforçou a importância do trabalho interdisciplinar, tendo sempre a humanização como norte e a educação em saúde enquanto um alicerce fundamental das práticas. Além disso, teve reflexos na saúde emocional dos profissionais de linha de frente. O isolamento é solitário não só para os pacientes, mas também para a equipe, que se torna o único suporte possível para o paciente, nesse contexto. O cenário de muitas perdas, o luto não reconhecido do profissional de saúde e o distanciamento social ne-

cessário fora do ambiente de trabalho, podem gerar sofrimento emocional no profissional. Assim, a possibilidade das visitas vem como uma ferramenta que tem desdobramentos em diversas áreas.

A diminuição dos sintomas de ansiedade, relatados pelos pacientes, têm influência nas questões respiratórias que vêm com a Covid-19; sentir-se fortalecidos emocionalmente e apoiados, fez com que os pacientes conseguissem aceitar e contribuir para as terapêuticas necessárias; a vinculação com equipe e família era vista de forma positiva pelos hospitalizados, bem como a possibilidade de despedida, quando fosse o caso. Para os profissionais, isso reflete diretamente na rotina de trabalho: torna-se possível passar notícias e esclarecer dúvidas da família presencialmente - olho no olho -; a vinculação com a família representa maior confiança no trabalho da equipe; a interação necessária para viabilizar tais momentos cria vínculos importantes dentro da própria equipe, assim como o sentimento de estarem fazendo todo o possível por seus pacientes - não apenas na dimensão biológica do adoecimento.

Os PRMS enfatizam o aprendizado em serviço, a educação permanente e a transformação das práticas, como foi o caso do Programa aqui citado. As Residências são ferramentas para uma educação interprofissional e os Residentes vêm de uma “[...] história de formação em saúde ordenada por especialidades, com a prática centrada em um trabalho individualizado e mecanizado” (CAVALCANTE *et al.*, 2021, p. 120), que vai sendo questionada ao longo do aprendizado em serviço e da integração com as equipes. Portanto, se foi possível viabilizar novas formas de cuidado durante uma pandemia, dentro de um contexto de isolamento e em um cenário indistinto, a educação em saúde proporcionada pelas Residências Multiprofissionais tem seu destaque.

Referências Bibliográficas

ARAUJO, P.; BOHOMOL, E.; TEIXEIRA, T. Gestão da Enfermagem em Hospital Geral Público Acreditado no Enfrentamento da Pandemia por COVID-19. *Enfermagem em Foco*, v. 11 (1.ESP), 2020. doi:<https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n1.ESP.3650>

ARNEMANN, C. T. *et al.* Práticas exitosas dos preceptores de uma residência multiprofissional: interface com a interprofissionalidade. *Interface*, 22 (Supl. 2), 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/Db4nq7VD8KbHxR-QmzqT5Cbp/?lang=pt>> Acesso em: outubro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coronavírus (COVID-19): sobre a doença [Internet]. 2020. Disponível em: <<https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca#o-que-e-covid>>. Acesso em: setembro de 2022.

BRASIL. Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 16 abr. 2012. Seção I, p. 24-25. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/docman/marco-2014-pdf/15448-resol-cnrms-n2-13abril-2012>>.

CAVALCANTE, V. O. M. *et al.* Residências Multiprofissionais em saúde no enfrentamento da COVID-19: relato de intervenções interprofissionais. *SANARE* (Sobral, online), v. 20 (Supl. 1): p. 118-126, 2021. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1458>> Acesso em: setembro de 2022.

CREPALDI, M. A. *et al.* Terminalidade, morte e luto na pandemia de COVID-19: demandas psicológicas emergentes e implicações práticas. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, v. 37, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/estpsi/a/LRmfcnxMXwrbCtWSxJKwBkm/>> Acesso em: outubro de 2022.

CRISPIM, D., et al. Visitas virtuais durante a pandemia do COVID-19: Recomendações práticas para comunicação e acolhimento em diferentes cenários da pandemia. 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1104030>. Acesso em: setembro de 2022.

FREITAS, K.S.; MENEZES, I. G.; MUSSI, F. C. Conforto na perspectiva de familiares de pessoas internadas em Unidade de Terapia Intensiva. *Texto & Contexto - Enfermagem* [online], v. 21, n. 4, p. 896-904, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000400021>>.

GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. São Paulo: Atlas; 2008.

MEDEIROS, L.; FERREIRA, H.; JUNIOR, G. Visitas virtuais a pacientes hospitalizados por seus entes queridos, durante a pandemia de covid-19, em UTI de Centro Oncohematológico: um relato de experiência. *Hematology, Transfusion and Cell Therapy*, v. 42, p. 567, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.958>>. Acesso em: setembro de 2022.

SILVA, C. T., et al. Residência Multiprofissional como espaço intercessor para a Educação Permanente em Saúde. *Texto & Contexto - Enfermagem* [online], v. 25, n. 1, e2760014, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0104-0707201600002760014>>. Acesso em: setembro de 2022.

SILVA, K. C. L.; LIMA, M. E. G. A inserção de duas Psicólogas Residentes em tempos de COVID-19. *Cadernos ESP*, [S. l.], v. 14, n. 1, p. 95–99, 2020. Disponível em: [//cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/316](http://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/316). Acesso em: setembro de 2022.

SIMONETTI, A. Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença. 8 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2016.

VIEIRA, A. G.; WAISCHUNNG, C. D. A atuação do psicólogo hospitalar em Unidades de Terapia Intensiva: a atenção prestada ao paciente, familiares e equipe, uma revisão de literatura. *Rev. SBPH*, v. 21 n. 1, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582018000100008> Acesso em: outubro de 2022.

VILLACA, D. M. R.; GUND, D. P.; BALTAZAR, M. M. de M. Virtual visits to patients with Covid-19 hospitalized in the ICU: experience report of a social worker. *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 10, n. 17, p. e238101724743, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i17.24743. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/24743>. Acesso em: setembro de 2022.

ZANINI, A. M. *et al.* Atuação da psicologia em um centro de terapia intensiva dedicado para COVID-19: relato de experiência. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, v. 23, n. 1, 2021. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1349443>> Acesso em: setembro de 2022.

CAPÍTULO XV

PREVENÇÃO DE QUEDAS EM IDOSOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PROJETO DE INTERVENÇÃO MULTIDISCIPLINAR

Frederico Bartz Noy

João Pedro Felkl Nascimento

Andressa Stella Kuhn Correia da Rosa

Izadora Joseane Borrajo Moreira

Luciano Nunes Duro

Doi: 10.48209/978-65-5417-109-F

Introdução

Não é novidade que a população mundial está envelhecendo. A expectativa, inclusive, é que em 2050, existirão mais idosos acima de sessenta anos do que jovens com menos de quinze, fato este, único na história da humanidade. No Brasil, o cenário não é diferente. Analisando a epidemiologia da população brasileira, em 2010, a população era de 190.755.799, sendo 20.590.599 de habitantes com mais de 60 anos, 10,79% do total. Comparando com o ano de 1991, pode-se perceber ainda que vem crescendo a proporção de mulheres com

mais de 60 anos em relação aos homens: 11.434.487 mulheres, um aumento de 97,44%; e 9.156.112 de homens, representando 85,67% a mais do que em 1991 (DATASUS, 2018).

Segundo os Descritores em Ciências da Saúde, o envelhecimento consiste em “mudanças graduais irreversíveis na estrutura e funcionamento de um organismo que ocorrem como resultado da passagem do tempo” (OMS, 2018).

Essas mudanças representam um estado de funcionalidade inadequado e progressivo, que predispõe o indivíduo a maior morbidade e mortalidade (LEITE; KANIKADAN, 2016; NETO et al., 2018).

Semelhantemente, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2015) define esse processo como:

“(...) o envelhecimento é associado ao acúmulo de uma grande variedade de danos moleculares e celulares. Com o tempo, esse dano leva a uma perda gradual nas reservas fisiológicas, um aumento do risco de contrair diversas doenças e um declínio geral na capacidade intrínseca do indivíduo. Em última instância, resulta no falecimento. (...)”

Especificamente, convém destacar que a perda integral da funcionalidade biológica se traduz pelo conjunto de disfunções musculoesqueléticas, cardiorrespiratórias, neurocognitivas, vestibulares e visuais (LEITE; KANIKADAN, 2016; NETO et al., 2018). Inerente a isso continuam as quedas em pessoas idosas que representam um importante problema de saúde pública prevenível e se traduzem como um grande desafio, devido à alta incidência de lesões e de profundas consequências, como incapacidade, institucionalização e morte (BRASIL, 2006).

Além das consequências aos que caem, deve-se levar em conta o custo gerado ao sistema público de saúde para o tratamento destes pacientes, uma vez que as quedas poderão acarretar em internações hospitalares, procedimen-

tos, serviços e medicações necessários para a reabilitação ou para proporcionar uma melhor qualidade de vida.

Aproximadamente um terço da população idosa cai todos os anos; em torno de 2,5% dos casos resultam em internação hospitalar e, apenas metade destes, estará viva após um ano da queda (BRASIL, 2006). Analisando dados do Sistema Único de Saúde (SUS), em 2017, o custo com as 114.171 internações hospitalares por quedas (CID 10: W19), em pacientes acima de 60 anos de idade, foi de R\$ 176.170.367,08, um valor 71,1% maior do que no ano de 2010. Ainda, este valor representa 41,8% dos R\$ 421.164.070,14 gastos com internações hospitalares por causas externas em todo o Brasil em todas as faixas etárias no sistema público de saúde (DATASUS, 2018; BORGES, 2013). Além disso, estima-se que 70% das mortes acidentais em idosos com mais de 75 anos sejam secundárias às quedas (LEITE; KANIKADAN, 2016).

Assim sendo, a adoção de medidas que possam prevenir que idosos caiam consequentemente resultará em ganho de qualidade de vida para esta população além de economia aos cofres públicos (OMS, 2015; BRASIL, 2006).

A partir da análise dos inúmeros fatores que podem contribuir para que um idoso caia, podemos pensar e traçar medidas preventivas/protetoras (BRASIL, 2006; GARCIA et al., 2018). Nessa perspectiva, um aumento na proporção de mulheres com mais de 60 anos ganha importância visto que as mulheres até os 75 anos têm mais chance de cair do que os homens na mesma faixa etária; e ainda associa-se o fato delas serem mais acometidas por osteoporose e, com isso, apresentam um risco maior de fraturas (BRASIL, 2006).

Nesse sentido, podemos salientar o significativo papel da atenção básica à saúde na prevenção desses desfechos desfavoráveis, uma vez que são estes serviços os que mantêm um contato mais próximo das pessoas idosas pelas

quais são responsáveis. Através das equipes de saúde, um trabalho multidisciplinar pode ser realizado de forma a garantir um atendimento integral e com o intuito de promover uma atenção individualizada e personalizada considerando as peculiaridades de cada um: ser diferente com diferentes (NETO et al., 2018; BRASIL, 2006).

Os fatores de risco para quedas em idosos permeiam elementos intrínsecos ao processo de envelhecimento, como múltiplas comorbidades, reações adversas a medicamentos, redução da capacidade funcional, alterações cognitivas, história pregressa de quedas, sexo feminino, fraqueza muscular e diminuição do equilíbrio (BRASIL, 2006; GARCIA et al., 2018). Paralelamente, fatores extrínsecos a saúde do idoso também podem influenciar no risco de quedas, com destaque para: ambientes mal iluminados, mal planejados ou mal construídos, barreiras arquitetônicas como degraus, aclives ou declives, pisos escorregadios, tapetes, móveis instáveis e ambientes desorganizados.

A maioria das quedas ocorre no ambiente domiciliar ou em suas imediações, o que sinaliza a inalienável necessidade da inclusão do planejamento e prevenção arquitetônicos e ambientais no processo de prevenção de quedas (LEITE; KANIKADAN, 2016; BRASIL, 2006; BORGES, 2013). A prevenção de quedas vai muito além da prescrição médica de exames e medicamentos. O Caderno de Atenção Básica nº 19 do Ministério da Saúde, sobre envelhecimento e saúde do idoso, traz como informação que: “A maioria das quedas acidentais ocorrem dentro de casa ou em seus arredores, geralmente durante o desempenho de atividades cotidianas como caminhar, mudar de posição e ir ao banheiro. Cerca de 10% das quedas ocorrem em escadas sendo que descê-las apresenta maior risco que subi-las” (BRASIL, 2006)

Assim, nota-se que a análise do ambiente onde a pessoa idosa está inserida é de extrema importância. Para isso, a realização de visitas domiciliares mul-

tipofissionais para identificação de fatores de risco para quedas no domicílio bem como a avaliação do bem estar geral visando propostas para melhora do equilíbrio e reforço muscular deverão ser o foco das ações preventivas.

Ademais, a avaliação médica possibilita a identificação de possíveis interações medicamentosas (geralmente pelo número expressivo de polifarmácia nessa faixa etária) e responsáveis por sérios efeitos colaterais, como vertigem e sonolência. Nesse sentido, caberá ao profissional médico identificar e manejar adequadamente essas intercorrências e também as patologias que podem contribuir para instabilidade postural, quedas e fraturas, como osteoporose e Doença de Parkinson (NETO et al., 2018; BRASIL, 2006).

Desenvolvimento

Foram pesquisados artigos na plataforma Scielo, através dos descritores “queda” e “idosos”. Foram considerados válidos aqueles artigos cujo tema principal foi “quedas em idosos” e que discorrem a respeito de prevenção, aspectos socioeconômicos, dados estatísticos, complicações e fatores de risco. Também se incluiu o Caderno de Saúde Pública do Ministério da Saúde sobre envelhecimento. Adicionalmente, buscou-se publicações na plataforma PubMed e Scielo. Dados referentes à epidemiologia, internações e custos hospitalares, bem como morbimortalidade foram coletados no DATASUS. Ao final da análise, foi elaborada uma proposta de intervenção com aplicabilidade na rede pública de saúde. Consiste em um resumo de informações que poderão ser veiculados através de folders e cartazes. O impacto do material pode ser objeto de análise de futuros estudos.

Discussão

Escore de Avaliação

O uso de escores de avaliação de risco para quedas é um recurso útil na triagem de idosos suscetíveis. A utilização destas ferramentas, atrelada a regionalização e integralidade do SUS, características incorporadas na Estratégia de Saúde da Família (ESF), pode ser aplicada por Agentes Comunitários de Saúde (ZERBINI, 2015).

Em metanálise recente, Park relata a limitação de testes únicos quanto a sensibilidade e especificidade. Para tanto sugere o uso de dois escores para idosos no nível da atenção básica (PARK, 2017). O uso do escore Timed Up and Go (TUG) (ver anexo 1), validado no Brasil (DUTRA et al., 2016) em adição ao escore Berg Balance Scale (BBS) (ver anexo 2), também validado em território nacional (MIYAMOTO et al., 2004), parecem aumentar a sensibilidade e especificidade da triagem de idosos de baixo risco (PARK, 2017). O BBS avalia, através de 14 itens, a performance do balanço funcional do idoso.

Cada item varia sua pontuação de 0 a 4, sendo o primeiro a pior performance e o último, a melhor. A pontuação máxima é de 56 pontos (MIYAMOTO et al., 2004). O escore TUG avalia a realização de atividades básicas, como equilíbrio, marcha e habilidades funcionais (DUTRA et al., 2016).

Outra ferramenta consagrada na avaliação de risco de fraturas associadas a osteoporose, também validada no Brasil desde 2013, é o escore Fracture Risk Assessment Tool (FRAX) (ver anexo 3) (ZERBINI, 2015; SOUSA; OLIVEIRA, 2018). É o escore mais utilizado em pacientes em tratamento de osteoporose. Correlaciona idade, sexo, índice de massa corporal (IMC), tabagismo,

história familiar de fratura, uso de corticoides, entre outros fatores de risco, e densidade mineral óssea.

Estima-se a probabilidade de fratura de fêmur e outros ossos, nos próximos 10 anos (ZERBINI, 2015; SOUSA e OLIVEIRA, 2018). A adição do escore FRAX pode acrescentar sensibilidade à combinação dos escores TUG+BBS, levando em consideração a sobreposição dos fatores causais e de risco de osteoporose e quedas.

Prevenção

Com o objetivo de reduzir o número de quedas na população-alvo, propõe-se uma abordagem multidisciplinar e individual do paciente. Para isso podemos dividir a investigação/intervenção num tripé das principais medidas a serem tomadas.

Propomos ainda o recurso mnemônico “ABC para prevenir Quedas”: Ambiente, Bem-estar físico e Intervenção Clínica (SOUSA e OLIVEIRA, 2018).

A) Controle Ambiental: Como já dito, a maior parte das quedas ocorre dentro do ambiente doméstico, enquanto o idoso realiza suas atividades cotidianas (BRASIL, 2006). Sendo assim, a identificação de fatores de risco ambientais e sua consequente minimização se torna a principal medida a ser adotada quando se objetiva a redução das quedas e suas consequências. Neste contexto, a equipe de atenção primária deve realizar visita domiciliar (VD) ao seu paciente-alvo, e ainda identificar os locais frequentemente visitados pelo mesmo.

Com essa avaliação, *in loco*, a identificação e a correção de fatores de risco se tornam muito mais acuradas. É sabida a importância do controle

ambiental, contudo, uma análise bibliográfica de 2016 mostrou que apenas 13,5% dos estudos de avaliação de prevenção de quedas se utilizaram de VDs, e menos ainda, 4,3%, questionaram o ambiente domiciliar (LEITE; KANIKADAN, 2016). Isto nos permite inferir que a abordagem na prevenção de quedas não está levando em conta o principal fator de risco modificável, importante para de fato termos redução na taxa de idosos que caem.

Os agentes comunitários de saúde (ACS) ganham papel de protagonista neste ponto, afinal são os que têm mais acesso ao ambiente doméstico de cada paciente. O idoso com risco aumentado de quedas pode ser identificado durante uma consulta médica ou de enfermagem, e posteriormente ser discutido o caso em equipe para abordagem multidisciplinar.

Abaixo, vemos os principais fatores de risco ambientais, bem como estratégias de intervenção.

Tabela 1 - Riscos e Intervenções.

Risco	Intervenção
Estantes	Instalar estantes com os objetos mais utilizados pelo idoso no alcance de suas mãos, evitando abaixar-se ou subir escadas
Escadas	Instalar corrimões firmes, bilateralmente. Devem iniciar antes do primeiro degrau e se estender até depois do último.
	Instalar interruptores no começo e no final da escada, evitando subir/descer no escuro.
	Degraus com altura regular, de nível máximo 15 cm
	Fitas antiderrapantes e, de preferência, coloridas marcando o limite do degrau
	Retirar tapetes do início e do fim da escadaria

Banheiro	Iluminação adequada
	Uso de fitas/tapetes antiderrapantes, evitando deslizar em superfícies úmidas
	Ajustar a altura do vaso sanitário, que muitas vezes se encontram muito baixos
	Instalar barras de apoio para levantar-se
Quarto	Iluminação adequada, com instalação de interruptores na entrada e ao lado da cama
	Na impossibilidade de modificação da instalação elétrica, orientar o idoso a possuir uma lanterna em sua cabeceira, evitando caminhar no escuro
	Ajustar a altura da cama, de preferência na altura dos joelhos (em torno de 45 cm)
	Observar a qualidade do colchão e verificar suas bordas: quando moles, facilitam a queda da cama.
Pisos	Observar pisos lisos e aqueles que acumulam umidade: nestes casos, instalar fitas/tapetes antiderrapantes ou aplicar cera antideslizante
	Observar desníveis e irregularidades na calçada, consertando falhas e sinalizando áreas de maior risco
	Observar tapetes que podem gerar quedas e removê-los quando for o caso
Gás	Observar se as válvulas estão com bom funcionamento e bem sinalizadas: vazamento de gás pode levar, além do risco de explosão, perda de consciência por inalação
Temperatura	A temperatura da casa deve estar adequada, agradável. Tanto temperaturas muito baixas como elevadas podem causar mal estar e perda de equilíbrio, levando a quedas
Animais	Pequenos animais circulando no ambiente que o idoso deambula podem gerar tropeços. Observar, em cada caso, soluções para minimizar este risco

B) Bem-estar físico: Neste segundo ponto o foco é a estrutura física do idoso. A sabedoria popular orienta a população da terceira idade a praticar caminhadas regularmente. Contudo, visando à prevenção de quedas e prevenção/tratamento de osteoporose, deve-se incentivar esta população a realizar exercícios de impacto. Atividades físicas como alongamentos, exercício de equilíbrio e marcha, extensão isométrica de tronco e atividade de cadeia cinética aberta se mostraram eficientes no ganho de força muscular, prevenção de quedas e fraturas (DOS SANTOS; BORGES, 2017). Cabe ainda ao profissional de saúde da atenção primária a sensibilidade de oferecer atividade física ao paciente, contudo, a escolha da modalidade deve ser dele, visando a aumentar a adesão e satisfação do usuário. Ainda, o profissional fisioterapeuta ganha grande importância neste quesito. Sabendo que as quedas se dão em ambiente doméstico, com atividades cotidianas, alguns exercícios podem ser realizados, seja no domicílio seja em grupo, assistidos pelo fisioterapeuta, a fim de melhorar a força, equilíbrio, marcha e propriocepção do paciente (REBELATTO; MORELLI, 2007).

C) Intervenção Clínica: avaliação clínica deste paciente, com especial atenção a suas comorbidades físicas e mentais e medicações em uso. Algumas doenças favorecem o idoso a cair, devido à instabilidade postural, perda de massa muscular e diminuição de reflexos. O profissional da atenção primária deve atentar para doenças neurodegenerativas, como Parkinson e Alzheimer, por exemplo. Depressão e transtornos de ansiedade também devem ser investigados e manejados adequadamente. Com o avançar da idade, diagnósticos diferentes podem ir se somando no paciente idoso. E com eles, novos especialistas consultados, novas medicações prescritas, novos efeitos colaterais, novos sintomas e mais medicações. É neste cenário que a figura do médico de família e comunidade (MFC) ganha destaque. Ele deve ser o profissional que central-

iza o cuidado deste paciente, quem verifica e sintetiza os problemas de saúde e, conjuntamente com os especialistas e o paciente, estabelece o plano terapêutico mais adequado, evitando medicações e exames desnecessários (BRASIL, 2006).

Algumas drogas, como por exemplo o clonazepam, apresenta longa meia-vida, causando sedação e diminuição dos reflexos ao longo do dia. Medicações com efeitos no sistema cardiovascular representam quase metade das prescrições em idosos (BRASIL, 2006). Algumas podem causar, como efeito colateral, hipotensão postural, ou até mesmo hipotensão por superdosagem. Além desse grupo de medicações, os antidiabéticos orais também figuram constantemente nestas prescrições. Alguns têm capacidade de gerar hipoglicemia, o que pode também causar quedas e merece atenção nas revisões. Outras medicações podem gerar Parkinsonismo induzido por drogas, como neurolépticos, antieméticos (metoclopramida), cinarizina e flunarizina (uso comum, apesar de questionável, para tratamento de vertigens e prevenção de quedas), lítio e valproato, entre outros. Como consequência, estes pacientes desenvolvem bradicinesia e instabilidade postural, aumentando o risco de quedas (GUSSO; LOPES, 2012). Igualmente, o uso de diuréticos deve ser otimizado, tendo em vista a possibilidade de despertares noturnos diante do reflexo miccional secundário a farmacodinâmica dessas drogas. Idas ao banheiro durante a noite associadas a sonolência podem levar a quedas (GUSSO; LOPES, 2012; PROTÓGENES, 2010).

Uma vez revisadas as comorbidades e prescrição destes pacientes, bem como a avaliação de risco potencial de quedas, o MFC deve também se atentar ao diagnóstico de osteoporose. Recente meta-análise não mostrou benefício no uso rotineiro de suplementação de cálcio e vitamina D, isolados ou em associação, na população idosa com intuito de prevenir fraturas (ZHAO et al., 2017). A suplementação de vitamina D em pacientes idosos parece diminuir o

risco de quedas, por promover ganho na força muscular e melhorar o equilíbrio. Contudo, tal evidência vem sendo alvo de recentes estudos, buscando determinar se de fato os pacientes devem ser suplementados e a quem a suplementação traria benefícios (MELLO et al., 2010). Contudo, uma vez diagnosticada osteoporose, o MFC deve instituir o tratamento adequado a este paciente. (CAIRES, 2017).

O MFC e toda a equipe de ESF, devem também perceber que a queda é um evento traumático potencialmente catastrófico na vida da família do idoso que cai. Por si só ela gera o medo de uma nova queda. E esse medo não fica restrito apenas ao paciente, mas muitas vezes abrange a família, e acaba restringindo as atividades do idoso, gerando ainda mais fragilidade e dependência. Se não bem capacitados, inclusive os profissionais de saúde podem acabar contribuindo para este cenário de superproteção. Sendo assim, visando uma abordagem centrada no paciente e na família, o MFC deve esclarecer a família quanto aos cuidados, proporcionar a reabilitação deste idoso e, principalmente, identificar e corrigir os principais fatores de risco para quedas (GUSSO; LOPES, 2012).

Considerações Finais

A abordagem multidisciplinar das quedas em idosos é sem dúvidas a melhor conduta a ser seguida. Os elementos ambiental, clínico e do bem-estar do idoso, condensados no “ABC” do idoso podem ser guias para um manejo sistemático dos vários elementos que compõem este fenômeno. Portanto, o médico é apenas um dos profissionais necessários na atenção integral à prevenção das quedas. Agentes comunitários de saúde, enfermeiros, técnicos de enfermagem e até mesmo outros profissionais como arquitetos e engenheiros têm papel na divisão e integração das tarefas e do conhecimento para reduzir o risco desta situação que pode ser tão dramática na vida do idoso.

Referências Bibliográficas

BORGES, F. **A abordagem das quedas em idosos na atenção primária à saúde.** Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Uberaba, 2013. 39f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Avaliação global da pessoa idosa na atenção básica.** Caderno de Atenção Básica - Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília. 2006.

CAIRES, E., et al. **Tratamento da osteoporose pós-menopáusia: um algoritmo baseado na literatura para uso no sistema público de saúde.** Revista Brasileira de Reumatologia, v. 57, n. 3, p. 254-263, 2017.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS - DATASUS. **Informações de Saúde, Epidemiológicas e Morbidade: banco de dados.** Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/> Acesso em: 01/12/2018

DOS SANTOS, M; BORGES, G. **Exercício físico no tratamento e prevenção de idosos com osteoporose: uma revisão sistemática.** Fisioterapia em movimento, v. 23, n. 2, 2017.

DUTRA, M. C.; CABRAL, A. L.; CARVALHO, G. A. **Tradução para o português e validação do teste Timed Up and Go.** Interfaces, v. 3, n. 9, p. 81-8, 2016. 11.

MIYAMOTO, S., et al. **Brazilian version of the Berg balance scale.** Brazilian journal of medical and biological research, v. 37, n. 9, p. 1411-1421, 2004.

FHON, J., et al. **Factors associated with frailty in older adults: a longitudinal study.** Revista de Saúde Pública v. 52, p. 74, 2018.

GARCÍA, B., et al. **Risk of drug-related falls among noninstitutionalized older adults.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 52, 2018. 21

GUSSO, G., LOPES, J. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade – princípios, formação e prática – 2 vol..** ArtMed, 2012-01-01.

LEITE, N., KANIKADAN, P. **Estudo bibliográfico sobre prevenção de quedas em idosos no universo da atenção básica.** South American Journal Of Basic Education, Technical And Technological, v. 3, n. 2, 2016.

MELLO, R., et al. **Vitamina D e prevenção de quedas em idosos: uma revisão sistemática.** Scientia Medica (Porto Alegre) 2010; volume 20, número 2, p. 200- 206

NETO, J., et al. **Percepção sobre queda e exposição de idosos a fatores de risco domiciliares.** Ciência & Saúde coletiva, v. 23, p. 1097-1104, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde.** OMS, 2015.

PARK, S. **Tools for assessing fall risk in the elderly: a systematic review and meta-analysis.** Aging clinical and experimental research, p. 1-16, 2017.

PROTÓGENES, M. **Distúrbios do movimento induzidos por drogas.** Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto, v. 9, n. 1, 2010.

REBELATTO, J.R., MORELLI, J.G.S. **Fisioterapia Geriátrica: a prática da assistência ao idoso.** 2. Ed. Ampl. Barueri, SP: Manole, 2007.

SOUSA, C; OLIVEIRA, M. **FRAX Tool in Brazil: an integrative literature review following validation.** Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 21, n. 1, p. 108-115, 2018.

ZERBINI, C. A. F. et al. **Incidence of hip fracture in Brazil and the development of a FRAX model.** Archives of osteoporosis, v. 10, n. 1, p. 28, 2015.

ZHAO, J., et al. **Association between calcium or vitamin D supplementation and fracture incidence in community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis.** Jama, v. 318, n. 24, p. 2466-2482, 2017. 22

Anexos

Anexo 1.

Teste TUG, traduzido O teste “Up & Go” cronometrado mede, em segundos, o tempo que um indivíduo leva para se levantar de uma cadeira, com apoio de braços, de tamanho padrão (altura do assento de aproximadamente 46 cm), andar uma distância de 3 metros, se virar, retornar até a cadeira e se sentar novamente. O sujeito deve utilizar seu calçado habitual e seu auxílio locomoção (nenhum, bengala ou andador). Nenhuma assistência física deve ser dada. Ele começa o teste com as costas apoiadas na cadeira, os braços apoiados nos braços da cadeira e segurando seu auxílio locomoção. Ele recebe a instrução de que, ao ouvir a palavra “vai”, deve se levantar e andar num ritmo confortável e seguro (no passo do seu dia a dia) até uma linha desenhada no chão a 3 metros de distância, se virar, retornar à cadeira e sentar-se novamente.

O sujeito pratica o teste uma vez antes de ser cronometrado, para se familiarizar com o procedimento.

Para marcar o tempo do teste, pode-se utilizar tanto um relógio de pulso com ponteiro de segundos ou um cronômetro.

Data do teste _____ Velocidade da marcha _____

Adaptado de: DUTRA, M. C.; CABRAL, A. L.; CARVALHO, G. A. Tradução para o português e validação do teste Timed Up and Go. *Interfaces*, v. 3, n. 9, p. 81-8, 2016.

Anexo 2.

Escala de equilíbrio funcional de Berg - Versão Brasileira

Nome _____ Data _____ Local _____
_____ Avaliador _____

Descrição do item ESCORE (0-4)

1. Posição sentada para posição em pé _____

2. Permanecer em pé sem apoio _____

- 3 . Permanecer sentado sem apoio _____
- 4 . Posição em pé para posição sentada _____
5. Transferências _____
6. Permanecer em pé com os olhos fechados _____
7. Permanecer em pé com os pés juntos _____
8. Alcançar a frente com os braços estendidos _____
9. Pegar um objeto do chão _____
10. Virar-se para olhar para trás _____
11. Girar 360 graus _____
12. Posicionar os pés alternadamente no degrau _____
13. Permanecer em pé com um pé à frente _____
14. Permanecer em pé sobre um pé _____
- Total _____

Instruções gerais

Por favor, demonstrar cada tarefa e/ou dar as instruções como estão descritas.

Ao pontuar, registrar a categoria de resposta mais baixa, que se aplica a cada item.

Na maioria dos itens, pede-se ao paciente para manter uma determinada posição durante um tempo específico. Progressivamente mais pontos são deduzidos, se o tempo ou a distância não forem atingidos, se o paciente precisar de supervisão (o examinador necessita ficar bem próximo do paciente) ou fizer uso de apoio externo ou receber ajuda do examinador. Os pacientes devem entender que eles precisam manter o equilíbrio enquanto realizam as tarefas. As escolhas sobre qual perna ficar em pé ou qual distância alcançar ficarão a critério do paciente. Um julgamento pobre irá influenciar adversamente o desempenho e o escore do paciente. Os equipamentos necessários para realizar os testes são um cronômetro ou um relógio com ponteiro de segundos e uma régua ou outro indicador de: 5; 12,5 e 25 cm. As cadeiras utilizadas para o teste devem ter uma altura adequada. Um banquinho ou uma escada (com degraus de altura padrão) podem ser usados para o item 12.

1. Posição sentada para posição em pé

Instruções: Por favor, levante-se. Tente não usar suas mãos para se apoiar.

- () 4 capaz de levantar-se sem utilizar as mãos e estabilizar-se independentemente
- () 3 capaz de levantar-se independentemente utilizando as mãos
- () 2 capaz de levantar-se utilizando as mãos após diversas tentativas
- () 1 necessita de ajuda mínima para levantar-se ou estabilizar-se
- () 0 necessita de ajuda moderada ou máxima para levantar-se

2. Permanecer em pé sem apoio

Instruções: Por favor, fique em pé por 2 minutos sem se apoiar.

- () 4 capaz de permanecer em pé com segurança por 2 minutos
- () 3 capaz de permanecer em pé por 2 minutos com supervisão

- ☐ 2 capaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio
- ☐ 1 necessita de várias tentativas para permanecer em pé por 30 segundos sem apoio
- ☐ 0 incapaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio

Se o paciente for capaz de permanecer em pé por 2 minutos sem apoio, dê o número total de pontos para o item No. 3. Continue com o item No. 4.

3. Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho

Instruções: Por favor, fique sentado sem apoiar as costas com os braços cruzados por 2 minutos.

- ☐ 4 capaz de permanecer sentado com segurança e com firmeza por 2 minutos
- ☐ 3 capaz de permanecer sentado por 2 minutos sob supervisão
- ☐ 2 capaz de permanecer sentado por 30 segundos
- ☐ 1 capaz de permanecer sentado por 10 segundos
- ☐ 0 incapaz de permanecer sentado sem apoio durante 10 segundos

4. Posição em pé para posição sentada

Instruções: Por favor, sente-se.

- ☐ 4 senta-se com segurança com uso mínimo das mãos
- ☐ 3 controla a descida utilizando as mãos
- ☐ 2 utiliza a parte posterior das pernas contra a cadeira para controlar a descida
- ☐ 1 senta-se independentemente, mas tem descida sem controle
- ☐ 0 necessita de ajuda para sentar-se

5. Transferências

Instruções: Arrume as cadeiras perpendicularmente ou uma de frente para a outra para uma transferência em pivô. Peça ao paciente para transferir-se de uma cadeira com apoio de braço para uma cadeira sem apoio de braço, e vice-versa. Você poderá utilizar duas cadeiras (uma com e outra sem apoio de braço) ou uma cama e uma cadeira.

- ☐ 4 capaz de transferir-se com segurança com uso mínimo das mãos
- ☐ 3 capaz de transferir-se com segurança com o uso das mãos
- ☐ 2 capaz de transferir-se seguindo orientações verbais e/ou supervisão
- ☐ 1 necessita de uma pessoa para ajudar
- ☐ 0 necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar para realizar a tarefa com segurança

6. Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados

Instruções: Por favor, fique em pé e feche os olhos por 10 segundos.

- ☐ 4 capaz de permanecer em pé por 10 segundos com segurança
- ☐ 3 capaz de permanecer em pé por 10 segundos com supervisão
- ☐ 2 capaz de permanecer em pé por 3 segundos
- ☐ 1 incapaz de permanecer com os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé
- ☐ 0 necessita de ajuda para não cair

7. Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos

Instruções: Junte seus pés e fique em pé sem se apoiar.

- ☐ 4 capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 1 minuto com segurança
- ☐ 3 capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 1 minuto com supervisão
- ☐ 2 capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 30 segundos
- ☐ 1 necessita de ajuda para posicionar-se, mas é capaz de permanecer com os pés juntos durante 15 segundos
- ☐ 0 necessita de ajuda para posicionar-se e é incapaz de permanecer nessa posição por 15 segundos

8. Alcançar a frente com o braço estendido permanecendo em pé

Instruções: Levante o braço a 90°. Estique os dedos e tente alcançar a frente o mais longe possível. (O examinador posiciona a régua no fim da ponta dos dedos quando o braço estiver a 90°. Ao serem esticados para frente, os dedos não devem tocar a régua. A medida a ser registrada é a distância que os dedos conseguem alcançar quando o paciente se inclina para frente o máximo que ele consegue. Quando possível, peça ao paciente para usar ambos os braços para evitar rotação do tronco).

- ☐ 4 pode avançar à frente mais que 25 cm com segurança
- ☐ 3 pode avançar à frente mais que 12,5 cm com segurança
- ☐ 2 pode avançar à frente mais que 5 cm com segurança
- ☐ 1 pode avançar à frente, mas necessita de supervisão
- ☐ 0 perde o equilíbrio na tentativa, ou necessita de apoio externo

9. Pegar um objeto do chão a partir de uma posição em pé

Instruções: Pegue o sapato/chinelo que está na frente dos seus pés.

- ☐ 4 capaz de pegar o chinelo com facilidade e segurança
- ☐ 3 capaz de pegar o chinelo, mas necessita de supervisão
- ☐ 2 incapaz de pegá-lo, mas se estica até ficar a 2-5 cm do chinelo e mantém o equilíbrio independentemente
- ☐ 1 incapaz de pegá-lo, necessitando de supervisão enquanto está tentando
- ☐ 0 incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair

10. Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé

Instruções: Vire-se para olhar diretamente atrás de você por cima do seu ombro esquerdo sem tirar os pés do chão. Faça o mesmo por cima do ombro direito. (O examinador poderá pegar um objeto e posicioná-lo diretamente atrás do paciente para estimular o movimento) ☐ 4 olha para trás de ambos os lados com uma boa distribuição do peso

- () 3 olha para trás somente de um lado, o lado contrário demonstra menor distribuição do peso
- () 2 vira somente para os lados, mas mantém o equilíbrio
- () 1 necessita de supervisão para virar
- () 0 necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair

11. Girar 360 graus

Instruções: Gire-se completamente ao redor de si mesmo. Pausa. Gire-se completamente ao redor de si mesmo em sentido contrário.

- () 4 capaz de girar 360 graus com segurança em 4 segundos ou menos
- () 3 capaz de girar 360 graus com segurança somente para um lado em 4 segundos ou menos
- () 2 capaz de girar 360 graus com segurança, mas lentamente
- () 1 necessita de supervisão próxima ou orientações verbais
- () 0 necessita de ajuda enquanto gira

12. Posicionar os pés alternadamente no degrau ou banquinho enquanto permanece em pé sem apoio

Instruções: Toque cada pé alternadamente no degrau/banquinho. Continue até que cada pé tenha tocado o degrau/banquinho quatro vezes.

- () 4 capaz de permanecer em pé independentemente e com segurança, completando 8 movimentos em 20 segundos
- () 3 capaz de permanecer em pé independentemente e completar 8 movimentos em mais que 20 segundos
- () 2 capaz de completar 4 movimentos sem ajuda
- () 1 capaz de completar mais que 2 movimentos com o mínimo de ajuda
- () 0 incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair

13. Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente

Instruções: (demonstre para o paciente) Coloque um pé diretamente à frente do outro na mesma linha; se você achar que não irá conseguir, coloque o pé um pouco mais à frente do outro pé e levemente para o lado.

- () 4 capaz de colocar um pé imediatamente à frente do outro, independentemente, e permanecer por 30 segundos
- () 3 capaz de colocar um pé um pouco mais à frente do outro e levemente para o lado, independentemente, e permanecer por 30 segundos
- () 2 capaz de dar um pequeno passo, independentemente, e permanecer por 30 segundos
- () 1 necessita de ajuda para dar o passo, porém permanece por 15 segundos
- () 0 perde o equilíbrio ao tentar dar um passo ou ficar de pé

14. Permanecer em pé sobre uma perna

Instruções: Fique em pé sobre uma perna o máximo que você puder sem segurar.

- () 4 capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por mais que 10 segundos
- () 3 capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por 5-10 segundos
- () 2 capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por mais que 3 segundos
- () 1 tenta levantar uma perna, mas é incapaz de permanecer por 3 segundos, embora permaneça em pé independentemente
- () 0 incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair

Escore total: _____ (Máximo = 56)

Adaptado de: MIYAMOTO, Samira Tatiyama et al. Brazilian version of the Berg balance scale. Brazilian journal of medical and biological research, v. 37, n. 9, p. 1411-1421, 2004

Anexo 3

Fig. 1 – Escore FRAX.

Calculation Tool

Please answer the questions below to calculate the ten year probability of fracture with BMD.

Country: **Brazil** Name/ID: [About the risk factors](#)

Questionnaire:

1. Age (between 40 and 90 years) or Date of Birth
Age: Date of Birth: Y: M: D:

2. Sex ☐ Male ☐ Female

3. Weight (kg)

4. Height (cm)

5. Previous Fracture ☒ No ☐ Yes

6. Parent Fractured Hip ☒ No ☐ Yes

7. Current Smoking ☒ No ☐ Yes

8. Glucocorticoids ☒ No ☐ Yes

9. Rheumatoid arthritis ☒ No ☐ Yes

10. Secondary osteoporosis ☒ No ☐ Yes

11. Alcohol 3 or more units/day ☒ No ☐ Yes

12. Femoral neck BMD (g/cm²)
Select BMD

Weight Conversion
Pounds kg

Height Conversion
Inches cm

01211214
Individuals with fracture risk assessed since 1st June 2011

Fonte: Instrumento de Avaliação do risco de fratura – Universidade de Sheffield Disponível em: <https://www.sheffield.ac.uk/FRAX/tool.aspx?country=55> Acesso em: 02/01/2019

CAPÍTULO XVI

PROTAGONISMO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA: O CASO DE SANTA CRUZ DO SUL – RS

Lais Carolini Pauleski

Andressa Stella Kuhn Correia da Rosa

Izadora Joseane Borrajo Moreira

Graziela Melz

Luciano Nunes Duro

Doi: 10.48209/978-65-5417-109-G

Introdução

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro está arraigada na figura do agente comunitário de saúde (ACS) (MOROSINI; FONSECA, 2018). Este profissional atua na estruturação e fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), idealmente fazendo parte das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) (MOROSINI; FONSECA, 2018; ALONSO; BEGUIN; DUARTE, 2018). Em junho de 2020, de acordo com o Painel de Indicadores da Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde, havia 257.795 ACS no

Brasil sendo responsáveis pelo acompanhamento de 61,09% da população brasileira. A maior cobertura por ACS ocorre na região nordeste do país, que tem 83,2% de sua população assistida por esses profissionais, seguida pela região sul, com 52,75%. Em Santa Cruz do Sul, no Rio Grande do Sul, esse percentual sobe para 60,4% (BRASIL, 2022). Em nível mundial, na última década, vem ocorrendo uma expansão do cuidado em saúde pautado no trabalho do ACS.

Os países de baixa e média renda logo perceberam a importância desse profissional na prestação de serviços em saúde. Com o passar do tempo, os países mais desenvolvidos vêm igualmente investindo nesse ator em saúde. Isso se deve ao fato dos ACS proporcionarem à população um melhor acesso aos serviços assistenciais, equidade e aumento do desempenho e eficiência dos cuidados em saúde, com consequente redução de custos (SCOTT et al., 2018).

O perfil dos ACS, assim como suas atribuições, vem mudando ao longo dos anos. Muitas vezes, são mudanças percebidas como uma descaracterização de seu trabalho, fragilizando a categoria profissional e podendo, inclusive, levar a sua extinção (MOROSINI; FONSECA, 2018; LACERDA et al., 2018). Um exemplo recente é a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que reduziu o número de ACS nas equipes e aumentou o escopo de suas atividades (LACERDA et al., 2018; BRASIL, 2022).

Nas últimas três décadas foram percebidas modificações contrastantes nas atribuições dos ACS. Nos anos 1990, a atuação destes profissionais visava ações em saúde de baixa tecnologia, mas de grande impacto, principalmente, na mortalidade materna e infantil, por meio de orientações sobre a terapia de reidratação oral, incentivo à vacinação e aleitamento materno. Esse cenário caracterizava um perfil educativo e sanitarista (MOROSINI; FONSECA, 2018). A referida mudança no processo de trabalho proposta pela PNAB foi percebida

como um processo voltado à natureza curativa/biomédica, ao invés de educativa (LACERDA et al., 2018).

No entanto, salienta-se que nem sempre as novas atribuições estavam atreladas à formação técnica adequada e padronizada do profissional (ALONSO; BEGUIN; DUARTE, 2018; OLANIRAN et al., 2017). O perfil sociodemográfico do ACS tem impacto direto em seu papel na APS, sendo que alguns desses profissionais têm formação em outras áreas ou estão em busca de formação especializada, retratando o papel do trabalhador como um trabalho temporário (MOROSINI; FONSECA, 2018; ALONSO; BEGUIN; DUARTE, 2018).

A ESF é a principal forma de atenção à saúde no Brasil, sendo sua expansão e qualificação a base para consolidar a Atenção Primária (SAÚDE, 2017; BASTOS et al., 2017). A PNAB destacou que cada equipe de ESF é responsável por cerca de 3.500 pessoas e máximo de 750 pessoas por ACS em áreas de amplo território ou vulneráveis. Essa política também institui a equipe reduzida de Atenção Básica que inclui: médico, enfermeiro e auxiliar e/ou técnico de enfermagem, podendo agregar outros profissionais, como os ACS. A mudança na composição das equipes vem sendo objeto de estudos devido ao temor no aumento das desigualdades de acesso e precariedade na priorização das equipes de ESF (LACERDA et al., 2018).

O aumento da cobertura de ESF no território brasileiro tem sido associado à redução da mortalidade infantil, redução da desnutrição infantil, e maior cobertura vacinal e de pré-natal. Enfatiza-se ainda, que há deficiência de estudos científicos que corroborem esses achados (BASTOS et al., 2017).

O ACS deveria ser o principal elo entre a comunidade e os serviços de saúde, promovendo: acesso, educação em saúde, abordagem dos determinantes

sociais e cuidado centrado na pessoa (ALONSO; BEGUIN; DUARTE, 2018; SCOTT et al., 2018; OLANIRAN et al., 2017). Surgiram no Brasil em 1987, no Ceará (BARRETO et al., 2018) e dessa experiência, em 1991, foi instituído o Programa de Agentes Comunitários (PAC), peça fundamental na consolidação do SUS.

Desde então, as atividades dos ACS vêm sendo regulamentadas por diversas leis de saúde. Embora o perfil venha mudando, assim como suas atribuições (MOROSINI; FONSECA, 2018), não há ainda uma formação técnica padronizada que atenda à totalidade dessas mudanças (OLANIRAN et al., 2017). Em 2004, foi aprovado o Referencial Curricular do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, porém, até o ano de 2020 poucos ACS realizaram a formação sugerida (MOROSINI; FONSECA, 2018; LACERDA et al., 2018; BARRETO et al., 2018).

Um dos entraves para a ampliação do SUS tem sido a força de trabalho que não atende ao perfil da saúde pública brasileira. O problema decorre dos métodos de seleção até à carência de qualificação dos profissionais da saúde. A carência de padronização da categoria e de sua formação dificulta, em nível mundial, a formulação de políticas em saúde, evidenciando a necessidade de conhecer o perfil do ACS (ALONSO; BEGUIN; DUARTE, 2018; OLANIRAN et al., 2017). Em um estudo recente foi evidenciado a importância do ACS para o fortalecimento dos sistemas de saúde, levando ao acesso universal, equitativo, culturalmente adequado e financeiramente viável (SCOTT et al., 2018).

Diante do exposto, o objetivo do presente capítulo é analisar o protagonismo dos ACS, identificando seu perfil sociodemográfico e temas sensíveis de capacitações com vistas a minimizar eventuais dificuldades na realização de suas atividades profissionais diárias, no município de Santa Cruz do Sul - RS.

A qualificação da APS é imprescindível para o município de Santa Cruz do Sul-RS, tornando-se necessário conhecer, de forma aprofundada, os atores sociais que alicerçam o trabalho em saúde - os ACS. Entretanto, para que essa qualificação se torne efetiva é recomendado que seja pautada no perfil dessa categoria profissional. Assim, com os resultados deste estudo, busca-se fomento para estratégias de educação permanente que tenham como meta a qualificação e facilitação das atividades do ACS e que, conseqüentemente, possam contribuir na retomada de seu protagonismo na APS.

Método

O estudo abrangeu 137 ACS ativos em Santa Cruz do Sul, conforme o Portal da Transparência do município. Os dados foram coletados por meio de um questionário padronizado e aplicado nos meses de março a maio de 2020, cujo critério foi o aceite de forma voluntária e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O município de Santa Cruz do Sul fica localizado no Rio Grande do Sul e conta com uma população de aproximadamente 130 mil pessoas. A APS do município é composta por 23 Estratégias de Saúde da Família e 9 Unidades Básicas de Saúde. Salienta-se que a unidade de observação do estudo se dirigiu apenas aos ACS ativos em Santa Cruz do Sul.

A coleta de dados ocorreu após uma capacitação sobre vacinas e métodos anticoncepcionais promovida pela Prefeitura Municipal, em março de 2020, para os ACS da rede básica de saúde. Os ACS que não estavam presentes na capacitação foram entrevistados, posteriormente, nos meses de abril e maio de 2020, nas suas unidades de saúde (presencialmente) ou através de questionário via internet, que se tornou necessário em função da pandemia de *Corona Vi-*

rus Disease (Covid-19). Em todos os casos, os dados foram coletados por meio de questionário estruturado, autoaplicável, contendo em sua maioria questões fechadas. Para este estudo, o instrumento de pesquisa aplicado buscou a coleta de dados para dois âmbitos de análise. O primeiro, composto por variáveis sobre o perfil sociodemográfico dos participantes, tais como: sexo, idade, escolaridade e o tempo de atuação na profissão. O segundo foi constituído por questões que investigaram o nível de formação desse trabalhador para atuar como ACS e sua segurança para atuar frente a temas de sua rotina diária.

Os dados foram digitados e armazenados em planilha do Microsoft Excel e, posteriormente, analisados via software JASP (versão 0.13.1). A análise estatística foi de caráter descritivo por meio de frequências absolutas (n) e relativas (%). Os dados quantitativos foram descritos em média e desvio-padrão ou por mediana e intervalo interquartilico, dependendo da normalidade das variáveis, verificadas pelo teste de Shapiro-Wilk.

Resultados

De 137 ACS do município de Santa Cruz do Sul, 125 participaram do presente estudo, totalizando 8,7% de perdas. A predominância foi do sexo feminino (95,2%) com média de idade de $39,0 \pm 9,0$ anos, sendo que 60% apresentavam ensino médio completo. Entre os 43 respondentes que disseram ter ensino superior completo/incompleto, 15 (34,8%) concluíram sua formação superior enquanto atuavam como ACS. Foram citadas 12 diferentes formações em ensino superior, sendo as mais prevalentes: administração (11,6%), educação física (11,6%) e pedagogia (9,3%) (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde, segundo variáveis Sociodemográficas. Santa Cruz do Sul, RS, 2020 (n= 125).

Variáveis Sociodemográficas	n	%
Sexo		
Feminino	119	95,2
Masculino	6	4,8
Idade (anos)		
Até 30	18	14,4
De 30 a 39	52	41,6
De 40 a 49	38	30,4
50 ou mais	17	13,6
Escolaridade		
Ensino Fundamental Completo	1	0,8
Ensino Médio Incompleto	6	4,8
Ensino Médico Completo	75	60,0
Ensino Superior Completo/Incompleto	43	34,4

Fonte: Autores.

A mediana do tempo de atuação como ACS foi de 4 anos (com intervalos interquartis de 7 anos), sendo os extremos 1 ano ou menos, e 22 anos. Em relação ao número de usuários adstritos à sua área, 95,2, 2,4 e 1,6 % dos ACS informaram acompanhar, respectivamente, até 750 pessoas, entre 751 e 1000 pessoas e mais de 1000 usuários no território pelo qual são responsáveis.

Quanto à formação complementar, 92,8% dos profissionais disseram ter recebido algum tipo de capacitação para ser um ACS. Em relação ao curso técnico para formação padronizada de ACS, 48,0% dos profissionais do município nunca ouviram falar sobre tal curso. Dos 50,4% que tinham alguma informação sobre o mesmo, apenas um ACS fez o primeiro módulo (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde, segundo variáveis de atuação e formação profissional. Santa Cruz do Sul, RS, 2020 (n= 125).

Variáveis de atuação profissional	n	%
Tempo Atuando como ACS (anos)		
Um ano ou menos	11	8,8
02 a 05	68	54,4
06 a 10	16	12,8
11 a 15	12	9,6
Mais de 15	18	14,4
Número de pessoas acompanhadas		
Até 750	119	95,2
Entre 751-1000	3	2,4
Mais de 1000	2	1,6
Ignorado	1	0,8
Variáveis de formação profissional	N	%
Realizou curso de Capacitação		
Sim	116	92,8
Não	9	7,2
Ouviu falar sobre Curso Técnico para ACS		
Sim	63	50,4
Não	60	48,0
Ignorado	2	1,6
Fez Algum Módulo do Curso Técnico para ACS		
Módulo I	1	0,8
Módulo I e II	-	-
Módulo I, II, III	-	-
Não fez nenhum módulo	62	49,6
Não se aplica	62	49,6

Fonte: Autores.

Entre os participantes, 72% afirmaram que sentem falta de um número maior de treinamentos para desenvolver suas atividades diárias de trabalho. Na digitação dos dados de produção, 22,4% têm dúvidas quanto à realização dessa atividade. Quanto ao conhecimento técnico, 68% afirmaram que seu conhecimento não é suficiente em relação à caderneta vacinal, enquanto 53,6% julgaram seu conhecimento como suficiente para orientar sobre desenvolvimento infantil. Em relação às gestantes, hipertensos e diabéticos, 76, 81,6 e 75,2 %, julgaram seu conhecimento técnico como suficiente para orientar esses grupos, respectivamente. Quando analisada a rotina dos serviços da sua unidade de saúde e da rede de assistência do município, 40 % relataram conhecimento insuficiente para orientar a população local (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição dos agentes comunitários de saúde, segundo variáveis de percepção de conhecimento técnico. Santa Cruz do Sul, RS, 2020 (n= 125).

Variáveis sobre conhecimento técnico	n	%
Sente falta de mais treinamento para desenvolver suas atividades diárias de trabalho?		
Sim	90	72,0
Não	33	26,4
Ignorado	9	1,6
Você tem dúvida na digitação dos dados de produção?		
Sim	28	22,4
Não	94	75,2
Ignorado	3	2,4
Sente que seu conhecimento técnico é suficiente para orientar sobre a caderneta vacinal?		
Sim	38	30,4
Não	85	68,0
Ignorado	2	1,6
Sente que seu conhecimento técnico é suficiente para orientar sobre o desenvolvimento infantil?		
Sim	67	53,6
Não	57	45,6
Ignorado	1	0,8

Sente que seu conhecimento técnico é suficiente para orientar gestantes?		
Sim	95	76,0
Não	29	23,2
Ignorado	1	0,8
Sente que seu conhecimento técnico é suficiente para orientar hipertensos?		
Sim	102	81,6
Não	22	17,6
Ignorado	1	0,8
Sente que seu conhecimento técnico é suficiente para orientar diabéticos?		
Sim	94	75,2
Não	31	24,8
Sente que seu conhecimento técnico é suficiente para orientar sobre a rotina dos serviços da sua Unidade de Saúde e da Rede de Assistência do município?		
Sim	74	59,2
Não	50	40,0
Ignorado	1	0,8

Fonte: Autores.

Discussão

Em Santa Cruz do Sul, sendo a maioria das ACS mulheres com idade próxima dos 40 anos e com ensino médio completo, os achados estão de acordo com o perfil visto em outros estudos nacionais (BARRETO, 2018; PEDRAZA; SANTOS, 2017; GARCIA et al., 2019; NISIHARA et al., 2018)

Percebeu-se que uma parcela relevante (34,4%) de ACS que atuam em

Santa Cruz do Sul tem formação superior concluída ou está em processo de conclusão, com predomínio de cursos que não são da área da saúde.

Encontrou-se que a mediana de tempo de atuação como ACS no município é de 4 anos, sendo que a maioria (95,2%) acompanha até 750 pessoas, que é o preconizado pela PNAB para áreas de grande dispersão populacional ou vulneráveis. Quanto ao curso de capacitação para atuar na profissão, 7,2 % dos ACS informaram não ter sido capacitados integralmente. Quase metade dos participantes nunca ouviu falar sobre o curso técnico para formação de ACS e apenas uma pessoa concluiu o primeiro módulo, o que demonstra a carência de padronização, em nível nacional, na formação desse profissional.

Quase $\frac{3}{4}$ dos ACS (72%) mencionaram sentir falta de maior capacitação para desenvolver suas atividades diárias, o que pode fragilizar o elo que o ACS representa entre a comunidade e a equipe de saúde, pela insegurança quanto ao desempenho de seu papel (SCOTT et al., 2018). A orientação sobre a caderнета vacinal foi o tópico mais citado pelos respondentes, tendo a maioria deles afirmado que seu conhecimento técnico a respeito do tema é insuficiente para a realização do seu trabalho de maneira adequada (68 %). Essa informação chama a atenção, pois a maior parte da coleta de dados ocorreu após uma capacitação sobre vacinas e métodos anticoncepcionais.

Em relação à rotina de funcionamento da unidade de saúde e da rede assistencial de Santa Cruz do Sul, 40 % dos ACS disseram que seu conhecimento também é insuficiente para orientar satisfatoriamente sobre o tema. Esse é um dado preocupante, pois o próprio representante da comunidade atuante no serviço de saúde não entende seu funcionamento. Isso demonstra ainda, a marginalização que inclusive a equipe faz dos ACS e que, de certa forma, se reflete na PNAB, política que não considera o ACS necessário em todos os contextos (MOROSINI; FONSECA, 2018). O papel de mediador entre os serviços, pro-

fissionais de saúde e os moradores dos territórios é exaltado em nível internacional como síntese da importância do ACS (MOROSINI; FONSECA, 2018).

A limitação da pesquisa reside no fato de que os dados foram coletados em três momentos diferentes. O primeiro momento se deu após uma capacitação técnica (64,8 %); o segundo ocorreu *in loco* na unidade de saúde (18,4 %) e, o terceiro, foi realizado via internet (16,8 %). Outra limitação diz respeito à variável *escolaridade* que não abordava cursos técnicos no questionário aplicado. Esta variável, em particular, teve outras duas variáveis dependentes: uma delas interrogava, sobre qual era a formação de ensino superior e, a outra, se o respondente havia concluído ou não a graduação durante a atuação como ACS, sendo que alguns marcaram curso técnico como sendo uma formação de ensino superior. Esse viés pode ter superestimado os ACS com formação superior. Além disso, o instrumento de coleta não aferiu qual o tipo de curso de capacitação que os ACS receberam para ingressar em suas atividades, fato que pode ter gerado confusão, pois há formações propostas pelo Ministério da Saúde e outras ofertadas pelos municípios.

A feminilização dos atores em saúde e o papel histórico da mulher relacionado ao ato de cuidar foram corroborados neste e por outros estudos sobre o perfil dos ACS, assim como a média de idade (PEDRAZA; SANTOS, 2017; GARCIA et al., 2019; NISHIHARA et al., 2018). Quanto à escolaridade, chama a atenção o percentual de profissionais com ensino superior (34,4 %), semelhante ao encontrado em pesquisas anteriores (BARRETO, 2018; GARCIA et al., 2019), sugerindo que a atuação como ACS pode ser apenas uma ponte para conclusão do ensino superior, em que 34,8% dos ACS com graduação de ensino superior concluíram seu curso enquanto estavam vinculados à profissão. Isso possibilita compreender que a atuação como ACS possibilitou a continuação dos estudos desses profissionais. Ao contrário dos dados apontados, os

profissionais com formação superior buscaram por cursos não relacionados à área da saúde (MOROSINI; FONSECA, 2018).

O tempo de atuação dos respondentes foi semelhante ao encontrado em outros estudos (LACERDA et al., 2018). Quanto à capacitação para atuação profissional, ainda que não totalitária, foi superior ao encontrado em outros estudos (GARCIA et al., 2019). Em relação ao curso técnico para ACS, quase metade dos respondentes nunca ouviu falar e, apenas uma pessoa, concluiu o primeiro módulo. Este é um dado que contrasta com a pesquisa realizada no Ceará, no Brasil, em que 97 % dos respondentes concluíram o módulo I, mas não chegaram a cursar os demais módulos (BARRETO et al., 2018). Percebe-se, por meio dos resultados obtidos e da fundamentação teórica, que há ausência de padronização na formação técnica do ACS.

O cenário exposto dificulta uma caracterização fidedigna da formação desse profissional. A deficiência formativa é considerada uma situação estressora e que distancia o ACS dos demais membros da equipe de saúde (PEDRAZA; SANTOS, 2017). Estudos prévios evidenciaram a carência de atenção para formação e delimitação das atividades do ACS (KRUG et al., 2018; SCHNEIDER; OKELLO; LEHMANN, 2016).

A principal forma de atuação dos ACS tem sido por meio de visitas domiciliares, tendo como atividade fundamental a abordagem educativa. Entretanto, 72 % dos respondentes sentiram falta de mais treinamentos para ações diárias. O mesmo ocorreu no Paraná, Brasil, em 2018, demonstrando insegurança e sensação de falta de capacitação para abordar um tema, como a dengue (NISHIHARA et al., 2018), cada vez mais prevalente e que faz parte da rotina dos ACS. Entre os ACS de Santa Cruz do Sul, 68 % sentiram que seu conhecimento não é suficiente para orientar sobre o calendário de imunizações, apesar de terem tido capacitação específica para o assunto.

O Ministério da Saúde ressaltou a magnitude do trabalho do ACS para atualização da caderneta de vacinas e para a ampla cobertura dos programas de imunizações (RAMOS et al., 2010). As vacinas, assim como a monitorização de pacientes gestantes, hipertensos e diabéticos são parte dos indicadores da nova política de financiamento do SUS - a Previnir Brasil (BRASIL, 2022). Para obter os recursos financeiros nacionais, se faz necessário o cadastramento adequado da população e digitação dos dados. Entretanto, os profissionais que são a base para orientar a população e digitar essas informações disseram sentir falta de conhecimento técnico para promover ações educativas de forma satisfatória.

O protagonismo dos ACS pode estar sendo influenciado de maneira negativa pela crescente escolaridade, quando os profissionais buscam novas formações em outras áreas para melhoria da qualidade de vida. Assim sendo, julgam a profissão atual como temporária, não lhe dedicando a devida atenção (MOROSINI; FONSECA, 2018; MOTA; DAVID, 2010). O baixo nível de importância em relação à profissão de ACS em longo prazo pode ser devido a fatores, tais como: baixa remuneração, falta de reconhecimento pela equipe e comunidade, assim como a profissão ser restrita ao SUS e não conferir habilitação ao profissional da saúde (MOTA; DAVID, 2010). Em contrapartida, o protagonismo pode ser ameaçado se não houver uma base de conhecimento técnico fornecida aos ACS, bem como a delimitação de atividades e incentivo a mais capacitações para uma atuação eficiente e eficaz.

Sugerem-se capacitações que transmitam competência técnica e habilidades de orientação social, tais como comunicação e aconselhamento, respeitando o perfil dos profissionais e que essas sejam sistemáticas e rotineiras. Recente revisão da literatura relata treinamentos mais eficazes quando a transmissão de

competências integra componentes práticos em vez de apenas fornecer aprendizagem em sala de aula e, deve estar intimamente ligado a uma supervisão contínua de apoio, ao invés de vez de punitiva ou burocrática (SCOTT et al., 2018).

Considerações Finais

A presente pesquisa atendeu ao objetivo de analisar o protagonismo dos ACS, por meio da identificação de seu perfil sociodemográfico e temas sensíveis de capacitações para minimizar as dificuldades diárias na realização de suas atividades, no município de Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

Compreende-se que a capacitação dos ACS e a ascensão de seu protagonismo se torna vital para consolidar uma APS autossustentável, principalmente, após as mudanças promovidas pela PNAB e o Programa Previne Brasil. Entretanto, a abordagem dos treinamentos deve ser mais adequada ao perfil desses profissionais para que sejam efetivas, pois estando habilitados, o potencial de protagonismo é ampliado e, conseqüentemente, a valorização da categoria.

Referências Bibliográficas

ALONSO, C. M. do C.; BÉGUIN, P. D.; DUARTE, F. J. de C. M. **Trabalho dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: metas-síntese**. Revista de Saúde Pública, v. 52, p. 14-26, 2018.

BARRETO, I. C de H. C. et al. **Complexidade e potencialidade do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil contemporâneo**. Saúde em Debate, v.42 (1), p. 114-129, 2018.

BASTOS, M. L. et al. **The impact of the Brazilian family health on selected primary care sensitive conditions: A systematic review**. PLoS One, v.12 (12), p.1–14, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Nota técnica nº 2/2022-DESF/SAPS/MS. **Indicadores de Pagamento por Desempenho do Programa Previnde Brasil (2022)** de que trata a Portaria GM/MS nº 102, de 20 de janeiro de 2022, publicada no diário oficial da união em 21 de janeiro de 2022 na edição nº 15, seção nº 1, página: 197 que alterou a Portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previnde Brasil.”. Brasil, 2022. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-102-de-20-de-janeiro-de-2022-375495336>. Acesso em: 01 fev. 2023.

GARCIA, A. C. P. et al. **Perfil e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde**. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental (online), v.11 (2), p. 339–344, 2019. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/6553>. Acesso em: 01 fev. 2023.

HARTZLER, A. L. et al. **Roles and functions of community health workers in primary care**. Ann Fam Med. v. 16, p. 240–245, 2018.

KRUG, S. B. F. et al. **O processo de trabalho na estratégia de saúde da família: o que dizem os profissionais de saúde em Santa Cruz do Sul/RS**. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 9 (1), p.77–88, 2010.

LACERDA, T. et al. **Política Nacional de Atenção Básica 2017: implicações no trabalho do agente comunitário de saúde**. Saúde Debate, v. 44 (124), p.58–69, 2020.

MOROSINI, M. V, FONSECA, A. F. **Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios**. Saúde Debate, v. 42 (1), p. 261-274, 2018.

MOTA, R. R. A, DAVID, H. M. S. L. **A crescente escolarização do agente comunitário de saúde: uma indução do processo de trabalho?**. Trabalho, Educação e Saúde, v. 8 (2), p.229-248, 2010. -

NISIHARA R. et al. **Avaliação do perfil sociodemográfico, laboral e a qualidade de vida dos agentes de saúde responsáveis pelo combate à dengue em duas cidades do estado do Paraná**. Rev Bras Med do Trab, v. 16 (4), p. 393–399, 2018.

OLANIRAN A. et al. **Who is a community health worker ?** – a systematic review of definitions. *Global Health Action*, v. 10, p.1-13, 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?**. Brasília: OPAS, 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49663>. Acesso em: 01 fev. 2023.

PEDRAZA D. F, SANTOS I. **Perfil e atuação do agente comunitário de saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família em dois municípios da Paraíba**. *Interações*, v. 18 (3), p. 97-105, 2017.

RAMOS, C. F. et al. **Cumprimento do calendário de vacinação de crianças em uma unidade de saúde da família**. *Revista Pan-Amazônica de Saúde*, v. 1, p.55–60, 2010.

SCHNEIDER, H., OKELLO, D., LEHMANN, U. **The global pendulum swing towards community health workers in low- and middle-income countries: a scoping review of trends, geographical distribution and programmatic orientations, 2005 to 2014**. *Human Resources for Health*, v. 14 (65), p.1-12, 2016.

SCOTT, K. et al. **What do we know about community-based health worker programs ? A systematic review of existing reviews on community health workers**. *Human Resources for Health*, v. 16 (1); p.1–17, 2018.

CAPÍTULO XVII

QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MANEJO DA DOR: REVISÃO SOBRE AGULHAMENTO SECO PARA DOR DE ORIGEM MIOFASCIAL

*Flávia Garcia de Garcia Horbach
Andressa Stella Kuhn Correia da Rosa
Julia Lazarri Rizzi
Izadora Joseane Borrajo Moreira
Doi: 10.48209/978-65-5417-109-H*

Introdução

A dor é definida pela Associação Internacional para Estudo da Dor (IASP), como uma experiência sensorial e emocional desagradável que é descrita em termos de lesões teciduais, reais ou potenciais. O sentimento ou sensação que chamamos de *dor* é sempre subjetivo, e cada indivíduo aprende e utiliza este termo a partir de suas experiências anteriores (DELLAROZA et al., 2008).

As dores musculoesqueléticas se tornaram um problema de saúde pública, sendo uma demanda prevalente nos serviços de Atenção Primária à Saúde

(APS) de todos os países. No Brasil, representam um terço dos atendimentos médicos gerais, sendo a segunda causa mais frequente de consulta na APS (SILVESTRE; FORTES, 2016).

Segundo o relatório *The Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy*, publicado pelo *Institute for Health Metrics and Evaluation* em 2013, as dores musculoesqueléticas afetam milhões de pessoas, de todas as idades, em todas as culturas e em todos os países e, representam a segunda maior causa de incapacidade em todo o mundo (IHME, 2013).

Ainda observamos um crescimento exponencial da prevalência desse tipo de dor e acredita-se que o motivo está, em parte, relacionado ao aumento da expectativa de vida, ao sedentarismo, ao aumento do número de horas diárias em que se trabalha sentado, à falta de ergonomia adequada, ao aumento da taxa de obesidade da população, à má postura, dentre outras causas (WOOLF, 2007).

Os pontos-gatilho miofasciais (PGM) são extremamente comuns e foram identificados como sendo uma fonte comum de dor musculoesquelética (CARVALHO, 2017). Os PGM “ativos” são mais prevalentes e mais dolorosos em geral, porém, uma parcela de PGM poderá se apresentar de forma “latente”, causando disfunções motoras importantes associadas à rigidez e restrição de movimentos, sem, no entanto, causar dor.

A identificação dos PGM requer treinamento e, nesse quesito, infelizmente nos deparamos com uma limitação dentro das escolas de graduação médica no mundo todo. Observamos grandes lacunas e pouco espaço nos programas acadêmicos para o estudo dos transtornos musculoesqueléticos (CARVALHO et al., 2017; SILVESTRE; FORTES, 2016) e, em especial por parte dos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade uma vez

que, como já dito, são demandas muito recorrentes na APS, exigindo treinamento dos médicos de família e comunidade.

Evidências apontam que os PGM implicados nos quadros de dor musculoesquelética, quando subdiagnosticados por médicos e por fisioterapeutas, por exemplo, podem evoluir para quadros crônicos graves e limitantes que, por sua vez, acabam onerando a máquina pública através do uso de medicamentos de forma inadequada, encaminhamentos a serviços de atenção secundária e solicitação desnecessária de exames e situações de absenteísmo causado pela incapacidade laboral (SIMONS, TRAVELL E SIMONS, 2005).

Em geral, os médicos da APS encaminham os pacientes com PGM identificados para serviços de fisioterapia com vistas à oferta de tratamento adequado. Porém, ainda uma parcela significativa de profissionais médicos - seja por desconhecimento sobre o tema e/ou por falta de preparo técnico, que costumam prescrever anti-inflamatórios não esteroidais, corticosteróides e opióides fracos buscando, em vão, a resolução dos quadros dolorosos. Nesse contexto, percebe-se a necessidade de implementação de políticas no nível nacional para promoção e manutenção da saúde musculoesquelética, além de assegurar acesso aos cuidados oportunos e eficazes no sistema de saúde, sob pena da instauração de um quadro catastrófico e de uma conta impagável na saúde pública mundial (WOOLF, 2017).

Nesta revisão, não abordaremos a situação emocional dos pacientes que sentem dor, o que comprovadamente afeta de modo desfavorável a evolução do quadro doloroso e também acarreta custos à saúde pública, devido à prescrição de psicofármacos como adjuvantes no tratamento dos quadros crônicos e, muito frequentemente, para melhorar a qualidade do sono.

Discussão

A dor é considerada um dos maiores problemas de saúde pública, devido ao extremo sofrimento que causa, afetando tanto a funcionalidade, quanto o estado mental do indivíduo (SANTOS et al., 2015). Segundo a Associação Internacional para Estudo da Dor, em 1994, a dor pode ser definida como uma experiência sensorial desagradável associada a danos reais ou potenciais ou descrita em tais termos. No ano de 2000, a *Joint Commission Accreditation of Healthcare Organization* (JCAHO) normatizou a dor como o quinto sinal vital, considerando prioritárias: avaliação, intervenção e reavaliação da dor no processo de qualificação ou de acreditação hospitalar (MORETE; MINSON, 2010). Em relação às dores musculoesqueléticas observamos que elas representam transtornos relacionados aos ossos, músculos, tendões, ligamentos e nervos periféricos e que, o aumento de sua prevalência está diretamente relacionado ao envelhecimento da população, ao sedentarismo, à obesidade, à falta de ergonomia, à má postura, dentre outras causas (SILVESTRE; FORTES, 2016).

Os quadros dolorosos têm natureza subjetiva, sendo influenciados por fatores como problemas de psicologia cultural, problemas socioeconômicos e políticas educacionais, no sentido de aliviar ou agravar a dor. Os indivíduos com baixo nível socioeconômico, têm subdiagnóstico e subnotificação uma vez que, por acreditarem na “normalidade” da dor diária, costumam não valorizar o quadro ou demorar em procurar atendimento clínico (SANTOS, 2005).

A avaliação adequada dos quadros de dor inclui: localização, intensidade (baseada na escala numérica) e qualidade - nociceptiva: dolorida, latejante; visceral: compressiva, espasmódica; e neuropática: queimação, formigamento, elétrica e dormente. Além da descrição do momento de início, duração e padrão da dor, fator de alívio, fatores agravantes, seus efeitos nas atividades diárias

e na qualidade de vida e, na eficiência da intervenção ou alívio proporcionado por outra intervenção (MORETE; MINSON, 2010; SUTTON; PORTER; KEEFE, 2002).

Dentre as ferramentas para auxiliar na avaliação da dor, dispomos de escalas unidimensionais como a Escala Visual Analógica (EVA) – que possibilita a análise da intensidade do sintoma por meio de uma escala numérica de 0 a 10 e, escala verbal - “nenhuma dor” à esquerda, “dor leve”; “dor moderada” e “dor intensa” à direita, na qual o paciente indica o lugar na linha que melhor represente a intensidade de sua dor. Um dos instrumentos multidimensionais amplamente utilizado é o Inventário Breve da Dor (MORETE; MINSON, 2010). Este instrumento faz uso de uma escala de 0 a 10 para graduar intensidade, interferência da dor na habilidade para caminhar, atividades diárias, no trabalho, nas atividades sociais, humor e sono e permite avaliar a dor no momento da consulta, bem como a intensidade da dor nas últimas 24 horas e na última semana (MARTINEZ; GRASSI; MARQUES, 2011).

A definição “dor miofascial” foi introduzida pela primeira vez por Janet Travell em 2005, que a descreveu como um complexo de sintomas sensoriais, motores e autonômicos causados por PGM (SIMONS; TRAVELL; SIMONS, 2005). A formação dos mesmos, como descreve Niel-Asher (2008), ocorre em nível de sarcômeros, local onde ocorre o processo de contração muscular; ou seja, geralmente surgem da sobrecarga muscular causada por estresse físico ou emocional, trauma agudo ou a posturas habituais ou atividades repetitivas. A contração muscular prolongada compromete o relaxamento da fibra muscular, em que conseqüentemente, o sarcômero entra em fadiga e esta área do músculo esquelético passa a apresentar nódulos palpáveis, irritáveis e hipersensíveis, em uma banda tensa.

Os PGM podem surgir rapidamente em alguns dias após torção muscular aguda, ou insidiosamente após a torção crônica, sendo que a maior parte é causada pelo acometimento muscular – agudo ou crônico. A tensão aguda mais comum ocorre quando o músculo é sobrecarregado e, a dor miofascial de início gradual provavelmente seja causada por tensão crônica e cumulativa (WHITE; CUMMINGS; FILSHIE, 2013). Ademais, o local doloroso à compressão pode produzir dor referida, disfunção motora e fenômenos autonômicos.

A dor referida torna-se o sintoma que melhor define um ponto-gatilho miofascial (NIEL-ASHER, 2008), embora o diagnóstico de PGM só possa ser fechado após identificação da causa base, ou seja, ferimento ou outra condição. Para a identificação de um PGM não existe um critério diagnóstico padrão-ouro e tampouco teste laboratorial ou de imagem disponível rotineiramente. Assim, um exame não-rotineiro específico e um plano terapêutico adequado são imprescindíveis para alívio imediato de quadros agudos, e, quando necessário, interrupção de fatores perpetuantes visando-se evitar o desenvolvimento de condições crônicas (SIMONS, 2004).

A abordagem dos PGM tem sido muito estudado desde a década de 1950, a partir de estudos realizados por Heuser e Miledi, que no ano de 1971 publicaram que os pontos dolorosos se localizam nas zonas de placa motora e que este deve ser o local a ser abordado com a técnica de agulhamento seco, do inglês *dry-needling*, (DN) e ainda, que a intensidade da dor pode variar de acordo com a localização, com o grau de irritabilidade do músculo, com o fato de ser um PG ativo ou latente ou de ser um PG central ou satélite (HONG, 1999; NIEL-ASHER, 2008).

A desativação de PGM foi um termo introduzido para descrever o processo pelo qual um PGM ativo se torna inativo, ou seja, a sensibilidade local à palpação é resolvida e a banda muscular esticada liberada, com o alívio sinto-

mático resultante da dor. Dentre os métodos utilizados para desativar os PGM, o DN (sem substância injetada) pode ser realizado superficialmente (SDN) ou com a inserção mais profunda (DDN) (HONG, 1999). A apropriada técnica de DN inicia com a seleção dos pacientes elegíveis, evitando-se, assim, desfechos adversos.

As condições que contraindicam a aplicação da técnica de DN são: pacientes fóbicos às agulhas, que manifestem recusa à técnica, incapazes ou não disposto a consentir o procedimento, anticoagulado ou trombocitopênico e que apresente linfedema. As contraindicações relativas incluem alterações de coagulação, imunossupressão, doenças vasculares, diabetes mellitus, gestação, epilepsia, alergias a metal ou ao látex, crianças e usuários de fármacos moderadores do humor ou antiagregantes plaquetários. As contraindicações relativas adicionais abrangem casos de estado psicológico alterado, doenças respiratórias restritivas, dispositivos elétricos implantáveis e cicatriz de ferida operatória recente (menos de 4 meses) no local do procedimento (HONG, 1999).

Considera-se a APS a porta de entrada preferencial da rede de atenção à saúde, assegurando-se assim, acesso universal aos serviços e a integralidade do cuidado. Neste sentido, se torna essencial a formação médica adequada dos profissionais que nesse âmbito desenvolvem suas atividades de modo a garantir a resolubilidade das ações propostas (SILVESTRE; FORTES, 2016).

Sendo a Medicina de Família e Comunidade a especialidade médica que abrange a prestação do cuidado integral e continuado à população, no ano de 2010, na cidade de Florianópolis, estado de Santa Catarina, Brasil, foi concebida e realizada uma oficina voltada para médicos de família e comunidade, com o intuito de promover treinamento daqueles profissionais para abordagem de queixas musculoesqueléticas. O resultado foi maior acurácia nos diagnósticos dos transtornos musculares, tornando o cuidado mais resolutivo e mais satisfa-

tório aos usuários da rede de APS sem, no entanto, haver aumento na solicitação de exames e prescrições de medicamentos.

Destaca-se que a educação dos médicos deve ser multiplicada para os demais membros da equipe da APS, como enfermeiros, fisioterapeutas, profissionais de educação física, enriquecendo o atendimento à população e diminuindo as despesas com saúde pública nos cofres das três esferas de governo (SILVESTRE; FORTES, 2016).

Resultados

No estudo de Alves (2007), que tinha como objetivo avaliar o ponto de vista do paciente sobre o uso de acupressão e acupuntura para o tratamento de lombalgia, com uma amostra de 7 pacientes, foi evidenciado um leve predomínio do sexo feminino (4 indivíduos). Com relação à idade dos pacientes avaliados havia uma variação entre 29 e 78 anos com média de 53,4 anos e com predomínio dos pacientes com idade entre 51 e 60 anos. Além disso, esse estudo demonstrou que, além do uso da acupressão e acupuntura, os pacientes relataram uso de antiinflamatórios não esteroidais e fisioterapia, na maioria dos casos.

Já o estudo de Dellaroza, Pimenta e Matsuo (2007), que avaliou a prevalência de dores crônicas em idosos institucionalizados, abrangeu uma amostra de 451 pacientes, dos quais 64,7% eram homens e 35,3% eram mulheres, além disso, 92% da amostra possuía idade entre 60 e 75 anos. Desses 451 sujeitos, 51,4% apresentavam dores crônicas, dos quais 39,9% apresentavam um padrão de dor, 9,3% apresentavam dois padrões de dores e 2,2% apresentavam três tipos de dores. Com relação ao local mais acometido, nessa amostra foi evidenciado o predomínio dos membros inferiores (21,5%) e da região dorsal (21,7%).

A dor na região cervical representou apenas 1,8% dos casos, enquanto as dores dos membros superiores representaram 6,2% dos casos e, as dores pélvicas representaram apenas 0,9% dos casos. Com relação à intensidade da dor 50,7% dos sujeitos dessa pesquisa relataram possuir dor leve, enquanto 38,4% relataram portar uma dor moderada e 9,5% assumiram sua dor como intensa.

A pesquisa de Bruscatto (2006), que comparou diferentes métodos de tratamento fisioterápico de dores crônicas, abrangeu um universo amostral de 95 participantes e desses, 57,9% eram mulheres e 42,1% eram homens, com idade entre 19 e 76 anos. Ademais, no que se refere ao tempo de duração do quadro álgico nessa população, a variação foi de 6 a 14 meses. Nesse estudo, com relação ao local da dor, foi evidenciado um predomínio da região lombar em 49,5% dos casos, seguido da região cervical, com 32,6% dos casos. Com relação ao uso de medicações prévias a realização dos métodos fisioterápicos, 8,42% dos pacientes referiram fazer uso de anti-inflamatórios não esteroides, 8,42% relataram fazer uso de analgésicos, 6,32% relataram fazer uso de antidepressivos tricíclicos e 2,11% referiram fazer uso de miorrelaxantes. Nesse estudo, em todos os grupos terapêuticos houve uma redução de mais de 50% da dor em mais da metade da amostra.

À luz desses estudos, se observa que na literatura sobre dor, não há um padrão de sexo em que as dores são mais frequentes. Além disso, a idade dos participantes dos estudos em discussão também apresenta certo grau de divergência entre si, em função do delineamento e objetivo de cada estudo. Ademais, no que se refere ao tempo de duração do quadro álgico, apenas o estudo de Bruscatto (2006) apresentou esse dado, considerando um limite máximo de 14 meses.

Quanto ao tipo de dor, o estudo de Dellaroza, Pimenta e Matsuo (2007) apresentou uma amostra na qual 51,4% dos participantes possuíam dores crônicas, enquanto o estudo de Bruscatto (2006) dispunha de uma população na qual 100% dos sujeitos apresentavam dores crônicas. No que tange aos principais locais em que os pacientes referiam dor, também se observa que não há uma uniformidade entre os estudos. No estudo de Dellaroza, Pimenta e Matsuo (2007) houve um predomínio dos membros inferiores e região dorsal em apenas 1,8% dos casos, todavia o estudo de Bruscatto (2006) demonstrou como principal local referido de dor, a região lombar, seguida da região cervical.

Ainda sob a perspectiva dos estudos presentes nessa discussão, no tocante aos tipos de dores relatadas pelos pacientes da pesquisa de Dellaroza, Pimenta e Matsuo (2007), aqueles que possuíam dores crônicas relataram em sua maioria (39,9%) que experimentaram apenas um tipo de dor e em menores proporções, alguns relataram experimentar dois ou três tipos de dores.

No que diz respeito ao uso de medicações para alívio da dor, o estudo de Bruscatto (2006) demonstrou que, antes da realização dos métodos fisioterápicos de tratamento, 8,42% dos pacientes referiam uso de analgésicos, 8,4% relataram uso de antiinflamatórios não esteroidais, 6,32% relataram uso de antidepressivos tricíclicos e 2,11% referiram uso de miorrelaxantes. Porém, após a intervenção terapêutica, a dor referida pelos participantes, através das escalas de dor, apresentou redução maior ou igual a 50% em mais da metade das populações estudadas.

Por fim, quanto à redução do número de fármacos consumidos para alívio da dor, não foram encontrados estudos que observassem esse tipo de modificação após a intervenção, sendo estes, então, os limitantes dessa revisão, se constituindo em pontos de interesse a serem investigados em estudos futuros.

Considerações Finais

Diante do exposto, é possível inferir que não há um padrão de perfil clínico dos pacientes com distúrbios álgicos definido na literatura e que, há uma carência no meio científico no que tange aos aspectos terapêuticos não farmacológicos, no sentido de melhor avaliar os impactos positivos quanto à melhora da dor e redução do consumo de fármacos, assim como os possíveis fatores associados a uma melhor resposta a terapêutica intervencionista. Sendo assim, se fazem necessários mais estudos que abordem estes objetivos.

Ainda, torna-se evidente a importância da qualificação e capacitação das equipes de atenção primária que atendem ao público com dor, visto que esta é uma queixa crescente, em razão do estilo de vida adotado por boa parte da sociedade atual.

Propõe-se que sejam abordados todos os aspectos biopsicossociais da dor, com um atendimento voltado para a pessoa, aliando fármacos às alternativas não farmacológicas - como o agulhamento seco - para o manejo da dor, visando a melhora da qualidade de vida das pessoas atendidas, redução de custos para a saúde pública e aumento o vínculo entre os serviços de saúde e seus usuários.

Referências Bibliográficas

ALVES, Maysa Bonfleur. **Avaliação de usuários de uma unidade básica de saúde ao tratamento de lombalgia por acupressão e acupuntura**. 2007. 49 f. Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Medicina – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

BRUSCATTO, Claudia Adriana. **Tratamento de dores musculares crônicas: comparação de dois métodos fisioterapêuticos**. 2006. 172 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Ciências Biológicas: Neurociências) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

CARVALHO, Andreia Valle de et al. **O emprego do agulhamento seco no tratamento da dor miofascial mastigatória e cervical.** Revista Dor, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 255-260, 2017.

DELLAROZA, Mara Solange Gomes; PIMENTA, Cibele Andrucioli de Mattos; MATSUO, Tiemi. **Prevalência e caracterização da dor crônica em idosos não institucionalizados.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1151-1160, 2007.

DELLAROZA, Mara Solange Gomes et al. **Caracterização da dor crônica e métodos analgésicos utilizados por idosos da comunidade.** Revista da Associação Médica Brasileira, São Paulo, v. 54, n. 1, p. 36-41, 2008.

HONG, Chang-Zern. **Current Research on Myofascial Trigger Points – Pathophysiological Studies.** Journal of Musculoskeletal Pain, Reino Unido, v. 7, n. 2, p. 121-129, 1999.

IHME, **Institute for Health Metrics and Evaluation. The Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy.** Seattle, WA: IHME, 2013.

MARTINEZ, José Eduardo; GRASSI, Daphine Centola; MARQUES, Laura Gasbarro. **Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermagem e urgência.** Revista Brasileira de Reumatologia, São Paulo, v. 51, n. 4, p. 299-308, 2011.

MORETE, Márcia Carla; MINSON, Fabíola Peixoto. **Instrumentos para avaliação da dor em pacientes oncológicos.** Revista Dor, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 74-80, 2010.

NIEL-ASHER, Simeon. **Pontos-gatilho: Uma abordagem concisa.** Barueri: Manole, 2008.

SANTOS, Gabriel Venas et al. **Pain assessment through the brief pain inventory in a low socioeconomic level population.** Revista Dor, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 190-194, 2015.

SILVESTRE, Michelli Vitória; FORTES, Alexandre Borges. **Oficina de Ortopedia Clínica para Médicos de Família: estratégia de educação permanente através do 27 matriciamento coletivo.** Revista de Saúde Pública de Florianópolis, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 31-36, 2016.

SIMONS, David G. **Review of enigmatic MTrPs as a common cause of enigmatic musculoskeletal pain and dysfunction.** Journal of Electromyography and Kinesiology, Elsevier, v. 4, n. 1, p. 95-107, 2004.

SIMONS, David G.; TRAVELL Janet G.; SIMONS Lois S. **Dor e Disfunção Miofascial: Manual dos Pontos-Gatilho.** Porto Alegre: Artmed, 2005.

SUTTON, Linda M.; PORTER, Laura S.; KEEFE, Francis J. **Cancer pain at the end of life: a biopsychosocial perspective.** Pain, Estados Unidos, v. 99, n. 1, p. 5-10, 2002.

WHITE Adrian, CUMMINGS Mike, FILSHIE Jacqueline. **Introdução à Acupuntura Médica Ocidental.** São Paulo: Roca, 2013.

WOOLF, Anthony D. **What healthcare services do people with musculoskeletal conditions need? The role of rheumatology.** Annals of the Rheumatic Diseases, BMJ Journals, v. 66, n. 3, p. 281-282, 2007.

CAPÍTULO XVIII

TRILHA DE INTEGRAÇÃO COMO ESTRATÉGIA EM EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO DA SEGURANÇA DO PACIENTE

Rochele Mosmann Menezes

Adália Pinheiro Loureiro

Anna Virgínia Bisognin Felice

Vanessa Caroline Hermes

Barbara Dorneles Nicoli

Taíne de Bastos Brum

Sara de Lima Marion

Mariana Portela de Assis

Suzane Beatriz Frantz Krug

Jane Dagmar Pollo Renner

Doi: 10.48209/978-65-5417-109-I

Introdução

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a *Segurança do Paciente* se refere à redução dos riscos de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável.

Ela é considerada uma disciplina de saúde que surgiu devido à complexidade e a evolução nos sistemas de saúde e, com o consequente aumento de danos ao paciente nas unidades de saúde, tendo como objetivo prevenir e reduzir riscos, erros e danos que ocorrem aos pacientes durante a prestação de cuidados de saúde (WHO, 2009; BRASIL, 2014; WHO, 2019).

Os danos desnecessários supramencionados referem-se aos eventos adversos que são os incidentes que causaram danos ao paciente. Estes eventos adversos podem ser classificados como, evento sem danos/lesão, dano leve, moderado, grave ou óbito (DUARTE et al., 2015).

Figura 1- Classificação de incidentes.



FONTE: Norma orientadora nº 21 da Organização Nacional de Acreditação (2021).

Com o intuito de promover melhorias específicas e oferecer um ambiente cada vez mais seguro aos pacientes, acompanhantes e profissionais de saúde, a *Joint Commission International* (JCI), em parceria com a OMS estabeleceram seis metas internacionais de segurança do paciente que abrangem (BRASIL, 2014):

- 1- Identificar o paciente corretamente.
- 2- Melhorar a eficácia da comunicação.
- 3- Melhorar a segurança dos medicamentos de alta-vigilância.

4- Assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto.

5- Reduzir o risco de infecções associadas a cuidados de saúde.

6- Reduzir o risco de danos ao paciente, decorrente de quedas.

Baseado nestas metas, no ano de 2013, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). As metas, supracitadas, na verdade se traduzem, no PNSP, em protocolos básicos que são “[..] instrumentos para a implantação das ações em segurança do paciente” aprovados pelas portarias no artigo GM/MS nº 1.377 (4), de 9 de julho de 2013 e a Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013 e compõe uma das obrigações a serem executadas pelo Núcleo de Segurança do Paciente através da Resolução RDC nº 36/2013 (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b; BRASIL, 2013c).

Sendo assim, os protocolos básicos do MS foram denominados conforme descrito abaixo:

1 - Protocolo de identificação do paciente.

2 - Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos

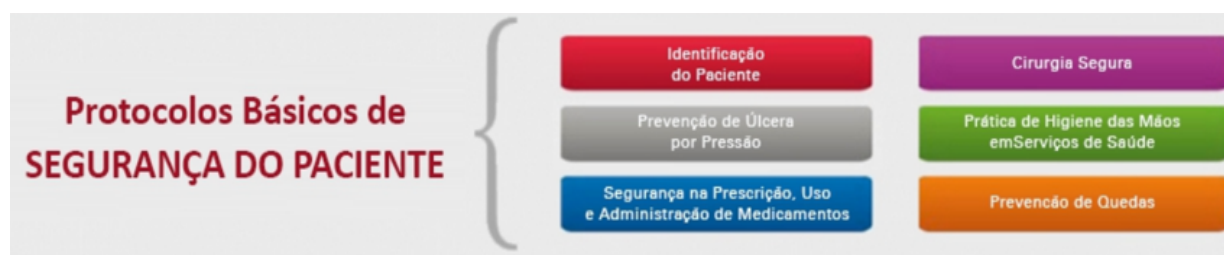
3 - Protocolo para cirurgia segura.

4 - Protocolo para a prática de higiene de mãos em serviços de saúde.

5 - Protocolo de prevenção de queda.

6 - Protocolo para prevenção de úlcera por pressão.

Figura 2 – Protocolos básicos de segurança do paciente.



Fonte: Estado do Rio de Janeiro (2022) (s/ d).

Para garantir o cumprimento dos protocolos, foi disponibilizado pelo MS a publicação de um material orientativo, em formato de polígrafo, para cada um dos seis protocolos, e, são estes documentos que norteiam as ações a serem executadas pelas instituições de saúde a construírem os seus Planos de Ação de Segurança do Paciente (Estado do Rio de Janeiro, s/d).

A importância do trabalho em equipe e da integração dos profissionais reflete diretamente na segurança do paciente, sendo evidenciado na pesquisa realizada por Manser (2009), que elencou os aspectos relevantes que o trabalho entre equipes multiprofissionais corrobora para a qualidade do serviço e segurança do paciente. Dentre esses aspectos se destacam a comunicação, a liderança e a qualidade de colaboração de cada profissional. Tais aspectos agregam positivamente na relação profissional-paciente, resultando em um respeito mútuo entre ambos, confiança, capacitação e valorização dos profissionais focado no objetivo principal que é a segurança do paciente. É importante ressaltar que alguns fatores ainda devem ser trabalhados e estudados para se obter um progresso satisfatório no desempenho de profissionais da saúde (GROGAN et al., 2004).

Educar em saúde visa estimular o raciocínio na tomada de decisões individuais e coletivas com o propósito de melhorar as condições no meio em

que se está inserido, fortalecendo nos indivíduos e profissionais, o senso de responsabilidade sobre suas ações (ESTEVES et al., 2012; VIERA, 2005). A OMS define *Educação em Saúde* como “oportunidades conscientemente construídas para aprender, envolvendo alguma forma de comunicação projetada para melhorar a alfabetização em saúde, incluindo melhorar o conhecimento e desenvolver habilidades para a vida que conduzam à saúde individual e comunitária”. Assim é um meio de compartilhar e produzir conhecimentos em busca de uma ação positiva, consequência de visões críticas sobre os problemas de saúde. Existem evidências na literatura científica que demonstram as contribuições da educação em saúde na vida dos indivíduos e da comunidade (ALVIM; FERREIRA, 2007). Diante do exposto, o objetivo do presente capítulo foi analisar o impacto da trilha de integração institucional como processo de educação em saúde no contexto da segurança do paciente.

Protocolo e resultados da trilha de integração

Este é um estudo transversal com abordagem quantitativa realizado no Hospital Santa Cruz, cujos participantes foram os profissionais de enfermagem, admitidos na instituição entre os meses de fevereiro a abril de 2022, durante a Trilha de Integração Institucional (TII). A TII compreende o acolhimento ao novo profissional da área assistencial, especificamente técnicos de enfermagem e enfermeiros, com o objetivo de apresentar os processos institucionais relacionados às metas de segurança do paciente. A TII é realizada no segundo dia do início das atividades dos profissionais na instituição, com duração de duas horas e ocorre nas dependências do hospital, sendo conduzida por membros do Núcleo Interno de Gerenciamento de Risco e Segurança do Paciente (NIGERSP) institucional. O processo da TII é subdividido em quatro etapas:

- ETAPA 1: Exposição oral/escrita com apresentação de slides e materiais orientativos, tais como cartazes e *flyers* referentes às 6 metas de segurança do paciente.

- ETAPA 2: Apresentação de um caso clínico de paciente fictício envolvendo todas as metas de segurança do paciente.

- ETAPA 3: Realização de simulação realística através de cenários pré-estabelecidos, onde o cenário 1 - Meta 1 (Identificação do Paciente), cenário 2 - Meta 2 (Comunicação Efetiva), cenário 3 - Meta 3 (Processo Medicamentoso), cenário 4 Meta 4 (Cirurgia Segura), cenário 5 - Meta 5 (Higienização das Mãos e Prevenção de Infecção) e cenário 6 - Meta 6 (Risco de Queda e Lesão por Pressão). Em cada cenário foram disponibilizados materiais, como: pulseiras de identificação, pulseiras para o risco de queda e lesão por pressão, prescrição médica, materiais hospitalares, medicamentos, manuais para diluição de medicamentos, entre outros. Nesta etapa, os profissionais realizaram a resolução do caso clínico, levando em consideração as informações fornecidas na ETAPA 1 e na ETAPA 2. Para o desenvolvimento desta atividade, os profissionais visitaram os diferentes cenários e responderam questões relacionadas às condutas perante cada meta. O questionário não possuía identificação do profissional e as questões eram descritivas.

- ETAPA 4: Discussão das respostas e reflexão sobre as condutas.

O questionário utilizado na ETAPA 3, foi constituído de 8 questões estratificadas por meta e cada questão possuía uma pontuação, conforme Quadro 1.

Quadro 1. Pontuação das questões de acordo com a Meta.

Meta	Número de questões	Pontuação de cada questão	Total
Meta 1 - Identificação do Paciente	1	1,25	1,25
Meta 2 - Comunicação Efetiva	2	1,25	2,50
Meta 3 - Processo Medicamentoso	2	1,25	2,50
Meta 4 - Cirurgia Segura	1	1,25	1,25
Meta 5 - Higienização das Mãos e Prevenção de Infecção	1	1,25	1,25
Meta 6 - Risco de Queda e Lesão por Pressão	1	1,25	1,25
		TOTAL = 10 pontos	

Fonte: Elaborado pelos autores.

Foi considerado como ponto de corte a nota 7,0 para avaliação do conhecimento. Os questionários foram corrigidos por meio da utilização da regra de semelhança/similaridade se comparado com o gabarito contendo as respostas padrões. Posteriormente, os dados foram tabulados e analisados no *software* Excel® 2013 e realizadas análises estatísticas expressas pela de média e desvio padrão.

Resultados

No total, 50 profissionais participaram do estudo. A média geral de acertos das questões do instrumento aplicado na trilha de integração foi 6,3. A média de acertos que apresentou menor valor (0,59) foi das questões referentes à Meta 3, que aborda processos medicamentosos. Já a Meta 2, que se refere à comunicação entre os profissionais de saúde, obteve o valor mais alto, sendo 1,05.

Discussão

A TII foi aplicada com o objetivo de apresentar aos novos profissionais (técnicos de enfermagem e enfermeiros) os processos institucionais relacionados às metas de segurança do paciente. Para isso, após apresentação da ETAPA 1 e ETAPA 2, os profissionais foram submetidos a ETAPA 3 composta pelo questionário. Este questionário estava vinculado às questões a serem respondidas em acordo com o cenário simulado com um caso clínico e o prontuário do paciente fictício. Desta forma, haviam 6 cenários, sendo cada um referente a uma meta, e, em alguns casos, uma meta possuía mais de um questionamento. Dentre estes cenários, os que obtiveram menor pontuação (acertos) foram o cenário 3, referente à meta da cadeia medicamentosa, em especial ao item referente a identificação de que o paciente possui alergia medicamentosa. Item de grande importância no cuidado ao paciente e que, segundo o Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos do Ministério da Saúde, devem ser realizados questionamentos ao paciente em mais de um momento a fim de que erros de medicação referente às reações alérgicas sejam evitados. Sendo assim, na meta 3, os profissionais que responderam ao questionário deveriam identificar o erro no prontuário do paciente, uma vez que não possuía a informação sobre alergia medicamentosa ou alerta de alergia no sistema (WHO, 2019; ISMP, 2019).

Para que o processo medicamentoso seja seguro, o questionamento sobre alergias deve ocorrer no momento da admissão do paciente e também sempre quando for iniciar uma nova terapia medicamentosa e, assim, a inserção no prontuário e consequentemente no sistema de prescrição eletrônica, para que possa ser detectado automaticamente, gerando alertas aos profissionais de saúde durante a prescrição. A equipe de enfermagem deve conferir a beira do

leito com o paciente e ou familiar, a existência de histórico de alergias antes de realizar a administração de qualquer medicamento.

Na meta 2, que foi o cenário com maior número de acertos, os profissionais deveriam relatar as providências a serem tomadas quanto à negação de administração do medicamento por parte do paciente, vale ressaltar que essa meta é referente à eficácia de comunicação entre os profissionais. Conforme o protocolo do MS, se o profissional for técnico de enfermagem o mesmo deve avisar ao enfermeiro responsável para que assim, seja realizado o preenchimento do Termo de Recusa Medicamentosa (TRM) e, caso o profissional seja o enfermeiro, o mesmo deverá preencher o formulário e comunicar ao médico

Considerações Finais

O valor da média de acertos de todas as questões/metasp foi abaixo de 7, ou seja, esse resultado evidencia a importância da realização da TII, uma vez que essa tem a agregar, positivamente, no processo de educação em saúde no contexto da segurança do paciente, principalmente na visão dos profissionais em saúde. Além disso, tal resultado demonstra a existência de fragilidades e a necessidade de implantar melhorias nesse processo, para que seja possível contribuir positivamente na saúde de indivíduos e da comunidade.

Esse estudo viabilizou analisar o impacto da TII como processo de educação em saúde, no acolhimento aos novos profissionais da área assistencial, assim como avaliar o nível de entendimento desses profissionais em relação aos protocolos básicos relacionados às metas de segurança do paciente. Percebeu-se que, realizar a associação da teoria dos seis protocolos com a execução do trabalho (*práxis*) ainda não é tão clara e isto ficou evidenciado quando se associou a teoria com a simulação. Evidenciou-se que ao revisar os conceitos

e explicar os protocolos houve compreensão do conteúdo, porém, ao vincular a teoria com a simulação do caso clínico não houve facilidade na associação da teoria com a prática (etapas 1, 2 e 3). Ao realizar a discussão e reflexão das respostas ao simulado (etapa 4), os profissionais percebem a falta desta associação e evidenciam a importância de estarem sempre atentos e focados no trabalho a ser executado, pois a teoria está intrínseca na execução da *práxis*. Toda esta avaliação fortalece a importância dos treinamentos subsequentes que são fornecidos, em especial, referentes à segurança do paciente e à utilização de exemplificação e associação de teoria e prática para obtenção de resultados satisfatórios no trabalho dos profissionais da saúde visando o manejo adequado do paciente.

Referências Bibliográficas

ALVIM, N. A. T.; FERREIRA, M. A. Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e a enfermagem. *Texto completo enfermagem*, v. 16, n. 2, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Protocolo de Segurança na Prescrição, uso e Administração de Medicamentos. Protocolo coordenado pelo Ministério da Saúde e ANVISA em parceria com FIOCRUZ e FHEMIG, 2013. Disponível: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/protocolo-de-seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos/>. Acesso em: 01 set. 2022d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html. Acesso em 05 ago. 2022a.

BRASIL. Portaria nº 2095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html. Acesso em 05 ago. 2022c.

BRASIL. Resolução RDC nº36/2013, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 05 ago. 2022b.

DUARTE, S. C. M. et al. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 68, n. 1, 2015.

Estado do Rio de Janeiro. Protocolos de segurança do paciente. Rio de Janeiro, s/d. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/vigilancia-sanitaria/seguranca-do-paciente/protocolos-de-seguranca-do-paciente>. Acesso em 10 ago. 2022.

ESTEVES, A. F. et al. PET-Saúde - medicina e educação em saúde no Programa de Saúde da Família: um relato de caso. *Revista brasileira de educação médica*, v. 36, n. 1, 2012.

GROGAN, E. L. et al. The impact of aviation-based teamwork training on the attitudes of health-care professionals. *Journal of the American College of Surgeons*, v. 199, n. 8, 2004.

Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos – ISMP. Estratégias para envolver o paciente na prevenção de erros de medicação. *Boletim ISMP Brasil*, v. 8, n. 3, 2019. Disponível em: https://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2019/05/Boletim-ISMP-Brasil_Estrategias-para-envolver-o-paciente.pdf. Acesso em: 01 set. 2022.

MANSER, Tanja. Teamwork and patient safety in dynamic domains of health-care: a review of the literature. *Acta Anaesthesiol Scand.*, v. 53, n. 2, 2009.

World Health Organization - Patient Safety. 2019. Disponível em: [World Health Organization - The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety version 1.1> Final Technical Report and Technical Annexes, 2009. Disponível em: \[World Health Organization. Medication without harm – 5 Moments for Medication Safety Geneva: World Health Organization, 2019. Disponível em: \\[289\\]\\(https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2019.4. Acesso em: 01 set. 2022.</p></div><div data-bbox=\\)\]\(https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70882/WHO_IER_PSP_2010.2_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 01 ago. 2022</p></div><div data-bbox=\)](https://www.who.int/campaigns/world-patient-safety-day/2019#:~:text=Patient%20Safety%3A%20a%20global%20health,Speak%20up%20for%20patient%20safety!. Acesso em: 01 ago. 2022.</p></div><div data-bbox=)

ORGANIZADORAS



Dulciane Nunes Paiva

Fisioterapeuta (UFPE). Mestra em Biofísica - Fisiologia Respiratória (UFRJ) e Doutora em Medicina - Pneumologia (UFRGS). Pós-doutora em Fisioterapia Cardiopulmonar (UFPE). Tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Santa Cruz (HSC). Docente do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Mestrado e Doutorado em Promoção da Saúde (PPGPS) e do Curso de Fisioterapia do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).



Izadora Joseane Borrajo Moreira

Médica (UFRGS). Mestra em Promoção da Saúde (UNISC). Coordenadora do Programa de Residência Médica do Hospital Santa Cruz (HSC). Médica de Família e Comunidade (HCPA). Docente e preceptora do Curso de Medicina do Departamento de Ciências da vida da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).



Rochele Mosmann Menezes

Farmacêutica (UNISC). Mestra em Promoção da Saúde (UNISC). Doutoranda no Programa de Pós Graduação Stricto Sensu Mestrado e Doutorado em Promoção da Saúde (UNISC). Farmacêutica Clínica e Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Santa Cruz (HSC).



Mari Ângela Gaedke

Enfermeira (UNISC). Mestra e Doutora em Saúde Coletiva (UNISINOS). Pós-doutora em Promoção da Saúde (UNISC). Coordenadora da Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Santa Cruz (HSC). Docente do Curso de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Mestrado e Doutorado em Promoção da Saúde (PPGPS) (UNISC).

COLABORADORAS



Bruna Eduarda Diehl

Acadêmica do Curso de Bacharelado em Fisioterapia da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação em Desenvolvimento Tecnológico e Inovação (PIBITI) do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).



Fabiana Rafaela S. de Mello

Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Bolsista do Programa da Universidade de Santa Cruz do Sul de Iniciação Científica (PUIC).



Andressa Stella Kuhn

Médica (UNISC). Especialista em Medicina de Família e Comunidade pelo Hospital Santa Cruz (HSC). Pós-graduada em Saúde Pública com ênfase em Saúde da Família e Comunidade (UNOPAR).



Vanessa Caroline Hermes

Farmacêutica (UNISC). Especialista em Urgência, Emergência e Intensivismo pelo Hospital Santa Cruz (HSC).

SOBRE AS AUTORAS E AUTORES

Adália Pinheiro Loureiro

Enfermeira graduada pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Especialista em Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente pela Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (FIOCRUZ - ENSP). Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: adaliafp@unisc.br

Alessandra Emmanouilidis

Fisioterapeuta graduada pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Pós-graduada em Fisioterapia Hospitalar e Terapia Intensiva pelo Hospital Moinhos de Vento. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde - Mestrado e Doutorado (PPGPS) da UNISC. Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: lessafisioterapia@gmail.com

Alexander Romão Vieira Morinélli

Fisioterapeuta graduado pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Pós-graduando em Fisioterapia Traumato-ortopédica (Faculdade Dom Alberto). Mestrando no Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde - Mestrado e Doutorado (PPGPS) da UNISC. Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: alexandervieira2013@hotmail.com

Ana Carolina Franceschette

Bacharel em Educação Física graduada pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Pós-graduada em Ergonomia pela Universidade de Santo Amaro (UNISA). Profissional de Educação Física e Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) com ênfase em Urgência, Emergência e Intensivismo do Hospital Santa Cruz (HSC) da UNISC. Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: carol.franceschette@gmail.com

Ana Carolina Severo

Graduanda em Fisioterapia pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Bolsista do Programa PIBIC do CNPq da Universidade de Santa Cruz do Sul. Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: acsevero@mx2.unisc.br

Ana Paula Helfer Schneider

Farmacêutica graduada pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Doutora em Saúde Coletiva (UNISINOS). Docente Departamento Ciências da Vida da UNISC. Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. E-mail: anahelfer@unisc.br

Andressa Stella Kuhn Correia da Rosa

Médica graduada pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Residente em Medicina de Família e Comunidade pelo Hospital Santa Cruz (HSC) da UNISC. Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

E-mail: andressaskuhn@gmail.com

Anna Virgínia Bisognin Felice

Farmacêutica graduada pela Universidade Franciscana (UFN) e pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) com ênfase em Urgência, Emergência e Intensivismo no Hospital Santa Cruz (HSC) da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

E-mail: annavirginia@unisc.br

Barbara Dorneles Nicoli

Farmacêutica graduada pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) com ênfase em Urgência, Emergência e Intensivismo do Hospital Santa Cruz da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

E-mail: barbaranicoli@unisc.br

Bárbara Swarowsky Tabach

Médica graduada pela Universidade Luterana do Brasil (ULBRA). Especialista em Cardiologia pelo Instituto de Cardiologia/Fundação Universitária de Cardiologia. Mestra pelo Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde - Mestrado e Doutorado (PPGPS) da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Docente do curso de Medicina da UNISC. Coordenadora médica do setor de emergência do Hospital Santa Cruz (HSC). Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: barbaraswa@hotmail.com

Bruna Eduarda Diehl

Graduanda em Fisioterapia pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Bolsista do Programa PIBITI do CNPq. Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: brunadiehl1@mx2.unisc.br

Camila Monique Lagemann

Fisioterapeuta graduada pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) e pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) com ênfase em Urgência, Emergência e Intensivismo do Hospital Santa Cruz (HSC) da UNISC. Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: camilalagemann@unisc.br

Carine Muniz dos Santos

Profissional de Educação Física graduada pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Mestra pelo Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde - Mestrado e Doutorado (PPGPS) da UNISC. Analista de Promoção da Saúde do Serviço Social da Indústria - SESI Caxias do Sul. Caxias do Sul, RS, Brasil. E-mail: munizcarine@hotmail.com

Carine Overbeck Cortes

Graduanda em Psicologia pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Assistente administrativa no Setor de Desenvolvimento Humano do Hospital Santa Cruz (HSC). Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: carineoverbeck@unisc.br

Carla Adriana de Oliveira

Enfermeira graduada pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) e pelo Programa de Residência Multiprofissional (PRMS) com ênfase em Urgência, Emergência e Intensivismo do Hospital Santa Cruz (HSC) da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: carlaoliveira3@unisc.br

Catiele Piccin

Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: piccincatiele@gmail.com

Claudia Turra Rossato

Fisioterapeuta graduada pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) com ênfase em Urgência, Emergência e Intensivismo no Hospital Santa Cruz (PRMS) da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Pós-graduada em Terapia Intensiva pela Universidade Franciscana (UFN). Mestranda em Ciências do Movimento e Reabilitação (UFSM). Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: claudinha.rossato@hotmail.com

Dulciane Nunes Paiva

Fisioterapeuta graduada pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Doutora em Ciências Médicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e Pós-Doutora em Fisioterapia Cardiopulmonar pela UFPE. Tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) do Hospital Santa Cruz (HSC). Docente do Curso de Fisioterapia e do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde - Mestrado e Doutorado (PPGPS) da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: dulciane@unisc.br

Éboni Marília Reuter

Fisioterapeuta graduada pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Docente do Departamento de Ciências da Saúde da UNISC, do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) e do Programa de Residência Médica do Hospital Santa Cruz (HSC) da UNISC. Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: ebonireuter@unisc.br

Eduarda Chaves Silveira

Fisioterapeuta graduada pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) e pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) com ênfase em Urgência, Emergência e Intensivismo no Hospital Santa Cruz (HSC) da UNISC. Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. Email: eduarda.chaves.silveira@gmail.com

Edna Linhares Garcia

Psicóloga graduada pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde - Mestrado e Doutorado (PPGPS), do Programa de Pós-Graduação em Psicologia e do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: edna@unisc.br

Evelin Wegner

Farmacêutica graduada pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) e pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) com ênfase em Urgência, Emergência e Intensivismo do Hospital Santa Cruz (HSC) da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Especialista em Farmácia Clínica e Prescrição Farmacêutica pelo Instituto de Ciência, Tecnologia e Qualidade (ICTQ). Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

E-mail: evelinwegner@hotmail.com

Fabiana Rafaela Santos de Mello

Graduanda em Medicina pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Bolsista do Programa de Bolsas de Iniciação Científica (PUIC) da UNISC. Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: fmello@mx2.unisc.br

Fernanda Haas

Psicóloga graduada pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Especialista em Psicologia do Exercício e do Esporte pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Especialista em Psicoterapia Psicanalítica pelo Instituto de Ensino e Pesquisa em Psicoterapia Psicanalítica (IEPP). Especialista em Gestão de Pessoas pela UNISC. Coach certificada pela Sociedade Brasileira de Coaching (SBC). Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

E-mail: fhaas@unisc.br

Fernanda Oliveira Ulguim

Profissional de Educação Física graduada pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). Doutora em Saúde e Comportamento pela Universidade Católica de Pelotas (UCPel). Analista de Promoção da Saúde do Serviço Social da Indústria – SESI. Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

E-mail: feulguim@yahoo.com.br

Filipe Adriel Medeiros Aguirre

Profissional de Educação Física graduado pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) e pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) com ênfase em Urgência, Emergência e Intensivismo no Hospital Santa Cruz (HSC) da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

E-mail: filipe.aguirre@edu.pucrs.br

Flávia Garcia de Garcia Horbach

Médica graduada pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Especialista em Medicina de Família e Comunidade pelo Hospital Santa Cruz (HSC). Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: flaviagarcia76@yahoo.com

Frederico Bartz Noy

Médico graduado pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Médico de Família e Comunidade pelo Hospital Santa Cruz (HSC). Residente em neurocirurgia pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: fredy-noy@hotmail.com

Guilherme Mocelin

Enfermeiro graduado pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Mestrando e bolsista modalidade I, CAPES/CNPq do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde - Mestrado e Doutorado (PPGPS) da UNISC. Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: mocelin@mx2.unisc.br

Graziela Melz

Médica graduada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Especialista em Medicina de Família e Comunidade pelo Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da UFRGS. Professora e preceptora do curso de Medicina e supervisora da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade do Hospital Santa Cruz (HSC). Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

E-mail: grazmel@gmail.com

Helena Rocha Machado

Fisioterapeuta graduada pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) com ênfase em Urgência, Emergência e Intensivismo no Hospital Santa Cruz (HSC) da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Pós-graduanda em Osteopatia pelo Instituto Brasileiro de Osteopatia (IBO). Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: helenarocham@hotmail.com

Hildegard Hedwig Pohl

Profissional de Educação Física graduada pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Doutora em Desenvolvimento Regional pela UNISC. Docente do Departamento de Ciências da Saúde e do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde - Mestrado e Doutorado (PPGPS) da UNISC. Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. E-mail: hpohl@unisc.br

Iagro Cesar de Almeida

Graduando em Medicina pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.
E-mail: iagro@mx2.unisc.br

Izadora Joseane Borrajo Moreira

Médica graduada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Médica de Família e Comunidade. Coordenadora do Programa de Residência Médica do Hospital Santa Cruz (HSC). Docente do Curso de Medicina da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Preceptora do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (HSC). Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: izadoram@unisc.br

Jane Dagmar Pollo Renner

Farmacêutica bioquímica graduada pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Doutora em Biologia Celular e Molecular pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC). Docente e Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde - Mestrado e Doutorado (PPGPS) e professora adjunta do Departamento de Ciências da Vida da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: janerenner@unisc.br

Jéssica Luiza Pedroso da Silva

Graduanda em Fisioterapia pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Bolsista voluntária do Laboratório de Pesquisa em Fisioterapia Cardiopulmonar (LAPEC - UNISC). Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

E-mail: jlpedroso@mx2.unisc.br

Julia Lazarri Rizzi

Médica graduada pela Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA). Residente em Medicina Família e Comunidade pelo Hospital Santa Cruz (HSC). Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: rizzijulia22@gmail.com

Julia Luiza Kern

Farmacêutica graduada pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) e pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) com ênfase em Urgência, Emergência e Intensivismo do Hospital Santa Cruz (HSC). Especialista em Farmacologia e Interações Medicamentosas pela Uninter. Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. E-mail: julia.kern@hotmail.com

Juliana Rohde

Psicóloga graduada pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) e pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) com ênfase em Urgência, Emergência e Intensivismo do Hospital Santa Cruz (HSC) da UNISC. Venâncio Aires, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: rohde.ju@gmail.com

João Pedro Felkl Nascimento

Médico graduado pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Residente em Cirurgia Geral pelo Hospital São Vicente de Paulo (HSVP). Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: felklnascimento@gmail.com

Karine Vanessa Perez

Psicóloga graduada pela Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC). Doutora em Psicologia Social e Institucional pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Docente do Mestrado Profissional em Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: karineperez.psi@gmail.com

Lais Carolini Pauleski

Médica graduada pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Especialista em Medicina de Família e Comunidade pelo Programa de Residência Médica do Hospital Santa Cruz (HSC). Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: laispauleski@gmail.com

Laura Schmidt Rizzi

Graduanda em Medicina pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: laurarizzi@mx2.unisc.br

Letícia Aline Back

Psicóloga graduada pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Mestra em Educação pela UNISC. Psicóloga clínica e Psicóloga no Setor de Desenvolvimento Humano do Hospital Santa Cruz (HSC). Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: leticiaback@unisc.br

Lisiane Lisboa Carvalho

Fisioterapeuta graduada pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Mestre e Doutora pelo Programa de Pós-graduação em Promoção da Saúde - Mestrado e Doutorado (PPGPS) da UNISC. Docente do Curso de Fisioterapia da UNISC. Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: lisianecarvalho@unisc.br

Luciano Nunes Duro

Médico graduado pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Médico de Família e Comunidade pelo Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Mestre em Epidemiologia (UFPel) e Doutor em Epidemiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: lduro2009@gmail.com

Makely Ferreira Rodrigues

Psicóloga graduada pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Mestra em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UNISC. Docente do Departamento de Ciências da Saúde da UNISC. Especialista em Gestão de Recursos Humanos e em Terapia Cognitivo-Comportamental. Psicóloga clínica. Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: makelyferreira@unisc.br

Marcia Olinda Aparecida Luft

Enfermeira graduada pelo Centro Universitário La Salle e pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) com ênfase em Urgência, Emergência e Intensivismo do Hospital Santa Cruz (HSC) da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

E-mail: marcialuft@gmail.com

Marcus Vinicius Castro Witczak

Psicólogo graduado pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Docente do Departamento de Ciências da Saúde e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: marcus@unisc.br

Mariana Portela de Assis

Farmacêutica graduada pela Universidade do Vale do Taquari (UNIVATES) e pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) com ênfase em Urgência, Emergência e Intensivismo do Hospital Santa Cruz (HSC) da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) e em Atendimento ao Paciente Oncológico pelo Hospital Bruno Born. Doutoranda no Programa de Pós-graduação em Promoção da Saúde - Mestrado e Doutorado (PPGPS) da UNISC. Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: marianaportela@unisc.br.

Mariane Inês Hermany Maffi

Assistente Social graduada em Serviço Social pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Pós-graduada em Gestão Hospitalar pela UNISC. Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: marianehmaffi@gmail.com

Mari Ângela Gaedke

Enfermeira graduada pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Doutora em Saúde Coletiva (UNISINOS). Pós-doutora pelo Programa de Pós-graduação em Promoção da Saúde - Mestrado e Doutorado (PPGPS) da UNISC. Coordenadora da Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Santa Cruz (HSC). Docente do Curso de Enfermagem e do PPGPS da UNISC. Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: marig@unisc.br

Marina Gassen

Farmacêutica graduada pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) e pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) com ênfase em Urgência, Emergência e Intensivismo no Hospital Santa Cruz. Especialista em Farmácia Hospitalar e Clínica pelo Instituto de Educação do Hospital Moinhos de Vento. Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. E-mail: ninagassen@gmail.com

Marta Von Dentz

Assistente Social graduada em Serviço Social pela Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC). Doutora pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Docente do Departamento de Ciências Humanidades e Educação da Universidade de Santa Cruz do Sul. Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: martadentz@unisc.br

Mikaela Aline Bade München

Psicóloga graduada pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde com ênfase em Urgência, Emergência e Intensivismo (PRMS) do Hospital Santa Cruz. Blumenau, Santa Catarina, Brasil. E-mail: mikaelaabmunchen@gmail.com

Miriam Beatrís Reckziegel

Profissional de Educação Física graduada pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Docente do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. E-mail: miriam@unisc.br

Nicolas de Almeida Ziemann

Graduando em Fisioterapia pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Bolsista voluntário do Laboratório de Pesquisa em Fisioterapia Cardiopulmonar (LAPEC - UNISC). Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: nicolas.aziemann@gmail.com

Ricardo Pauli Lautert

Profissional de Educação Física graduado pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) e pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) com ênfase em Urgência, Emergência e Intensivismo do Hospital Santa Cruz (HSC). Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

E-mail: lautert.rp@gmail.com

Rochele Mosmann Menezes

Farmacêutica graduada pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Farmacêutica Clínica do Hospital Santa Cruz (HSC). Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) com ênfase em Urgência, Emergência e Intensivismo do Hospital Santa Cruz e Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde - Mestrado e Doutorado (PPGPS) da UNISC. Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

E-mail: rochelemenezes@unisc.br

Sara de Lima Marion

Farmacêutica graduada pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) com ênfase em Urgência, Emergência e Intensivismo no Hospital Santa Cruz. Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: saram@unisc.br

Suzane Beatriz Frantz Krug

Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Docente do Curso de Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde - Mestrado e Doutorado e Chefe do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade de Santa Cruz (UNISC). Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: skrug@unisc.br

Taíne de Bastos Brum

Farmacêutica graduada pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) com ênfase em Urgência, Emergência e Intensivismo do Hospital Santa Cruz (HSC) da Universidade de Santa Cruz (UNISC). Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: tainebastos@unisc.br

Tiago da Rosa Rambo

Graduando em Fisioterapia pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).
Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: rambo@mx2.unisc.br

Vanessa Caroline Hermes

Farmacêutica graduada pela Universidade de Santa Cruz (UNISC) e pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) com ênfase em Urgência, Emergência e Intensivismo do Hospital Santa Cruz (HSC) da Universidade de Santa Cruz (UNISC). Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

E-mail: vanessacarolineh@unisc.br

Vitória Merten Fernandes

Psicóloga graduada pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) e pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) com ênfase em Urgência, Emergência e Intensivismo do Hospital Santa Cruz (HSC) da UNISC. Pós-graduada em Psicologia Hospitalar e Saúde pela UNISC. Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: vitoriamerten@gmail.com

EXPERIÊNCIAS DE ENSINO-APRENDIZAGEM NO TRABALHO



ARCO
EDITORES