

MULTIDISCIPLINARIDADE EM SAÚDE: A NECESSIDADE DA INTEGRAÇÃO

VOLUME V



EDITORA CONHECIMENTO LIVRE

Frederico Celestino Barbosa

Multidisciplinaridade em saúde: a necessidade da integração

5ª ed.

Piracanjuba-GO
Editora Conhecimento Livre
Piracanjuba-GO

5ª ed.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Barbosa, Frederico Celestino
B238M Multidisciplinaridade em saúde: a necessidade da integração
/ Frederico Celestino Barbosa. – Piracanjuba-GO

Editora Conhecimento Livre, 2023

196 f.: il

DOI: 10.37423/2023.edcl778

ISBN: 978-65-5367-375-5

Modo de acesso: World Wide Web

Incluir Bibliografia

1. competência 2. complemento 3. técnicas 4. conhecimentos I. Barbosa, Frederico Celestino II.
Título

CDU: 613

<https://doi.org/10.37423/2023.edcl778>

O conteúdo dos artigos e sua correção ortográfica são de responsabilidade exclusiva dos seus respectivos autores.

EDITORIA CONHECIMENTO LIVRE

Corpo Editorial

MSc Edson Ribeiro de Britto de Almeida Junior

MSc Humberto Costa

MSc Thays Merçon

MSc Adalberto Zorzo

MSc Taiane Aparecida Ribeiro Nepomoceno

PHD Willian Douglas Guilherme

MSc Andrea Carla Agnes e Silva Pinto

MSc Walmir Fernandes Pereira

MSc Edisio Alves de Aguiar Junior

MSc Rodrigo Sanchotene Silva

MSc Wesley Pacheco Calixto

MSc Adriano Pereira da Silva

MSc Frederico Celestino Barbosa

MSc Guilherme Fernando Ribeiro

MSc. Plínio Ferreira Pires

MSc Fabricio Vieira Cavalcante

PHD Marcus Fernando da Silva Praxedes

MSc Simone Buchignani Maigret

Dr. Adilson Tadeu Basquerote

Dra. Thays Zigante Furlan

MSc Camila Concato

PHD Miguel Adriano Inácio

MSc Anelisa Mota Gregoleti

PHD Jesus Rodrigues Lemos

MSc Gabriela Cristina Borborema Bozzo

MSc Karine Moreira Gomes Sales

Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares

MSc Pedro Panhoca da Silva

MSc Helton Rangel Coutinho Junior

MSc Carlos Augusto Zilli

MSc Euvaldo de Sousa Costa Junior

Dra. Suely Lopes de Azevedo

MSc Francisco Odecio Sales

MSc Ezequiel Martins Ferreira

MSc Eliane Avelina de Azevedo Sampaio

CAPÍTULO 1	7
PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO (AME) EM MENORES DE SEIS MESES NO AMAZONAS NO PERÍODO 2016 A 2020	
Edna Silva Souza Lima	
Érica Martins Farias	
Sucena da Silva Caldas dos Santos	
Nayara Sousa Castro	
Lívia Araújo Queiroz de Alencar	
DOI 10.37423/230808060	
 CAPÍTULO 2	 27
ANÁLISE DOS CUSTOS DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES NAS REGIÕES DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE	
Angelo Augusto Paula do Nascimento	
Ingrid Guerra Azevedo	
José Gustavo Barbosa de Freitas	
Erica Juliana da Silva	
Silvana Alves Pereira	
Francisco Assis Vieira Lima Júnior	
DOI 10.37423/230808068	
 CAPÍTULO 3	 38
A MASSAGEM CLÁSSICA COMO ALTERNATIVA PARA O ALÍVIO DE CÓLICAS EM CRIANÇAS	
Juliana Pereira de Lima da Rocha	
DOI 10.37423/230808082	
 CAPÍTULO 4	 40
TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA, CARACTERÍSTICAS BIOPSISSOCIAIS: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA	
Pamela Gomes	
Amanda Souza	
Rayane de Jesus Barbosa	
Guilherme Alves Franco	
Helair Vinagre Tavares	
Claudya Keyko Correia Rossetti	
Kainara Luiza Santana Silva Brito	
Gabriela Santos Coelho	
Matheus Cardoso Marques	
DOI 10.37423/230808083	

CAPÍTULO 5 55

EFICIÊNCIA DAS ADVERTÊNCIAS SANITÁRIAS OBRIGATÓRIAS PRESENTES NAS EMBALAGENS DE TABACO

Gabrieli Carla dos Santos

Gisele Aparecida Pereira Teodoro

Jessica Carolina Cardoso Nunes

Mariana Dutra Gomes Henrique

Marina Roberta de Oliveira Izolbert

DOI 10.37423/230808095

CAPÍTULO 6 68

A PRÁTICA DA AMAMENTAÇÃO EXCLUSIVA E FATORES ASSOCIADOS A SUA INTERRUPÇÃO

Elissa Maria do Nascimento Cardozo

Jessica Larissa Maia Rodrigues

Kuenia Mariana Gomes de Oliveira

Lullya Regia Evangelista Ferreira

Ana Nathália Oliveira Rodrigues

Thaiane Cavalli

Rafaela Caroline Morais da Silva

Roberta dos Santos Cronemberger

Nathalia Dayane de Sousa Alves Lopes Nathalia

Clara Giraldo Ferreira

DOI 10.37423/230808104

CAPÍTULO 7 71

O PADRÃO ALIMENTAR OCIDENTAL E SUA INFLUÊNCIA NA CANDIDÍASE VULVOVAGINAL

Elissa Maria do Nascimento Cardozo

Luana Naira da Silva

Norayka de Souza Fernandes

Karlla Priscilla da Cruz Silva

Amanda de Oliveira

Aquiles Braga Acioly

Maria Eduarda Anulino dos Santos

Isabella Oliveira Gelape

Andressa de Souza Carvalho

Ana Caroline de Araújo Silva

DOI 10.37423/230808105

CAPÍTULO 8 74

PERFIL NUTRICIONAL DE PACIENTES ADMITIDOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA COVID-19 DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO.

elissa maria do nascimento cardozo

Maria clara bandeira da Silva

Francisca Taynára Brito de Sousa

Débora Oliveira Severiano

Maria Rita Barbosa da Silva

Amanda de Andrade Santos Freire

Marcela Nascimento Cordeiro

Luiza Poggio de Andrade

Gabriela Luna Silva Gadelha

DOI 10.37423/230808106

CAPÍTULO 9 76

O CONHECIMENTO DE IDOSOS SOBRE A ALIMENTAÇÃO CARDIOPROTETORA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO DE LITERATURA

elissa maria do nascimento cardozo

Greyce Kelly Souza Agenor

Fernanda Souza da Paz

Aquiles Braga Acioly

Ana Paula da Silva Duarte

Andressa Silva Oliveira

Mayara Borges de Carvalho Bomfim

Débora Oliveira Severiano

Ana Patrícia Ferreira da Silva

Bruna Fonseca Doreste

DOI 10.37423/230808107

CAPÍTULO 10 80

A EDUCAÇÃO NA SAÚDE E O IMPACTO NOS INDICADORES ASSISTENCIAIS NA ÁREA HOSPITALAR

Joseane Stahl Silveira

Lyana Duarte Borba Da Silva

Roberta Mielczarski Martins

DOI 10.37423/230808109

CAPÍTULO 11 137

USO DAS TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO (TICS) PARA A QUALIFICAÇÃO DE PROFISSIONAIS EM UM HOSPITAL NA PANDEMIA DA COVID-19

Joseane Stahl Silveira

Lyana Duarte Borba Da Silva

Roberta Mielczarski Martins

DOI 10.37423/230808125

CAPÍTULO 12 158

O USO DA ESTRUTURAÇÃO DE ROTINA COMO FERRAMENTA NA INTERVENÇÃO DE
IDOSOS NO CONTEXTO DOMICILIAR: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Sarah Gomes Pereira

Helka Juliane Fernandes da Silva

Mariana Lima da Silva Lousada

Saulo Emanuel de Oliveira Freitas

DOI 10.37423/230808133

CAPÍTULO 13 170

PERCEPÇÃO DA POPULAÇÃO SOBRE ATUAÇÃO DO MÉDICO VETERINÁRIO NA SAÚDE
ÚNICA NA CIDADE DE SANTARÉM-PARÁ

Giovanna Oliveira Baia

Gabriel Oliveira Baia

Cássia Maria Pedroso dos Santos

Wellington Conceição da Silva

Raimundo Nonato Colares Camargo Júnior

DOI 10.37423/230808134

CAPÍTULO 14 185

CONHECIMENTO DA HIGIENIZAÇÃO EM USUÁRIOS DE PRÓTESES DENTÁRIAS
REMOVÍVEIS

Wellington Danilo Soares

Ana Paula Costa Santos

João Victor Neres Cardoso

Larissa Mendes Vilas Boas Alves

Gustavo Fagundes Eulálio dos Anjos

Amanda Nayara Silva Siqueira

Dulce Pimenta Gonçalves

João Paulo Rodrigues Pacheco

Tatiana Almeida de Magalhães

Jairo Evangelista Nascimento

DOI 10.37423/230908260

Capítulo 1



10.37423/230808060

PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO (AME) EM MENORES DE SEIS MESES NO AMAZONAS NO PERÍODO 2016 A 2020

Edna Silva Souza Lima

Centro Universitário do Norte- UNINORTE

Érica Martins Farias

Centro Universitário do Norte- UNINORTE

Sucena da Silva Caldas dos Santos

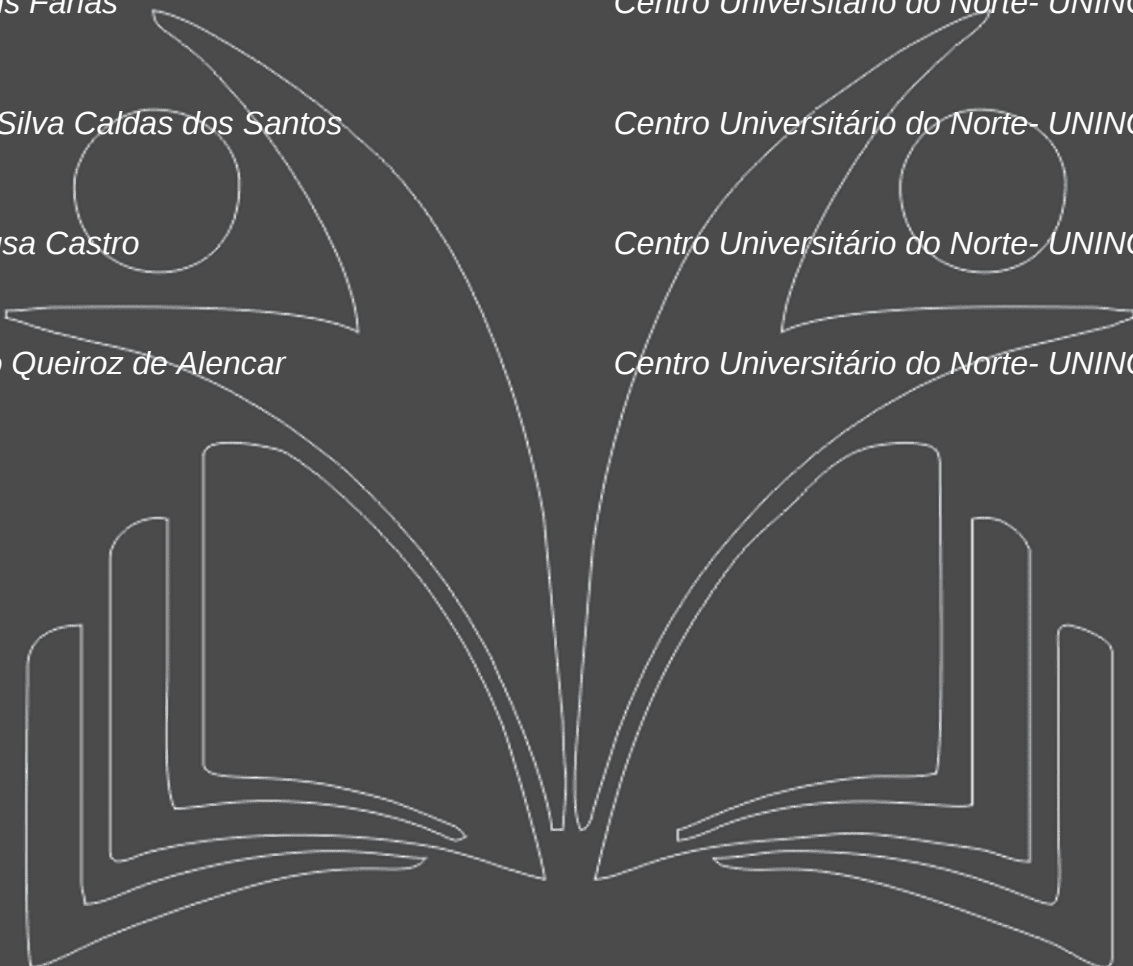
Centro Universitário do Norte- UNINORTE

Nayara Sousa Castro

Centro Universitário do Norte- UNINORTE

Lívia Araújo Queiroz de Alencar

Centro Universitário do Norte- UNINORTE



Resumo: O (AME) Aleitamento Materno Exclusivo é uma prática essencial para a saúde da criança, pois o leite materno provê tudo que ela necessita para crescer e se desenvolver durante o período da amamentação. Buscou-se identificar o município do Estado do Amazonas com a menor prevalência do AME em menores de seis meses, no período de 2016 a 2020, para correlacionar com o papel do profissional Nutricionista na manutenção e promoção do aleitamento materno infantil. Para tanto, utilizou-se de um estudo retrospectivo, transversal e descritivo com abordagem quantitativa e qualitativa, embasado em dados coletados por meio eletrônico, a partir dos relatórios publicados no (SISVAN) Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. A amostra foi constituída de crianças, de ambos os sexos, de todas as raças, com idade de 0 a 6 meses. As análises apontam que as menores prevalências do AME, no Estado do Amazonas, estão nos municípios de Envira (8,8%), Humaitá (7,41%), Anamã (5,4%) e Urucurituba (3,4%), índices muito abaixo da média nacional (47,5%) apontada pelo Ministério da Saúde, além de percentual (0%) registrados em outros municípios. Conclui-se que, o envolvimento efetivo do profissional de nutrição na coordenação de programas voltados para a infância, contribui com a prática do aleitamento materno, evitando o desmame precoce e, consequentemente, com a melhoria do estado nutricional da criança, reduzindo a morbidade e a mortalidade infantil, especialmente neonatal.

Palavras-chave: aleitamento materno exclusivo; desmame precoce; estado nutricional.

INTRODUÇÃO

O aleitamento materno é uma prática que contribui para a redução da morbimortalidade, especialmente por seus diversos benefícios físicos e mentais, especialmente entre os recém-nascidos de baixo peso e prematuros. Dentre as principais vantagens do uso do leite humano nessa população estão à prevenção de infecções, auxílio na maturação gastrointestinal e proteção da retinopatia da prematuridade.

As recomendações mundiais para amamentação, desde o ano de 2002, são preconizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que estabelece o aleitamento materno exclusivo (AME) até o sexto mês de vida, ou seja, nesse período nenhum outro líquido ou alimento deve ser ofertado ao bebê, somente a partir do sexto mês, aconselha-se a introdução da alimentação complementar, que carece ser nutricionalmente adequada e segura, sendo ofertada em conjunto com a amamentação, a qual deve ser continuada até os dois anos ou mais.

A prática do Aleitamento Materno tem sido bastante discutida e incentivada por uma série de programas e políticas públicas, porém as situações atuais se encontram distantes do preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

UUFRJ, (2021) afirma que, se praticado por todas as famílias, o aleitamento materno exclusivo (AME) até os seis meses de vida, seguido do aleitamento materno complementado com outros alimentos, poderia salvar, por ano, a vida de mais de 800 mil crianças e 20 mil mulheres no mundo.

O pressuposto que norteia este estudo é que, mesmo diante das evidências científicas comprovando a superioridade da amamentação sobre outras formas de alimentar a criança pequena, e apesar dos esforços de todos os setores da saúde, os índices de aleitamento materno no Brasil, em especial as de amamentação exclusiva, estão bastante abaixo das recomendadas.

Por essa razão, justifica-se a relevância desta pesquisa para identificar, com base nos dados do SISVAN a partir de 2016, a prevalência do aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses no Estado do Amazonas. Nessas considerações, o objetivo deste trabalho é constatar o município com a menor prevalência, pontuar as principais consequências do desmame precoce ao estado nutricional e desenvolvimento do bebê e correlacionar com o papel do profissional Nutricionista na manutenção e promoção do aleitamento materno. Desta forma, espera-se que os resultados aqui obtidos e as sugestões propostas possam contribuir com a melhoria das ações para a promoção do aleitamento materno exclusivo no estado.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo retrospectivo, transversal e descritivo com abordagem quantitativa e qualitativa. Os dados utilizados na pesquisa foram coletados a partir do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricionais (SISVAN), através dos relatórios públicos de marcadores de consumo alimentar no SISVAN web. A amostra foi constituída de crianças, de ambos os sexos, com idade de 0 a 6 meses de idade, cadastradas no SISVAN do estado do Amazonas, no período de 2016 a 2020. Foram utilizadas as seguintes variáveis: menores de seis meses; aleitamento materno exclusivo; de todos os sexos e raça.

Para tabulação dos dados utilizou-se o programa Microsoft Excel, organizando os resultados em tabelas e gráfico, classificando os percentuais obtidos de acordo com os parâmetros recomendados pela Organização Mundial de Saúde (2009), que classifica a situação dos percentuais de Prevalência do Aleitamento Materno Exclusivo em ruim (0-11%), razoável (12% a 49%), bom (50% a 89%), muito bom (90% a 100%).

REVISÃO DE LITERATURA

BENEFÍCIOS DO ALEITAMENTO MATERNO

O leite materno é um alimento essencial nos primeiros seis meses de vida da criança, pois sua composição, equilibrada em nutrientes, é fundamental para o crescimento e desenvolvimento, proporcionando muitos benefícios, dentre eles, a prevenção de doenças comuns na infância e doenças crônicas na idade adulta. Cury (2009) declara que, o leite materno é composto por proteínas, açúcar, minerais e vitaminas, com gordura em suspensão, que adicionados a outros elementos constituintes, completam as necessidades nutricionais e imunológicas para um crescimento e desenvolvimento adequados.

Vários estudos apontam que o aleitamento materno também oferece várias vantagens para a nutriz, tais como a redução dos riscos de câncer de mama, ovário e útero, e a prevenção da osteoporose. Em conformidade com Moura et al., (2015), outro benefício do leite materno é por ser um alimento prático, já que está acessível a qualquer momento, na temperatura certa para o lactente. O ato de sucção do bebê alivia a mãe da sensação desconfortante dos seios cheios e pesados, promovendo a secreção de prolactina (responsável pela produção do leite e inibição da ovulação). Vale ressaltar que o ato de amamentar fortalece a consolidação dos laços afetivos entre mãe e filho.

O Ministério da Saúde, em consonância com a Organização Mundial de Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), reconhece o aleitamento materno como uma das estratégias fundamentais para a redução dos índices de mortalidade neonatal. O colostro, líquido de aparência amarelada e aspecto espesso que sai das mamas, no período entre o parto e o 7º dia é considerado como a primeira imunização do neonato, pois sua composição é rica em vitaminas, proteínas e imunoglobulinas (IgA, IgG e IgM).

Conforme Cury (2009) vários estudos revelam que, as crianças amamentadas possuem maior resistência a infecções como diarreia, otite média e doenças respiratórias, quando comparadas às não amamentadas. Além de possuir fatores protetores às infecções, a amamentação também evita a oferta de leites muito concentrados ou muito diluídos à criança, o que levaria ao ganho de peso insuficiente ou ao sobrepeso e obesidade (BRASIL, 2015).

Diante do exposto, vale ressaltar que a amamentação é a melhor forma de alimentar a criança nos seus primeiros meses de vida, pois promove a saúde integral, constituindo bases para efeitos biológicos e emocionais no seu desenvolvimento.

ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO (AME)

O Aleitamento Materno Exclusivo (AME) refere-se à prática de alimentar o bebê apenas com o leite materno, seja por sucção direta da mama ou por ordenha manual, deixando de lado qualquer outro tipo de alimento ou bebida, inclusive a água, com exceção de gotas ou xaropes de vitaminas, minerais e/ou medicamentos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) adverte que o aleitamento materno exclusivo é a forma ideal e necessária para a alimentação da criança até o sexto mês de vida, devendo ocorrer de maneira complementada até os dois anos ou mais. O AME é uma estratégia que tem a finalidade de reduzir a morbidade e a mortalidade infantil, especialmente neonatal (LIMA; NASCIMENTO; MARTINS, 2018).

Em consonância com a OMS, CRUZ (2015) ressalta a importância do aleitamento materno e reafirma que, o não aleitamento e a falta de AME, principalmente durante os seis primeiros meses de vida, compõem importantes fatores de risco para morbidade e mortalidade das crianças, enfatizando que, cerca de 55% das mortes infantis ocorridas no mundo todos os anos, devido a doenças relacionadas a diarreia e a infecções respiratórias agudas, acontecem devido a esse fato.

Segundo o Ministério da Saúde, no Brasil 67,7% das crianças mamam na primeira hora de vida e a duração média do Aleitamento Materno Exclusivo é de 54 dias, ou seja, menos de dois meses. Aproximadamente, apenas 41% das crianças menores de seis meses tiveram alimentação exclusivamente por leite materno no país (Brasil, 2020). Mesmo sendo recomendado, nos primeiros seis meses de vida, o Aleitamento Materno Exclusivo (AME) ainda é pouco praticado em todo o mundo, incluindo o Brasil.

Nesse contexto, é fundamental conhecer os principais desafios do início da amamentação que prejudicam a prática do AME e lutar para que esta realidade seja transformada positivamente. O profissional de saúde deve identificar durante o pré-natal, os conhecimentos, a experiência prática, as crenças e a vivência social e familiar da gestante, com o intuito de promover educação em saúde para o aleitamento materno e garantir vigilância e efetividade durante a nutriz no pós-parto.

FATORES QUE INFLUENCIAM NA DURAÇÃO E NO DESMAME PRECOCE

Nas últimas décadas, houve aumento nas taxas de amamentação na maioria dos países, inclusive no Brasil. Entretanto, a tendência ao desmame precoce continua e o índice de crianças amamentadas, segundo as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), ainda é baixo. Muniz (2010) define que o desmame precoce é a interrupção do aleitamento materno exclusivo (AME), antes de o lactente atingir o sexto mês de vida, mesmo sendo um motivo e decisão da mãe ou não e introduzidos na dieta da criança outros alimentos para complementação do leite materno. Este é um problema de saúde que tem uma implicação não só biológica, mas social, já que tem repercussões na qualidade e expectativa de vida dos recém-nascidos, pois o desmame precoce está relacionado, entre outras causas, à mortalidade infantil. (DIOGO; SOUZA; ZOCHE, 2011).

O leite materno, embora seja considerado o alimento ideal para o recém-nascido, a amamentação continua sendo uma tarefa difícil, pois inúmeras puérperas são acometidas por medo, dúvida, insegurança e falta de apoio familiar. Consideráveis são as causas atribuídas ao desmame precoce, como fatores socioeconômicos e culturais, escolaridade da mãe, renda familiar, uso de bicos artificiais e cuidados na gestação, número de consultas no pré-natal, acompanhamento básico de cuidados à saúde entre outros que tem relação com as condições de nascimento e saúde dos lactentes e da rede de apoio social. Para Rocha (2013), os principais fatores que influenciam no desmame precoce é dividido em:

- Variáveis associadas à assistência pré-natal: orientação sobre amamentação, desejo de amamentar;
- Variáveis demográficas: tipo de parto, idade materna, presença paterna na estrutura familiar, números de filhos, experiência com a amamentação;
- Variáveis relacionadas à assistência pós-natal tardia;
- Variáveis socioeconômicas: renda familiar, escolaridade materna e paterna, tipo de trabalho do chefe da família;
- Variáveis relacionadas à assistência pós-natal imediata: alojamento conjunto, auxílio de profissionais de saúde, dificuldades iniciais;

As consequências negativas do desmame precoce comprovadas por diversos estudos representam um grave problema de saúde coletiva e é o principal responsável pela desnutrição e mortalidade infantil no primeiro ano de vida. Conforme um estudo de Sousa e colaboradores (2015), anualmente, há 10 milhões de óbitos infantis no mundo; 38% desses acontecem nas primeiras quatro semanas de vida. Os óbitos podem estar associados ao desmame ainda numa fase muito prematura, visto que a amamentação é uma fonte de intervenção para doenças infecciosas e contribui para diminuir os riscos de mortalidade infantil.

Para Cecatti et. al (2004), uma mulher que recebe uma boa orientação no pré-natal consegue compreender a relevância dessa prática e a realizará com sucesso, precisando apenas do enfermeiro para auxiliá-la, visto que houve a preparação durante a gestação. Deste modo, por ser o aleitamento materno um ato essencial, todavia, com aprendizado e uma prática complexa, torna-se necessário o acompanhamento de profissionais, realizando diferentes intervenções em todo ciclo gravídico-puerperal, apoiando e incentivando as mães a realizarem o pré-natal adequado, bem como a promoção de campanhas de incentivo a amamentação e a detecção prévia dos fatores de risco à interrupção do aleitamento materno e manejos clínicos adequados.

POLÍTICAS PÚBLICAS E ALEITAMENTO MATERNO NO BRASIL

O sucesso do aleitamento materno depende de vários fatores, dentre eles, as orientações e o preparo das mulheres para a lactação durante o período pré-natal. No Brasil, a maioria das mulheres inicia a prática de amamentação, todavia, estudos revelam que uma grande parte das crianças não se

encontra em amamentação exclusiva, já no seu primeiro mês de vida, contrariando o que é preconizado pela Organização Mundial da Saúde.

KALIL e COSTA, (2012) destaca que, com o acesso da mulher no mercado de trabalho, mais significativamente, há cerca de três décadas, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas pela Infância (UNICEF), com o apoio de organizações governamentais e não governamentais em todo o mundo, incentivou à amamentação, tendo em vista a redução dos índices de desmame precoce e de morbimortalidade infantil.

Desde 1981, o Ministério da Saúde coordena estratégias para proteger e promover a amamentação no Brasil. Na prática da amamentação no período pré-natal e puerperal, o Ministério da Saúde criou a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM), atuando em conjunto com a Rede Amamenta Brasil (RAB), ambas visando capacitar os profissionais públicos de saúde para atuarem na promoção do aleitamento materno, nos serviços de saúde.

Através do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno – coordenado pelo Ministério da Saúde – em articulação com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e o UNICEF, desde 1º de março de 1992 foi lançado os "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno", o qual aponta o papel de apoio que os hospitais podem desempenhar a fim de tornar o aleitamento materno, uma prática universalmente adotada nas maternidades, contribuindo significativamente para a saúde de mães, bebês, família e sociedade. Estes dez passos resumem um pacote de políticas e procedimentos que as instituições que prestam serviços de maternidade e de recém-nascidos devem implantar, para apoiar a amamentação com prescrições que beneficiam a amamentação a partir de práticas e orientações no período pré-natal, trabalho de parto, parto, após o parto, nascimento e no retorno ao domicílio.

Na Campanha Nacional de Amamentação realizada em 07/08/2014, com o objetivo de incentivar a amamentação para crianças até os dois anos de idade, sendo o mesmo exclusivo até o sexto mês de vida, o coordenador da Saúde da Criança, do Ministério da Saúde, destacou que a amamentação ajudou o Brasil a alcançar o objetivo do milênio de redução da mortalidade na infância, antes do tempo previsto, obtendo o reconhecimento da Organização Mundial de Saúde (OMS).

O Ministério da Saúde promove no Brasil, a Semana Mundial de Aleitamento Materno (SMAM) desde 1999, sendo responsável pela adaptação do tema para todo o país, assim como a elaboração e distribuição de peças publicitárias e materiais informativos. Para mobilizar a sociedade e mostrar a importância do aleitamento materno no Brasil, o Ministério da Saúde lançou a campanha “Todos pela

amamentação. É proteção para a vida inteira”, a qual estabelece ações de conscientização e incentivo, bem como, informa o papel da rede de apoio para as mulheres durante a fase de amamentação. Mais do que apenas uma semana voltada para a importância do leite materno, a legislação brasileira instituiu o mês de agosto como o Mês do Aleitamento Materno, também conhecido como Agosto Dourado.

No Brasil, a Lei Nº 13.227, de 2015, institui o Dia Nacional de Doação de Leite Humano a ser comemorado, anualmente, no dia 19 de maio, e a Semana Nacional de Doação de Leite Humano, a ser comemorada, anualmente, na semana que incluir o dia 19 de maio. Atualmente, o país conta com 301 Hospitais Amigos da Criança, 222 bancos de leite humano e 219 postos de coleta. Em 2020, cerca de 181 mil mulheres doaram mais de 226 mil litros de leite materno.

INFLUÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO NO ESTADO NUTRICIONAL DA CRIANÇA

O leite humano, em virtude de sua composição nutricional balanceada, é considerado um alimento completo e suficiente, inclusive em água, para contemplar as necessidades nutricionais da criança, durante os seis primeiros meses de vida. Nos primeiros anos de vida, o ganho de peso é crucial para o estado nutricional da criança e uma de suas primeiras experiências nutricionais é a amamentação. Segundo o Ministério da Saúde, estudos e pesquisas manifestaram evidências consistentes sobre os benefícios do aleitamento materno para a nutrição e a saúde, pois sozinho é capaz de contemplar as necessidades nutricionais da criança nos primeiros seis meses, e continua sendo uma importante fonte de nutrientes no segundo ano de vida, especialmente de proteínas, gorduras e vitaminas.

A oferta de outro tipo de alimento, nos primeiros meses de vida da criança, pode prejudicar a absorção de nutrientes, induzindo a carências nutricionais. Para (SCHINCAGLIA et al., 2015), a introdução de alimentos antes do sexto mês de vida gera à nutrição inadequada e infecções causadas por contaminantes presentes nos alimentos mal higienizados e/ou mal acondicionados, além de provocar maior risco para as alergias em função da imaturidade fisiológica e levar a maiores gastos financeiros para a família.

Nesse sentido, salienta-se que a amamentação exclusiva, nos primeiros seis meses de vida, é capaz de suprir as necessidades nutricionais necessárias ao crescimento e desenvolvimento da criança. Euclides (2005) garante que a composição do leite humano, além de única e bem balanceada em termos de macro e micronutrientes, inclui fatores protetores e diversas substâncias bioativas que favorecem a

maturação do organismo e o crescimento e desenvolvimento da criança. Desse modo, garantir a amamentação exclusiva desde a primeira hora de vida extrauterina é o modo mais seguro, eficaz e completo para alcançar o crescimento e o desenvolvimento adequados de uma criança.

O PAPEL DO NUTRICIONISTA NA AMAMENTAÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca o aleitamento materno, desde a primeira hora de vida, como um item importante para promoção, proteção e suporte à amamentação. Todavia, nem sempre a amamentação ocorre de forma adequada e eficaz por diversos fatores, vistos anteriormente, ocasionando grande risco para a saúde do bebê. Neste cenário complexo insere-se o nutricionista, profissional responsável pela alimentação adequada em todas as faixas etárias, bem como, preparado para defrontar com os reflexos dessa prática na saúde coletiva.

Para Barbosa (2009), o nutricionista “compreende a anatomia e fisiologia da glândula mamária e do sistema digestivo do lactente, conhece a técnica de amamentação e sabe prevenir e tratar os problemas que podem complicar o processo de amamentação”, Assim, ressalta-se que o nutricionista, profissional responsável pela nutrição e bem estar da população, deve atuar através de orientações sobre a importância da amamentação, encorajando as mães a amamentar as crianças, prevenindo casos de obesidade e outras doenças, contribuindo de maneira efetiva para a promoção de saúde ainda em fases precoces da vida humana.

JESUS et al.,(2017) explica que , o auxílio pré-natal e pós-parto faz parte da atenção nutricional, a qual envolve todos cuidados de alimentação e nutrição, objetivando a promoção e a proteção da saúde, o tratamento de danos e diagnósticos, buscando discernir fatores de riscos agregados à gestação e agindo sobre eles, visando garantir sucesso nas intervenções durante a gestação, no período da amamentação, no crescimento e desenvolvimento infantil, propiciando segurança alimentar e nutricional.

Nesse contexto, enfatiza-se a importância do acompanhamento nutricional durante o período de gravidez, pois muitos dos benefícios da educação alimentar correta, no período de gestação, previnem diversas ocorrências negativas, além de fornecer os nutrientes essenciais ao parto e pós-parto e garantir a nutrição necessária para o período da amamentação e o ganho ideal de peso da criança. Esse profissional viabilizará as recomendações sobre o aleitamento materno, orientações sobre a amamentação exclusiva, quando e como inserir a alimentação complementar da criança, além de auxiliar na recuperação do estado nutricional da mãe.

RESULTADOS E CONCLUSÕES

Os dados sobre a prevalência do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de seis meses no Amazonas, no período de 2016 a 2020, foram coletados através do banco de dados Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricionais (SISVAN WEB), instrumento de gestão voltado para o monitoramento de situação alimentar e nutricional, que auxilia o profissional de saúde no diagnóstico da situação dos agravos alimentares e nutricionais, permitindo assim, a identificação dos fatores de riscos e proteção para as condições de saúde e intervenções para a população brasileira assistida na atenção básica. A partir dos levantamentos realizados foi possível obter resultados de 39 municípios, os quais serão expostos na tabela abaixo.

Tabela 1- Prevalência do aleitamento materno exclusivo em menores de 6 meses de 2016 a 2020

DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL	2016		2017		2018		2019		2020	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ALVARÃES	12	58,33	0	0	0	0	1	0	0	0
AMATURÁ	61	59,02	83	77,11	49	69,39	79	68,35	66	75,76
ANAMÃ	1	0	0	0	1	0	0	0	33	27,27
APUÍ	3	33	0	0	0	0	0	0	0	0
AUTAZES	79	31,65	76	26,32	50	30	35	25,71	41	24,39
BARREIRINHA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
BENJAMIN CONSTANT	0	0	12	50	12	33,33	3	66,67	4	25
BOA VISTA DO RAMOS	12	41,67	0	0	1	0	7	28,57	5	40
CAREIRO DA VÁRZEA	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
BORBA	1	100	1	100	0	0	0	0	0	0
CARAUARI	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0
COARI	3	0	1	0	8	62,5	10	40	13	38,46
CODAJÁS	0	0	3	0	17	33,29	13	53,85	26	50
ENVIRA	0	0	0	0	0	0	0	0	63	44,44
EIRUNEPE	1	0	0	0	1	100	0	0	0	0
GUAJARÁ	5	80	41	34,15	49	46,94	32	68,75	23	47,83
HUMAITÁ	0	0	0	0	0	0	1	0	8	37,05
IPIXUNA	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
IRANDUBA	1	0	3	66,67	36	58,33	23	56,52	3	66,67
ITACOATIARA	18	72,22	2	0	0	0	59	54,24	62	48,39
ITAPIRANGA	0	0	7	71,43	19	52,63	8	75	1	100
MANACAPURU	0	0	0	0	18	50	14	71,43	5	40
MANAQUIRI	0	0	0	0	9	22,22	0	0	3	0
MANAUS	179	59,22	63	68,25	211	71,09	161	59,63	346	56,94
MARAA	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
MANICORÉ	1	0	2	50	0	0	0	0	0	0
NOVA OLINDA DO NORTE	93	49,46	19	26,32	6	50	4	0	22	36,36
PRESIDENTE FIGUEIREDO	0	0	0	0	0	0	21	38,01	20	40
RIO PRETO DA EVA	0	0	1	0	0	0	1	0	9	66,67
SANTO ANTONIO DO IÇÁ	55	41,82	62	48,39	50	56	44	52,27	60	53,33
SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA	7	42,86	3	100	6	100	0	0	23	78,26

SÃO PAULO DE OLIVENÇA	34	47,06	51	39,22	53	47,17	41	56,01	19	52,63
SILVES	5	20	0	0	0	0	9	22,22	8	37,05
SÃO SEBASTIÃO DO UATUMÃ	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0
TABATINGA	15	80	3	33,33	6	83,33	5	40	4	25
TAPAUÁ	0	0	0	0	1		2	100	0	
TEFÉ	0	0	0	0	196	46,94	102	52,94	84	52,38
UARINI	7	57,14	0	0	0	0	0	0	0	0
URUCURITUBA	18	16,67	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: Sisvan Web

A Tabela 1 mostra os indicadores do AME no Estado do Amazonas, especificamente em 39 dos 62 municípios. De acordo com os dados descritos, percebeu-se que em 2016, de 612 crianças menores de 6 meses acompanhadas, 307 estavam em AME, tendo a maior prevalência nos municípios de Borba e Carauari (100,0%). Os municípios de Silves (20%) e Urucurituba (16,67%) apresentaram as menores prevalências. Os resultados também revelam percentuais (0%) em 22 municípios, isto porque, em Anamã, Coari, Eirunepé, Iranduba e Manicoré, as crianças acompanhadas não se encontravam em AME e, em Barreirinha, Benjamin Constant, Careiro da Várzea Codajás, Envira, Humaitá, Ipixuna, Itapiranga, Manacapuru, Manaquiri, Maraã, Manicoré, Presidente Figueiredo, Rio Preto da Eva, São Sebastião do Uatumã, Tapauá e Tefé, não houve acompanhamento.

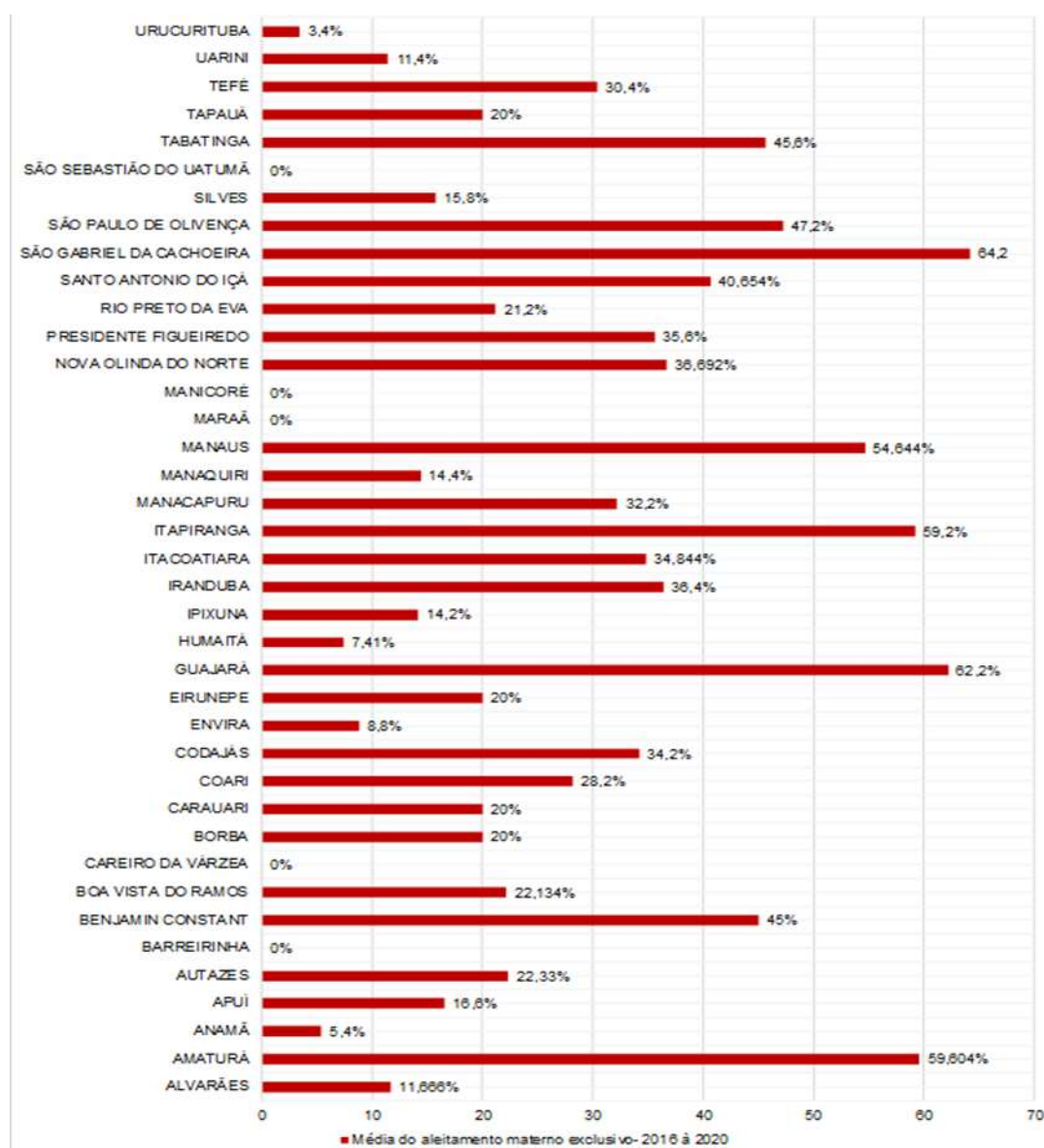
Os dados obtidos em 2017 mostram que, em relação ao ano anterior, houve redução do número de acompanhamento aos menores de 6 meses, o qual aconteceu em apenas 19 municípios, totalizando 434 crianças, das quais somente 216 se encontravam em AME, com maior prevalência nos municípios de Borba, São Gabriel da Cachoeira e São Sebastião do Uatumã (100,0%). Nova Olinda do Norte e Autazes apresentaram menor prevalência (26,32%). O percentual (0%) nos municípios de Coari, Codajás, e Rio Preto da Eva refere-se às crianças que, mesmo em acompanhamento, não se encontravam em AME. Os demais com este mesmo percentual não tiveram acompanhamento no referido ano.

Conforme os dados de 2018 constatou-se que houve um acréscimo referente ao número de crianças acompanhadas, em relação aos anos anteriores. Estiveram em acompanhamento, 800 crianças e, destas, 439 estavam em aleitamento materno exclusivo, revelando a maior prevalência do AME nos municípios de Eirunepé e São Gabriel da Cachoeira (100,0%) e, com as menores prevalências, os municípios de Manaquiri (22,22%) e Autazes (30%). Vale ressaltar que, os municípios de Anamã, Boa Vista do Ramos, Maraã, e Tapauá registraram o percentual (0%).

Em 2019, o acompanhamento de crianças menores de 6 meses contemplou 25 municípios, tendo 677 crianças em acompanhamento. Destas, verificou-se que somente 371 permaneceram em AME, com a maior prevalência no município de Tapauá (100,0%) e as menores, nos municípios de Silves (22,22%) e Autazes (25,71%). Como visto nos anos anteriores, houve registros de percentuais 0% em alguns municípios, os quais se referem a taxas de crianças que, mesmo acompanhadas não permaneceram em AME (Alvarães, Carreiro da Várzea, Humaitá, Ipixuna, Nova Olinda do Norte e Rio Preto da Eva), bem como, a ausência de acompanhamento nos demais municípios com a referida taxa.

No ano de 2020, identificou-se 953 crianças acompanhadas, distribuídas em 27 municípios. No entanto, percebeu-se que, embora tenha aumentado o número de crianças menores de 6 meses acompanhadas, somente 494 estiveram em AME, com prevalência em Itapiranga (100,0%), seguida de Amaturá (75,76%). As menores prevalências ficaram com os municípios de Benjamin Constant (25%), Tabatinga (25%) e Autazes (24,39%). Também foi registrado percentual (0%) nos municípios de Alvarães, Apuí, Borba, Carauari, Eirunepé, Ipixuna, Marañ, Manicoré, São Sebastião do Uatumã, Uarini e Urucurituba.

Conforme os resultados obtidos, verificou-se que, no período de 2016 a 2020, houve um percentual oscilante nos índices do AME entre os municípios, com prevalência para mais e/ou para menos. Constatou-se ainda, que houve municípios em que o acompanhamento aconteceu somente em um dos anos do período em destaque. Outro fator importante, também apurado neste levantamento, foi o número de crianças acompanhadas, em alguns municípios, onde o total de menores de 6 meses acompanhados é tão baixo, que chega a ser um falso positivo para qualquer que seja a conclusão. Para melhor compreensão e considerações, o gráfico abaixo demonstra a média geral de prevalência do AME em menores de 6 meses, de cada município em questão.

Figura 1. Média geral do Aleitamento Materno Exclusivo, por município, no período de 2016 a 2020.

Conforme a Figura 1 constata-se que, no período de 2016 a 2020, dos 39 municípios contemplados com o acompanhamento desses menores em AME, o município que obteve a maior prevalência foi São Gabriel da Cachoeira (64,2%), seguido de Guajará (62,2%) e Amaturá (59,60%). As menores prevalências foram identificadas nos municípios de Envira (8,8%), Humaitá (7,41%), Anamã (5,4%) e Urucurituba (3,4%). Detectou-se nestes dados, que Barreirinha, Careiro da Várzea, Maraã, Manicoré e São Sebastião do Uatumã registraram percentual (0%) na média. Este índice pode estar relacionado ao fato de que, nestes municípios, não houve acompanhamento em todos os anos do período levantado e, conseqüentemente, o acompanhamento deixou a desejar, comprometendo os resultados.

Diante deste cenário, espera-se que este estudo abra possibilidades de investigações mais abrangentes sobre o tema, considerando o estado em sua totalidade, ampliando o número de crianças acompanhadas, para que as ações voltadas para a promoção da saúde da criança possa chegar às áreas mais necessitadas. Giuglianni (2004) assegura que o aleitamento materno poderia prevenir de 13% a 15% de todas as mortes de crianças abaixo de cinco anos em todo o mundo, abarcando a redução em 50% das mortes causadas por doenças respiratórias e 66% das causadas por diarreias.

Desta forma, ressalta-se a relevância dos nutricionistas na coordenação de programas voltados para a infância e, como contribuição deste estudo, propõe-se a implantação de ações práticas e efetivas, que corroborem para a promoção e proteção do aleitamento materno, evitando o desmame precoce e, conseqüentemente, proporcionar a melhoria do estado nutricional da criança, reduzindo a morbidade e a mortalidade infantil, especialmente neonatal.

REFERÊNCIAS

BARBOSA. Cléia Costa. O Nutricionista e a Amamentação. Aleitamento.com – o portal da Ciência da amamentação. I Encontro Nacional sobre Segurança Alimentar da Primeira Infância (14 a16/09, São Paulo). Disponível em: <<http://www.aleitamento.com/amamentacao/conteudo.asp?cod=262>> Acesso em: 04 de set. de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégias. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento

Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:

< https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf Acesso em: 04 de set. de 2021>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 184 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 23).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde: manual de implementação. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília. 1º edição, 2015. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_nacional_promocao_aleitamento_materno.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Orientações direcionadas ao Centro de Operações de Emergências para o Corona-vírus (COE COVID-19), a serem adotadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para a amamentação em eventuais contextos de transmissão de síndromes gripais. Nota Técnica Nº9/2020-DAPES/SAPS/MS.http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/notatecnicaamamentacao92020DAPE_SAPSMS03abr2020COVID-19.pdf

CECATTI. G.; ARAUJO, A. S.; OSIS, M. J.; S, L. C.; FAÚNDES, A. Introdução da lactação e amenorreia como método contraceptivo (LAM) em um programa de planejamento familiar pós-parto: repercussões sobre a saúde das crianças. Revista Brasileira de Saúde materno infantil; volume, 4, nº 2, Recife, 2004.

CRUZ. Neusa Aparecida Casetto Vieira da. Associação entre o tipo de aleitamento na alta hospitalar do recém-nascido e o desmame precoce. Piracicaba, SP: [s. n.], 2015.

DIOGO. E. F; ZOCHE, D. A; SOUZA, T. Causas do desmame precoce e suas interfaces com a condição socioeconômica e escolaridade. Enfermagem em Foco 2011; 2(1): 10-13.

EUCLYDES. M. P. Nutrição do Lactente. 3. ed. Viçosa/MG: Suprema Gráfica, 2005.

CURY. Maria Thereza Furtado. Aleitamento Materno. In: Nutrição em obstetrícia e pediatria. 2. ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2009. cap. 18, p. 279-304.

GIUGLIANI, E,R,S, Aleitamento materno: Aspectos Gerais. In: DUNCAN, B.B; SCHMIDT, M.I.; Medicina Ambulatorial. Conduta de Atenção Primária Baseadas em Evidências. Porto Alegre. Artmed, 2004.

JESUS. P.C.; OLIVEIRA, M. I.; MORAES, J. R. Capacitação de Profissionais de Saúde em Aleitamento Materno e sua Associação com Conhecimentos, Habilidades e Práticas. Revista Ciência & Saúde Coletiva, Niterói, v.22, n.1, p 311-320, 2017.

KALIL. Irene Rocha; COSTA, Maria Conceição da. “Nada mais natural que amamentar”: discursos contemporâneos sobre aleitamento materno no Brasil. RECIIS - Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde, Rio de Janeiro, v. 6, n. 4, p. 1-13, dez. 2012. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/17318>. Acesso em: 05 de set. de 2021.

LIMA. A. P. C.; NASCIMENTO, D. S.; MARTINS, M. M. F. A prática do aleitamento materno e os fatores que levam ao desmame precoce. Journal of Health and Biological Sciences, v.6, n.2, abr/jun.2018.

MOURA, L. P. e; OLIVEIRA, J. M. de; NORONHA, D. D.; TORRES, J. D’P. R. V.; OLIVEIRA, K. C. F.; TELES, M. A. B. Percepção de mães cadastradas em uma Estratégia Saúde da Família sobre aleitamento materno exclusivo. Rev. Enferm. UFPE On Line, Recife, 11(Supl. 3), p. 1403-9, 2017

MUNIZ. M. D. Benefícios do aleitamento materno para a puérpera e o neonato: a atuação da Equipe de Saúde da Família. Formiga /Minas Gerais. 2010. Disponível em: Brazilian Journal of Health Review 1355 ISSN: 2525-8761 Brazilian Journal of Health Review, Curitiba, v.4, n.1. p.1343-1355 jan./feb. 2021 <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2843.pdf>. Acesso em: 20 Set. 2021.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. UNICEF. Declaração de Innocenti. 1990.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. (2009). Alimentação de bebês e crianças pequenas: capítulo modelo para livros didáticos para estudantes de medicina e profissionais de saúde associados. Organização Mundial da Saúde. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44117>. Acesso em: 04 de setembro de 2021.

ROCHA, Najara Barbosa et al. Estudo Longitudinal sobre a Prática de Aleitamento Materno e Fatores Associados ao Desmame Precoce. Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa, v. 13, n. 6, p.1-6, 2013. Disponível em: 28 . Acesso em: 10 NOV. 2021.

SCHINCAGLIA. R. M.; OLIVEIRA, A. C.; SOUSA, L. M.; MARTINS, K. A. Práticas alimentares e fatores associados à introdução precoce da alimentação complementar entre crianças menores de seis meses na região noroeste de Goiânia. Epidemiol. Serv. Saúde. p. 465-474. Brasília. 2015.

SISVAN. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Relatórios de Acesso Público. Ministério da Saúde, 2021. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Disponível em:

< <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index>> Acesso em: 28 Out 2021.

SOUSA. M. S., Aquino, P. D. S., Aquino, C. B. D. Q., Penha, J. C., & Pinheiro, A. K. B. (2015). Aleitamento materno e os determinantes do desmame precoce. Rev. enferm. UFPI, 19-25.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Aleitamento materno:Prevalência e práticas de aleitamento materno em crianças brasileiras menores de 2 anos 4: ENANI 2019. - Documento eletrônico. - Rio de Janeiro, RJ: UFRJ, 2021. (108 p.). Coordenador geral, Gilberto Kac.

Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/>. Acesso em: 12 Nov.2021.

MATERIAL SUPLEMENTAR

Figura 1. Prevalência do aleitamento materno exclusivo em menores de 6 meses (2016).

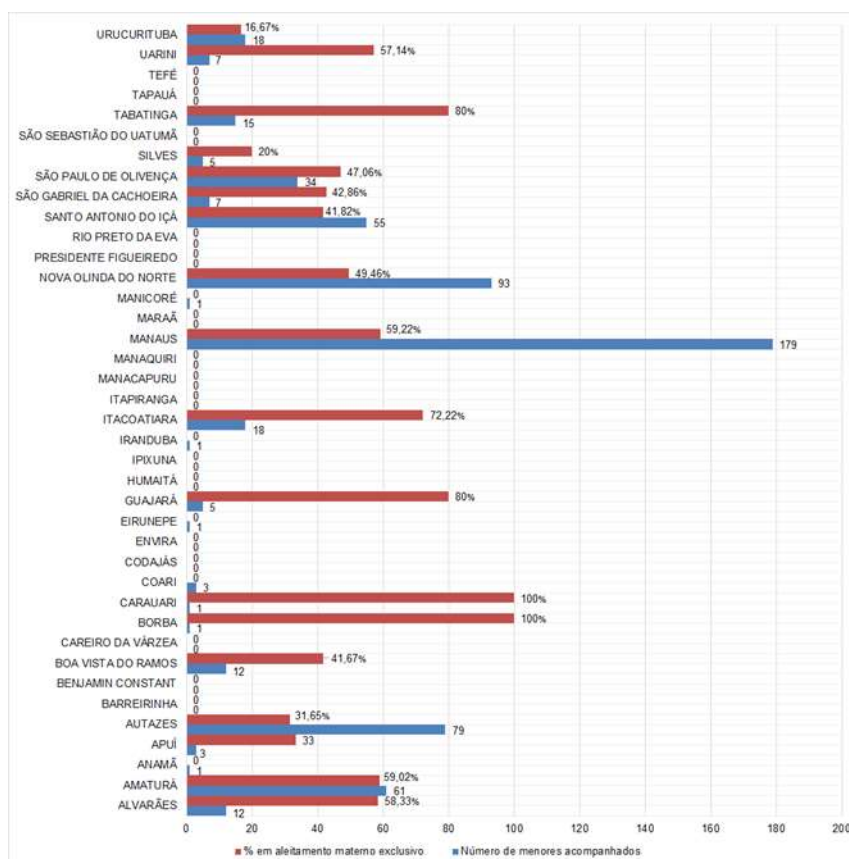


Figura 2. Prevalência do aleitamento materno exclusivo em menores de 6 meses (2017).

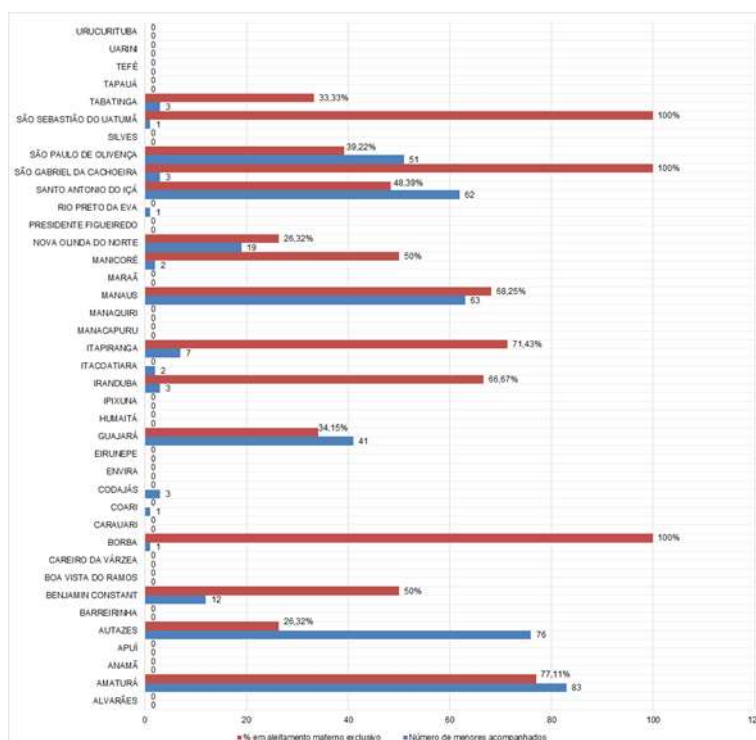


Figura 3. Prevalência do aleitamento materno exclusivo em menores de 6 meses (2018).

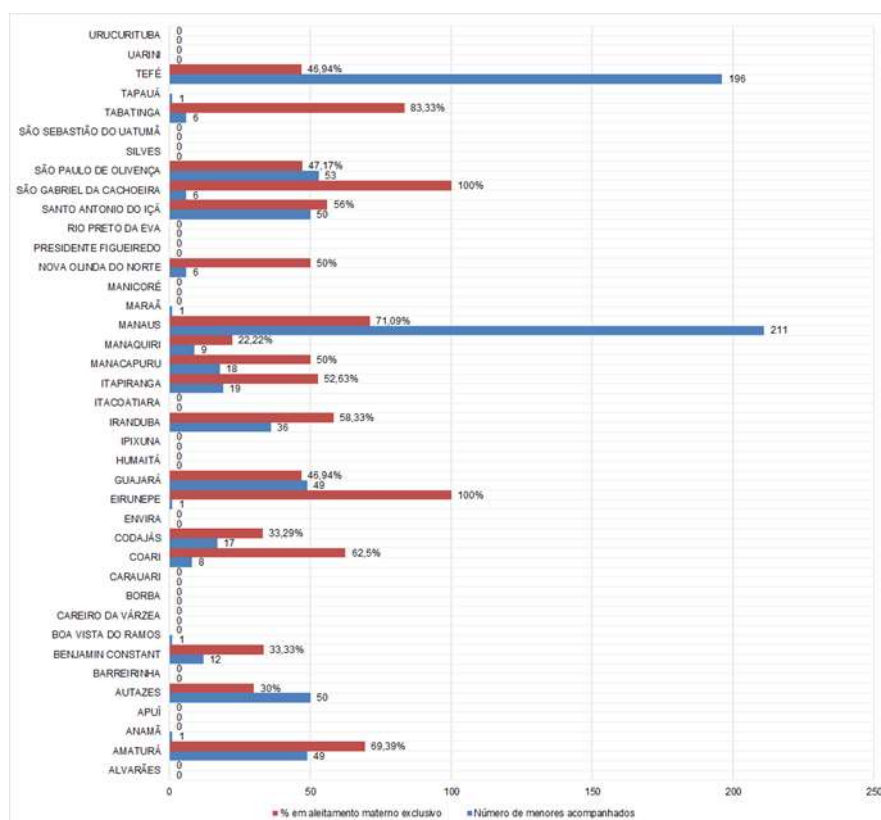


Figura 4. Prevalência do aleitamento materno exclusivo em menores de 6 meses (2019).

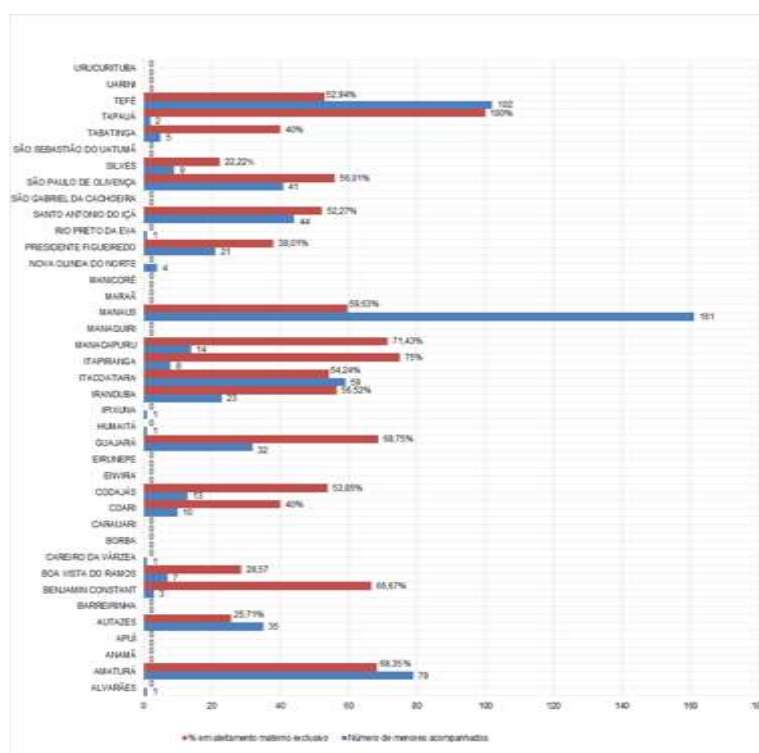
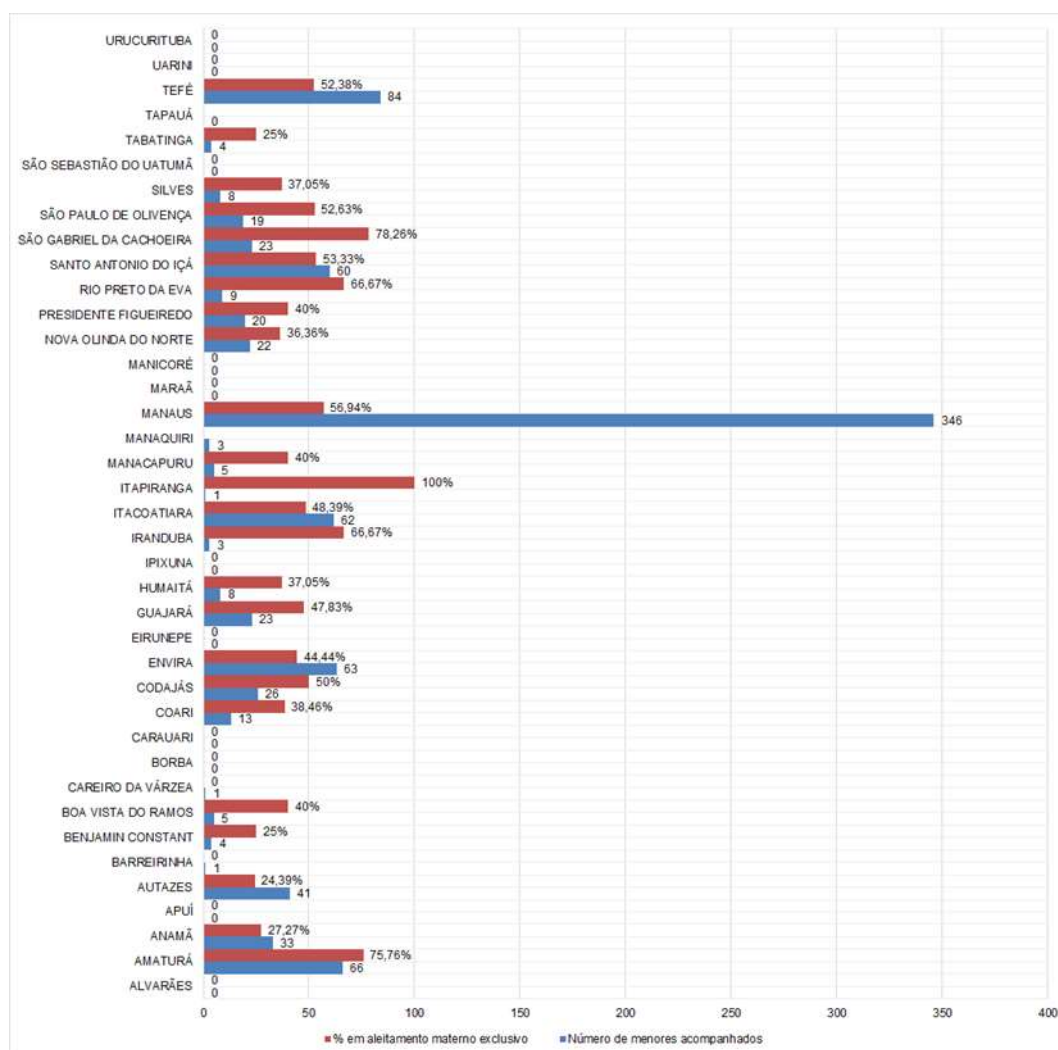


Figura 5. Prevalência do aleitamento materno exclusivo em menores de 6 meses (2020).



Capítulo 2



10.37423/230808068

ANÁLISE DOS CUSTOS DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES NAS REGIÕES DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Angelo Augusto Paula do Nascimento

*Maternidade Escola Januário Cicco
EBSERH/UFRN*

Ingrid Guerra Azevedo

Universidad Católica de Temuco

José Gustavo Barbosa de Freitas

*Centro Universitário do Rio Grande do Norte
(UNI-RN)*

Erica Juliana da Silva

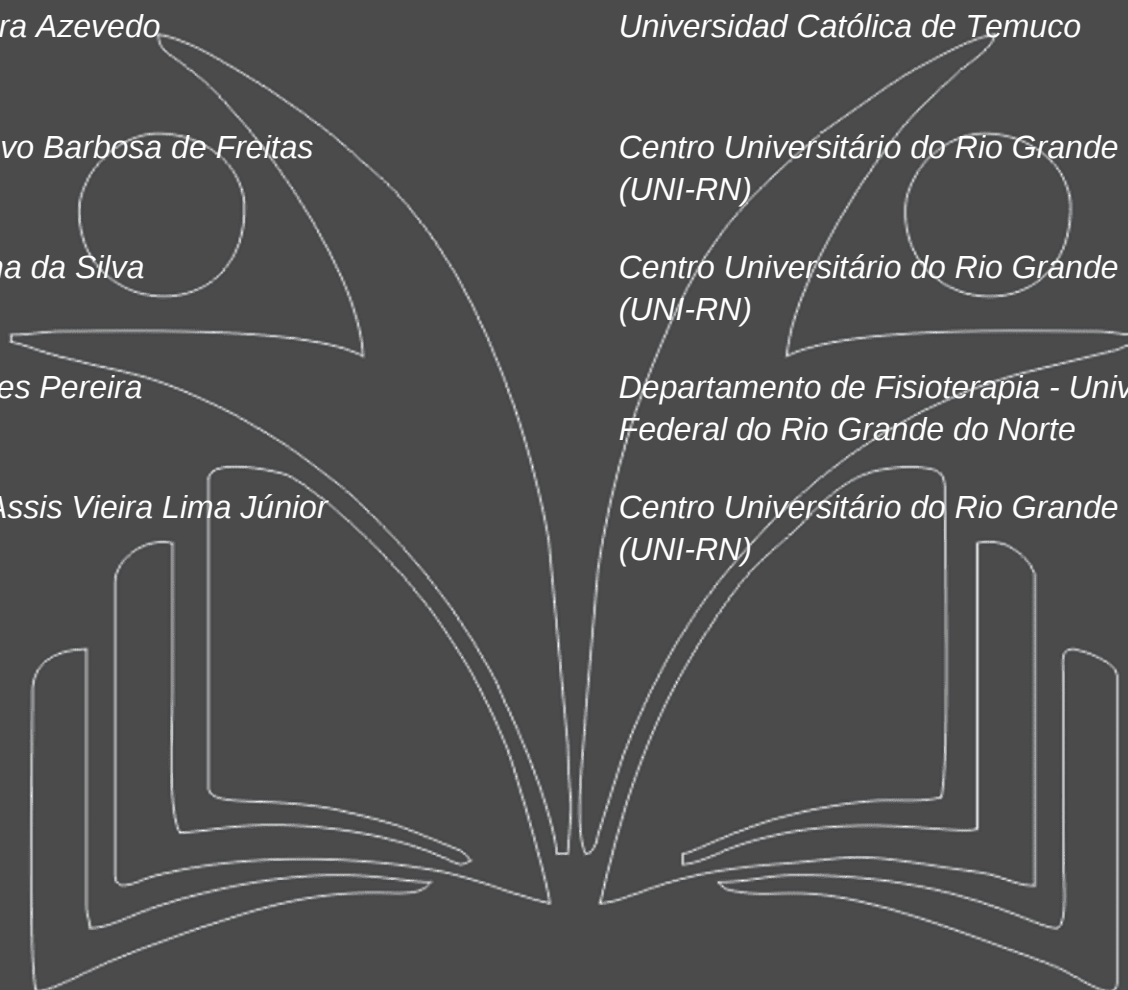
*Centro Universitário do Rio Grande do Norte
(UNI-RN)*

Silvana Alves Pereira

*Departamento de Fisioterapia - Universidade
Federal do Rio Grande do Norte*

Francisco Assis Vieira Lima Júnior

*Centro Universitário do Rio Grande do Norte
(UNI-RN)*



INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei nº 8.080/90 e pela Lei nº 8.142/90(1,2). Com o advento do SUS, surgiu também a necessidade de estabelecer um sistema único de informações assistenciais para subsidiar os gestores no planejamento, no controle e na avaliação das ações de saúde(1).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria MS/GM nº 896/90, determinou ao Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) a implantação do Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS). Sua implementação se deu com base no Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS) e o seu instrumento baseia-se na Autorização de Internação Hospitalar (AIH), utilizada pelas redes hospitalares próprias federais, estaduais, municipais e privadas com ou sem fins lucrativos(2).

A Organização Mundial da Saúde define Sistema de Informação em Saúde - SIS como um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária para se planejar, organizar, operar e avaliar os serviços de saúde. Considera-se que a transformação de um dado em informação exige, além da análise, a divulgação, e inclusive recomendações para a ação. Conhecer os passos de cada uma das etapas de um Sistema de Informações é de fundamental importância para garantir não só a fidedignidade das bases de dados, mas também a permanência e plena utilização das mesmas(3).

Segundo o Ministério da Saúde (2008), o Sistema de informação hospitalar (SIH) é um relevante instrumento de informação para orientar o gestor na tomada de decisões relacionadas ao planejamento das ações de saúde, inclusive para a vigilância em saúde. Desde que corretamente preenchido, a morbidade/mortalidade hospitalar do município ou do estado estará refletida por meio da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID) registrado na autorização de internação hospitalar (AIH)(4,5).

Para o setor saúde, o estado do Rio Grande do Norte encontra-se dividido em oito Regiões de Saúde (RS), em consonância ao Plano Diretor de Regionalização (PDR/RN) e que para caracterizá-las foram utilizados critérios técnicos, econômicos, geográficos e administrativos como: população, renda, infraestrutura, transporte, comunicação, distância e fluxo entre as cidades, sendo considerada também a divisão do estado em regiões de desenvolvimento(6). Na consolidação das regiões de saúde, os municípios polos assumiram a condição de sede de diretoria regional (DIRE), (Tabela 1) e, embora visassem, em última análise, a melhoria da situação de saúde da população de cada região,

permaneceram atreladas a uma linha de atuação essencialmente administrativa e burocratizada, podendo ser acessada no sistema de informação em saúde.

As crescentes medidas de redução de gastos dos governos observadas em todas as esferas foram sentidas nos últimos anos, e muito, no setor da saúde. Assim sendo, a redução de custos tornou-se imprescindível, sem perder a qualidade do serviço prestado(7,8).

Neste sentido, o presente estudo visa descrever os gastos de internações hospitalares e quais as principais classes de morbidades de acordo com a 10ª Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10) no estado do Rio Grande do Norte.

Tabela 1: divisão geográfica das oito regiões de saúde conforme o Plano Diretor do Estado do Rio Grande do Norte, 2013.

Regiões de saúde	Regiões	Nº de habitantes	Nª de municípios
1ª RS	Sul e Agreste	351.502	27
2ª RS	Oeste	448.904	15
3ª RS	Salineira	312.919	25
4ª RS	Seridó	295.726	25
5ª RS	Trairi/Potengi	185.719	21
6ª RS	Alto Oeste	230.042	36
7ª RS	Metropolitana	1.187.899	5
8ª RS	Vale do Açu	155.316	13

Fonte: Plano Estadual de Saúde 2012 – 2015 Rio Grande do Norte.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo ecológico e analítico, que abrange os custos de internações hospitalares do estado do Rio Grande do Norte, no período de novembro/2015 a novembro/2016, tendo em vista a consolidação dos dados na base de dados do DATASUS. Os dados foram coletados a partir da autorização de internação hospitalar (AIH), sendo: valores de serviços hospitalares, valor médio de AIH aprovadas, dias e médias de permanência, óbitos, taxa de mortalidade hospitalar e valor total dos gastos (em reais), agrupados pelas oito regiões de saúde (RS). A presente pesquisa foi realizada com dados secundários de livre acesso e sem possibilidade de identificação dos sujeitos, dispensando aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa de acordo com a resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

A rede hospitalar do Rio Grande do Norte é composta por 218 unidades, sendo 101 públicas municipais, 25 estaduais, 6 federais e 86 da rede privada, distribuídas nas 8 regiões de saúde. Do total de hospitais, 91% possuem leitos sob gestão pública. A maior concentração de hospitais ocorre na 7ª RS que concentra os serviços com maior densidade tecnológica. O menor número de unidades hospitalares foi encontrado na 8ª RS, Região do Vale do Açu, a qual é a menor em termos de número de municípios. A pesquisa revela que a 7ª RS foi a que teve maior número de internações (101.231) e é a região que concentra maior número de habitantes (1.187.899), possuindo um gasto com internações de aproximadamente R\$ 167.495.033,04 no estado do Rio Grande do Norte (tabela 2). Já a 8ª RS assiste o menor número de pessoas (155.316 habitantes, de acordo com o censo 2010) e apresentou o menor número de internações e gastos do estado, com valor aproximado de R\$ 1.449.992,09 no período estudado.

A partir da análise da AIHs, verificou-se que o estado do Rio Grande do Norte gastou um valor total de R\$ 227.927.821,69 em internações hospitalares, sendo as regiões de saúde 7ª RS e 2ª RS as que abrigam o maior volume de gastos. Quando analisado o gasto médio por internação no estado do Rio Grande do Norte, pode-se observar um valor médio de R\$ 1.340,00 reais (tabela 3). Quanto à taxa de mortalidade, a 8ª RS é a que demonstra a menor taxa de mortalidade no estado (1,37%) e a 4ª RS a segunda maior do estado, perdendo apenas para a 2ª RS. Destaca-se ainda a 7ª RS com o maior número de internações e a primeira em número de óbitos totais (4.365) e terceira em taxa de mortalidade (4,4%) (tabela 4).

De acordo com DATASUS, os principais motivos de internações hospitalares no Rio Grande do Norte estão associados aos capítulos I, II, XI e XV da CID-10, correspondentes às doenças infecciosas e parasitárias; neoplasias; doenças do aparelho digestivo; e gravidez, parto e puerpério, respectivamente.

Tabela 2. Procedimentos hospitalares do SUS, por local de internação - Rio Grande do Norte, média complexidade, e alta complexidade, nov.2015 a nov. 2016. AIH aprovada corresponde a internação hospitalar aprovada. Valor total correspondente expresso em reais.

Região de Saúde	AIH aprovada	Valor Médio de Internação	Valor total
1ª RS	6.725	503,07	3.383.124,72
2ª RS	22.933	1.605,09*	36.755.013,61*
3ª RS	3.885	422,2	1.640.246,15
4ª RS	13.557	477,04	6.467.185,88
5ª RS	5.592	515,55	2.882.966,20
6ª RS	16.270	482,44	7.849.976,24
7ª RS	101.231*	1.702,69*	167.495.033,04*
8ª RS	2.694	538,23	1.449.992,09
Total	172.887	1.340,74	227.927.821,69

Fonte: Ministério da saúde-sistema de informação hospitalar (SIH/SUS). *Dados que destoam em números quando comparados com as demais regiões de saúde.

Tabela 3. Procedimentos hospitalares do SUS, por local de internação no Rio Grande do Norte, média complexidade, e alta complexidade, nov. 2015 a nov.2016

Região de Saúde	Valor de serviço	Média de permanência	Valor médio de Internação
1ª RS	2.216.471,74	3,3	503,07
2ª RS	28.289.360,17*	6,0*	1.605,09*
3ª RS	120.711,14	3,8	422,2
4ª RS	479.889,15	3,2	477,04
5ª RS	191.535,005	3,3	515,55
6ª RS	58.227.130,90	2,7	482,44
7ª RS	132.532.373*	7,6*	1.702,69*
8ª RS	98.764,709	2,5	538,23
Total	177.769.918,10	6,1	1.340,74*

Fonte: Ministério da saúde-sistema de informação hospitalar (SIH/SUS). *Dados que destoam em números quando comparados com as demais regiões de saúde.

Tabela 4. Procedimentos hospitalares do SUS, por local de internação no Rio Grande do Norte, média complexidade, e alta complexidade, nov.2015 a nov.2016.

Região de Saúde	Internações	Óbitos	Taxa mortalidade
1ª RS	6.725	114	1,7
2ª RS	22.933	1.197	5,23*
3ª RS	3.885	133	3,42
4ª RS	13.557	679	5,01*
5ª RS	5.592	108	1,93
6ª RS	16.270	278	1,71
7ª RS	101.231	4.365	4,44*
8ª RS	2.694	37	1,37
Total	172.887	6.911	4,07

Fonte: Ministério da saúde-sistema de informação hospitalar (SIH/SUS). * Dados que apresentam valores que destoam quando comparados com os demais.

Tabela 5. Número de internações hospitalares no Rio Grande do Norte de média e alta complexidade por Regiões de Saúde, e classe de morbidade do CID 10, Nov.2015 a Nov. 2016.

RS	Capítulo I	Capítulo II	Capítulo XI	Capítulo XV
1ª RS	340	325	733	3.728
2ª RS	1.517	2.424	1.571	8.036
3ª RS	732	94	451	1.219
4ª RS	1.903	298	1.763	3.132
5ª RS	409	184	367	2.956
6ª RS	4.357	1.235	2.522	3.499
7ª RS	7.683	11.836	6.378	22.196
8ª RS	217	242	551	964
Total	17.158	16.638	14.336	45.730

Fonte: Ministério da saúde-sistema de informação hospitalar (SIH/SUS).

DISCUSSÃO

O presente estudo descreve as regiões de saúde no estado do Rio Grande do Norte, tomando por base o total de gastos com internações nos hospitais públicos e os privados que apresentam convênio com o SUS, além da média de permanência nas UTI de média e alta complexidade, a relação da taxa de mortalidade e óbitos em todo o estado, no período de doze meses, nov/2015 a nov/2016.

As internações variaram entre as regiões de saúde, embora a 7ª RS tenha menos hospitais do que as outras regiões ela apresenta o maior número de habitantes levando ao maior número de internações,

decorrente do déficit de assistência hospitalar das demais RS do estado, como poucas políticas públicas e ações preventivas de saúde(9).

O alto número de internamentos representa um sinal de alerta, que pode acionar mecanismos de análise e busca de explicações para a sua ocorrência. Vários estudos demonstram que altas taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária estão associadas a deficiências na cobertura dos serviços e/ou à baixa resolutividade da atenção primária para determinados problemas de saúde(10–12)

Tal fato pode ser evidenciado no presente estudo, tendo em vista que a segunda principal causa de internação hospitalar no estado corresponde as doenças relacionadas a “Algumas doenças infecciosas e parasitárias” (capítulo I da CID-10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde), pois esse grupo de entidades nosológicas tem uma alta resolutividade na atenção básica(10).

Tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento, observa-se que a atenção primária está associada a um maior acesso aos serviços de saúde, a melhores resultados de saúde e ao decréscimo no número de hospitalizações e do uso dos serviços de emergência. Os cuidados primários também podem ajudar a contrariar o impacto negativo das condições econômicas precárias na saúde (12). A estratégia do nível de atenção primária de saúde é funcionar como porta de entrada para o sistema, dedicando-se aos problemas de saúde em sua fase inicial e integrando cuidados curativos e reabilitadores(13). Nesse sentido, torna-se um indicador indireto da qualidade desse nível de atenção, baseado nas internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP). A Organização Mundial de Saúde prevê que 80% dos problemas em saúde da população poderiam ser resolvidos na atenção primária e, desta porcentagem, estima-se que, somente, entre 3 e 5% dos casos seriam encaminhados para outros níveis de atenção, configurando, assim, um alto nível de resolutividade(14,15).

Apesar desse nível de resolutividade tão expressivo, no Brasil, a eficácia da atenção básica no país ainda é baixa, fazendo com que a população procure os serviços hospitalares, onerando o sistema e superlotando os hospitais(9). Tal fato pode estar evidenciado em nossa pesquisa, tendo em vista que boa parte das internações hospitalares está associada a causas que poderiam ser resolvidas no nível de atenção primário.

Em um estudo realizado na Região Metropolitana de Natal (7ª RS) que avaliou os fatores associados ao custo das internações hospitalares por doenças infecciosas em idosos, confirmou um gasto médio

calculado com as internações dos idosos em um hospital foi de R\$ 929,70(16), valor que se distancia dos achados do nosso estudo que encontrou um gasto médio de internações de R\$ 1.340,74 reais, discordando com o estudo de Peixoto (2014)(17) que encontrou o gasto médio com internações hospitalares no âmbito do SUS girando em torno de R\$440.00 no Brasil. Significa dizer que quando comparado o valor gasto da região metropolitana da capital, com o valor gasto de internações no estado do Rio Grande do Norte há uma diferença de R\$ 410,30; valor este equivalente ao valor gasto de uma internação de apenas uma microrregião de saúde no Rio Grande do Norte.

No âmbito nacional, foi encontrado através do cálculo dos valores das Autorizações de Internações Hospitalares (AIH) referente ao Capítulo de Doenças Infecciosas e parasitárias (CID-10) foi de R\$ 717,00(18), se aproximando com os resultados do presente estudo com gasto de R\$ 1.340,00. Os achados também mostraram uma relação entre os óbitos e o aumento dos gastos financeiros com a internação, ou seja, houve maior custo financeiro quando o desfecho da internação era óbito(19), investimentos este para prolongar a vida com o uso de tecnologia de alto custo.

Entende-se que a melhoria na qualidade da assistência médica, principalmente no que diz respeito ao correto diagnóstico e tratamento dos pacientes, está associada ao encaminhamento e medidas de controle indicadas em tempo hábil, desempenhando um papel importante na redução de uma série de doenças infecciosas e parasitárias(20).

É possível que a baixa frequência de internação na 8ª RS esteja relacionada ao sub-registro dos casos que necessitam de cuidados hospitalares. Pode-se inferir que o cartão nacional de saúde do SUS seja um instrumento de auxílio para que as unidades hospitalares no estado do Rio Grande do Norte utilizem-nas como rastreador direto para melhor identificação das classes de morbidades em todas as RS no estado.

O estudo de Abuhab (2012)(21) realizado no Hospital das Clínicas de São Paulo e analisou o custo médio das internações em pacientes com insuficiência cardíaca, apontando um valor médio de internação de R\$ 4.450,00. Apesar do nosso estudo não se remeter a uma patologia específica, o gasto médio referido pelo estudo do Hospital das Clínicas é três vezes maior quando comparado aos gastos das internações em média e alta complexidade nos hospitais do estado do Rio Grande do Norte. As Insuficiências Cardíacas levam a um gasto maior de internação tendo em vista a necessidade de aparato tecnológico e medicamentoso, assim como o tempo de internação hospitalar, o tempo médio de internação hospitalar desses cardiopatas foram de 5 dias (2-13), quando comparado ao tempo médio de internação.

Outro ponto que merece destaque é o gasto com neoplasias e com pacientes terminais. O estudo de Berenstein (2009)(22) revelou aumento dos gastos com esse grupo de pacientes tendo em vista que o tratamento de pacientes com doença em fase terminal costuma ser mais elevado, sendo observado que pacientes com idades de 65 a 85 anos aumenta em 30% gastos com saúde.

Tal fato foi observado no nosso estudo onde as internações hospitalares referentes ao Capítulo II (CID-10) – Neoplasia, no estado do RN obteve a terceira maior causa de internação. A mortalidade por neoplasias apresenta grande variação entre as Unidades da Federação, refletindo as variações na própria incidência do câncer decorrentes de perfis heterogêneos de exposição a fatores de risco e modos de vida(23).

CONCLUSÃO

Com o presente estudo pôde-se conhecer o perfil de internações hospitalares de média e alta complexidade e ter uma ideia dos gastos hospitalares através das internações de todos os RS do Rio Grande do Norte.

Os resultados deste estudo demonstram que a 7ª e a 2ª RS apresentam uma média de gastos por internação bem acima da média do valor das internações no estado. É importante destacar que essas microrregiões de saúde concentram os maiores polos de assistência à saúde, incluindo a capital do estado Natal, tendo também a 2ª RS a que apresenta um número elevado dos atendimentos de caráter eletivo (média complexidade). Acresce-se a esse fato que, na capital do estado concentram-se os recursos tecnológicos de maior densidade, contribuindo para onerar os custos do sistema. Essa relação pode também ser explicada pelo fato de que a 7ª RS tem um maior número de AIH aprovado, em relação à 2ª RS, em decorrência de uma menor assistência dos municípios que a compõem.

É importante ressaltar que as principais causas de internamento são preveníveis por meio do controle de seus fatores de risco. Sendo assim fortalecer a atenção básica apresenta-se como uma sugestão para a diminuição dos custos hospitalares.

Apesar da limitação dos estudos ecológicos e da dificuldade já relatada na literatura com dados secundários, a presente investigação reforça a escassez de uma boa e qualificada administração, revelando hipóteses que possibilitam a continuidade de pesquisas e a possibilidade de mais estudos e investimento na área da saúde, e que este estudo seja um instrumento de mudança na gestão pública.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1884, de 18 de dezembro de 1997. Institui o PAB Fixo de, no mínimo R\$ 10.00, e no máximo R\$18,00. Diário Oficial da União, Brasília, v.85, n.247E, p.11, 22 dez. 1997. Seção 1.
2. BRASIL. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Diário Oficial da União, Brasília, v.78, n.182, p.18055, 20 set. 1990. Seção1.
3. Moraes RM de, Costa AL. Um modelo para avaliação de sistemas de informação do SUS de abrangência nacional: o processo de seleção e estruturação de indicadores. Rev Adm Pública [Internet]. 2014;48(3):767–93.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Manual Técnico do Sistema de Informação Hospitalar [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0066_M.pdf.
5. Mendes A da CG, Silva Junior JB da, Medeiros KR, Lyra TM, Melo Filho DA de, Sá DA de. Avaliação do sistema de informações hospitalares - SIH/SUS como fonte complementar na vigilância e monitoramento de doenças de notificação compulsória. Inf Epidemiológico do Sus [Internet]. 2000;9(2):67–86.
6. Governo RN. PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 2012 - 2015 [internet]. Natal; 2013. [Acesso em: 09 maio 2017]. Disponível em:

<http://adcon.rn.gov.br/ACERVO/sesap /DOC/DOC0000000000004541.PDF>.
7. Eduardo A, Ufsm M. Aplicação do método de criticidade de materiais em estoques hospitalares. Encontro Nac Eng Produção. 2004;(1990):849–56.
8. Gomes Lourenço K, Castilho V. Classificação ABC dos materiais: uma ferramenta gerencial de custos em enfermagem. Rev Bras Enferm. 2006;59(1):52–5.
9. Loureiro MM, Rozenfeld S. Epidemiology of sickle cell disease hospital admissions in Brazil. Rev Saude Publica. 2005;39(6):943–9.
10. Alfradique ME, Bonolo P de F, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS, et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). Cad Saude Publica [Internet]. 2009;25(6):1337–49.
11. Grumbach K, Keane D, Bindman A. Primary care and public emergency department overcrowding. Am J Public Heal. 1993;83(3):372–8.
12. SHI, L. The Impact of Primary Care: A Focused Review, 2012. Disponível em: <<https://hindawi.com/journals/scientifica/2012/432892>>. Acesso em: 14 nov. 2017.

13. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011 [citado 2016 out 17]. 118 p. (NAVEGADORSUS, nº 2.) Disponível em: Disponível em:

http://apsredes.org/site2012/wpcontent/uploads/2012/03/aps_verde_new.pdf.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008. Publica na forma de anexo desta portaria, a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2008 abr 18; Seção 1:70.
15. WHO. The World Health Report 2008: Primary Health Care, Now More Than Ever. [S.l.]: [s.n.], 2008.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Sistema de informação de Doenças (CID-10) [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [citado em 2015 jul 20]. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/cadastros-nacionais/cid-10>.
17. Loyola Filho AI De, Leite Matos D, Giatti L, Afradique ME, Viana Peixoto S, Lima-Costa MF. Custos de internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. Epidemiol e Serviços Saúde [Internet]. 2004;13(4):229–38.
18. Piuvezam G, Freitas MR de, Costa JV, Freitas PA de, Cardoso PM de O, Medeiros ACM, et al. Fatores associados ao custo das internações hospitalares por doenças infecciosas em idosos em hospital de referência na cidade do Natal, Rio Grande do Norte. Cad Saúde Coletiva [Internet]. 2015;23(1):63–8.
19. Silveira RE Da, Santos ÁDS, Sousa MC De, Monteiro TSA. Gastos relacionados a hospitalizações de idosos no Brasil: perspectivas de uma década. Einstein (São Paulo) [Internet]. 2013;11(34):514–20.
20. Ministério da Saúde. Doenças Infecciosas e Parasitárias: Manual de Bolso. 3. ed. Brasília: Editora MS; 2004. 1 v.
21. Abraao A. Análise de dados de pacientes internados por insuficiência cardíaca descompensada – impacto sobre desfechos clínicos e custos. Tese usp. 2012;
22. Berenstein CK. Os efeitos de idade e proximidade à morte sobre os gastos com internações no SUS: evidências com base no caso de Minas Gerais, 2004/2005 [tese]. Belo Horizonte (MG): Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional. Faculdade de Ciências Econômicas – UFMG; 2009;
23. BRASIL. Instituto Nacional De Câncer. A Situação do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2006. 119 p.

Capítulo 3

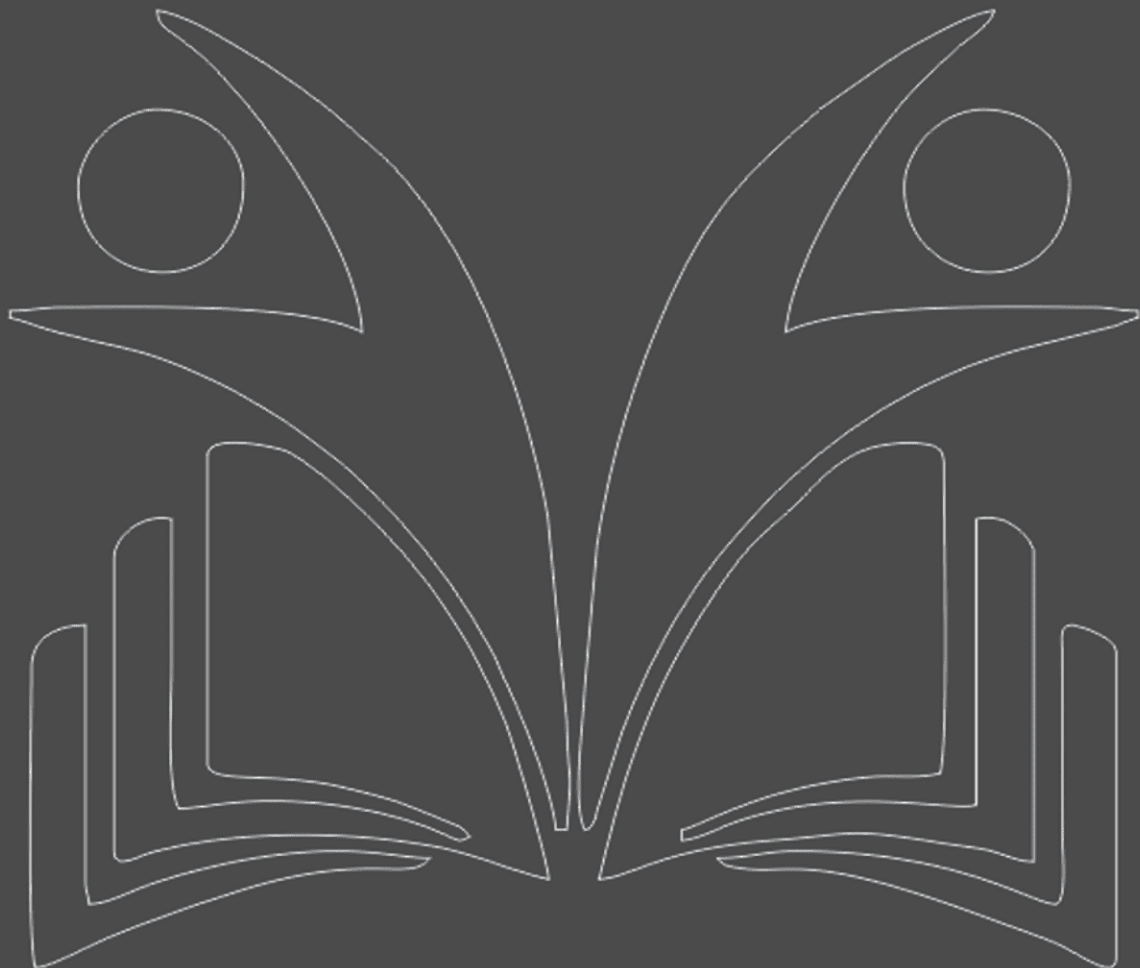


10.37423/230808082

A MASSAGEM CLÁSSICA COMO ALTERNATIVA PARA O ALÍVIO DE CÓLICAS EM CRIANÇAS

Juliana Pereira de Lima da Rocha

Centro Universitário UNIFACEX



Introdução: as cólicas infantis, se caracterizam por uma dor aguda na região abdominal, que provoca desconforto, estresse, irritabilidade, agitação e choro intenso, que atingem crianças nos primeiros meses de vida. Reconhecer as manifestações clínicas é fundamental para a articulação de medidas farmacológicas e não farmacológicas para o seu alívio. Dessa forma, tem-se como um cuidado alternativo, utilizado pelo enfermeiro, a prática da massagem clássica que é a compressão metódica e rítmica do corpo para fins terapêuticos (RAMOS et al, 2014). Diante disso: quais os benefícios da massagem clássica para o alívio de cólicas na criança? Assim, o objetivo deste trabalho é identificar na literatura científica os benefícios da massagem clássica para o alívio de cólicas na criança.

Metodologia: revisão narrativa da literatura, realizado nas bases de dados Lilacs e BDNF-Enfermagem. Utilizando os descritores: massagem; enfermagem e criança, sendo encontrados 11 artigos, dos quais foram selecionados 4. Os critérios de inclusão utilizados foram: textos completos e gratuitos, em português, entre 2007 a 2017. Já os de exclusão foram: textos em resumo, outros idiomas, período de publicação inferior e que não abordassem o tema. **Resultados e discussão:** com a identificação da cólica, e o uso da massagem, a mãe poderá ajudar o bebê a relaxar, diminuindo cólicas e ajudando na liberação de gases intestinais. O uso da massagem contribui para um conjunto de efeitos, sendo eles, fisiológicos, psicomotores e comportamentais. A massagem tem o poder de proporcionar bem-estar, contribuindo para o fortalecimento do binômio mãe/filho, aumentando vínculos. A prática desse método não-farmacológico é eficaz, sendo orientado pela enfermagem como umas das práticas do cuidado, podendo ser introduzida também nas consultas de crescimento e desenvolvimento (RAMOS et al, 2014). **Conclusão:** os benefícios apresentados com a utilização da massagem clássica para o alívio de cólicas são inúmeros, o profissional enfermeiro tem capacidade para atuar e acompanhar nos cuidados ao binômio mãe/filho no alojamento conjunto, e inserir durante suas ações educativas o ensino da massagem para alívio das cólicas. **Referências:** RAMOS, E. M; et al. O uso da massagem para alívio de cólicas e gases em recém-nascidos. **Rev enferm UERJ**. v.22, n.2, p.245-50, mar/abr.2014. Acesso em: 23/08/2017. Disponível em:

<http://www.facenf.uerj.br/v22n2/v22n2a16.pdf>

Palavras-chaves: massagem; enfermagem e criança.

Capítulo 4



10.37423/230808083

TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA, CARACTERÍSTICAS BIOPSIKOSSOCIAIS: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Pamela Gomes

*Faculdade Ciências Médicas de Marabá
(FACIMPA), Pará, Brasil*

Amanda Souza

*Faculdade Ciências Médicas de Marabá
(FACIMPA), Pará, Brasil*

Rayane de Jesus Barbosa

*Faculdade Ciências Médicas de Marabá
(FACIMPA), Pará, Brasil*

Guilherme Alves Franco

*Faculdade Ciências Médicas de Marabá
(FACIMPA), Pará, Brasil*

Helair Vinagre Tavares

*Faculdade Ciências Médicas de Marabá
(FACIMPA), Pará, Brasil*

Claudia Keyko Correia Rossetti

*Faculdade Ciências Médicas de Marabá
(FACIMPA), Pará, Brasil*

Kainara Luiza Santana Silva Brito

*Faculdade Ciências Médicas de Marabá
(FACIMPA), Pará, Brasil*

Gabriela Santos Coelho

Faculdade de Ciências Médicas do Pará

Matheus Cardoso Marques

*Faculdade de Ciências Médicas de Marabá
(FACIMPA)*

Resumo

Introdução: O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é uma condição neurodesenvolvimental caracterizada por dificuldades na interação social, padrões de comportamento restrito e repetitivos, além do desafio na comunicação verbal e não verbal. O TEA possui uma ampla variedade de sintomas e níveis de gravidade, desde as formas mais leves, como a Síndrome de Asperger, até formas mais severas que podem afetar significativamente a capacidade de funcionamento diário. É considerado um transtorno de lifelong, que geralmente aparece na infância e tem um impacto duradouro ao longo da vida da pessoa. **Objetivo:** investigar, reunir e analisar os principais estudos e evidências disponíveis na área. Essa revisão aborda aspectos biológicos, psicológicos e sociais relacionados ao Transtorno do Espectro Autista. **Método:** revisão integrativa da literatura, entre os anos 2019 e 2023, nas bases LILACS, MEDLINE, SCIELO, utilizando os descritores “Transtorno do Espectro Autista” e Transtorno do Espectro do Autismo. **Resultados:** vinte publicações foram incluídas e categorizadas. **Conclusão:** Em suma, a revisão de literatura sobre as características biopsicossociais do TEA destaca que o transtorno é complexo e multifacetado, envolvendo interações complexas entre fatores biológicos, psicológicos e sociais. A compreensão abrangente dessas características pode auxiliar no diagnóstico precoce, planejamento e intervenções e desenvolvimento de estratégias de apoio para pessoas com TEA.

Palavras chave: Transtorno do Espectro Autista; Transtorno do Espectro do Autismo.

INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um transtorno do desenvolvimento neurológico que afeta a interação social, a comunicação e o comportamento, são inúmeras as alterações observadas, desde motoras e sensoriais a partir primeiros meses de vida. É caracterizado por uma variedade de sintomas e níveis de gravidade, que podem variar amplamente de uma pessoa para outra: leve, moderado e grave (APA, 2022). Estudos dos últimos 10 anos indicam que, no mundo, aproximadamente 1 a cada 100 crianças apresentem TEA, com estimativa desse número percentual aumentar, dramaticamente com o passar do tempo, variando muito entre os grupos sociodemográfico (ZEIDAN ET AL, 2022; PISTOLLATO ET AL, 2020).

No Brasil, assim como em outros países, o autismo tem recebido cada vez mais atenção e conscientização, sendo reconhecido como um transtorno do espectro autista (TEA) e incorporado como uma questão de saúde pública, dentro da Política nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com TEA, garantindo direitos e assistência aos indivíduos autistas, neste contexto existe um sinergismo entre os ministérios, tanto no âmbito da saúde quanto da educação, ambos com a Lei Berenice Piana (nº12.764/2012) e Lei de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015), que reforça a importância da inclusão e oferta de recursos de apoio e participação nas escolas regulares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A etiologia do TEA é complexa, e ainda não são compreendidas em sua totalidade, logo entende-se como uma condição multifatorial, mas acredita-se que fatores genéticos e ambientais são resultantes e interagem com a neurobiologia, tais fatores são importantes e determinantes. Os fatores genéticos são apontados primeiramente pela sua herdabilidade, que é estimada em 81%, e também pela forte desigualdade na distribuição por sexos, associados a diversas variantes genéticas, incluindo mutações de novo e alterações nos genes relacionados e envolvidos no desenvolvimento cerebral, na sinapse e conectividade neural (OMS, 2023; SANDIN et al, 2017)

Além disso, a diversidade de apresentações clínicas sem um padrão estritamente específico indica que a epigenética e fatores ambientais tenham um importante papel na sua patogênese, desde exposições a agentes teratogênicos durante a gravidez, tais como: certos medicamentos, toxinas ambientais ou infecções maternas, podem aumentar o risco de prevalência do TEA, entretanto a linha de pesquisa em relação ao mesmo segue sob investigação, não sendo completamente compreendida (BHANDARI et al, 2020).

A classificação dos transtornos mentais é baseado no Manual do Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) 5ª edição, da Associação Americana de Psiquiatria a (APA), ao qual descreve os critérios de diagnóstico e classificação do transtorno do Espectro autista TEA. A presença de déficits persistentes na comunicação, interação social, padrões de comportamentos restritos e repetitivos de interesses ou atividades, são distribuídos em duas categorias: domínio social e domínio comportamental (APA, 2022).

É importante destacar que os critérios de acordo como DMS-5 que tais sintomas, são marcantes e presentes desde a primeira infância, entretanto essas manifestações podem ser mascaradas até que as demandas sociais excedam as capacidades limitadas da pessoa (APA, 2022).

Segundo a OMS, 2023 o Transtorno do Espectro autista pode ocorrer associado a outros problemas médicos, tais como deficiência intelectual, deficiência da linguagem, depressão, ansiedade e epilepsia, corroborando sobre a necessidade e orientação do DMS-5, da equipe multiprofissional de saúde qualificada e especializada que avaliam a presença dos critérios, juntamente com outras informações clínicas e observacionais.

Embora não exista cura para o Transtorno do Espectro Autista, o tratamento do manejo adequado do envolve uma abordagem multidisciplinar que visa melhorar a qualidade de vida e minimizar os sintomas e o desafios associados ao transtorno. Dentre as várias terapias e intervenções podemos citar como opções: terapias comportamentais, terapia da fala e linguagem, terapia ocupacional, intervenção educacional especializada, apoio psicossocial e medicamentos, com resultados positivos (APA, 2022; HYMAN et al, 2020).

As terapias deve ser individualizado e monitorizado e ter como objetivo estimular a independência e melhorar a qualidade de vida da criança a partir do exercício de habilidades sociais, adaptativas, comunicativas e cognitivas (APA, 2022; HYMAN et al, 2020). Novas abordagens terapêuticas, como terapia com realidade virtual e terapia assistida por animais, foram investigadas para melhorar a qualidade de vida das pessoas com autismo (Garcia et al., 2023).

Nos últimos anos, o autismo tem sido objeto de intensa pesquisa e estudo, buscando uma compreensão mais profunda dos fatores causais, diagnóstico precoce e intervenções eficazes, afim de promover uma melhor qualidade de vida e socialização. Embora inúmeros estudos apresentem progresso em relação a etiologia do TEA, ainda há muito a ser apreendido, e por este motivo a pesquisa continua avançando a um entendimento completo dos fatores adjacentes ao TEA, o que pode levar a

intervenções mais direcionadas e eficazes no futuro. Portanto, o objetivo desse estudo é fazer uma revisão integrativa sobre o TEA e suas características biopsicossociais.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, por meio da análise de resultados de estudos científicos recentes sobre o autismo, em revistas conceituadas na área da saúde (WITTEMORE R., et al; 2015). As revisões integrativas de literatura além do potencial significativo na área da saúde, e para acadêmicos de medicina na disciplina de saúde mental. Tais revisões são uma forma de sistemática de pesquisa que busca identificar, avaliar e sintetizar estudos científicos relevantes sobre um tópico específico, sendo considerada uma ferramenta valiosa para obter uma visão ampla e contextualizada de práticas baseadas em evidências científicas existente em determinada área, além de uma análise crítica (SOARES CB., et al 2014).

Na área da saúde mental, as revisões integrativas de literatura podem fornecer uma visão geral das abordagens terapêuticas mais eficazes, ao identificar lacunas na pesquisa existente, fornecendo evidências clínicas e propor direções futuras para estudos. Essas revisões podem abordar uma gama de tópicos, como tratamento dos transtornos mentais específicos, a eficácia de intervenções psicossociais, a relação entre fatores de risco e saúde mental, entre outras (CROSSETTI et al., 2012).

As etapas seguidas na elaboração desta revisão foram: formulação da pergunta de pesquisa, estratégia de busca da literatura, seleção dos estudos e avaliação dos dados, com critérios de inclusão, após leitura e completa, e interpretação dos resultados e relatório de apresentação da revisão integrativa (CROSSETTI et al., 2012).

A questão norteadora deste estudo foi “ Quais as características biopsicossociais Transtorno do Espectro Autista (TEA), verificadas na revisão integrativa de literatura, nos últimos 5 anos?”.

A busca de artigos foi realizada no período de abril de 2023, nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Eletronic Library Online (Scielo), e Pubmed Via Medline, a partir de pesquisas publicadas nos últimos 5 anos.

As listas de referência dos estudos incluídos foram selecionadas de forma independente para identificar possíveis estudos não recuperados pela busca eletrônica. Os termos usados na estratégia de busca nas bases de dados foram de acordo com os descritores em ciências da saúde (DECs), tanto no idioma português como inglês: Transtorno do Espectro Autista e Transtorno do Espectro do Autismo.

A seleção dos artigos nas três bases forma submetidos e filtrados, a partir da leitura e seguindo os critérios de inclusão: tratar no assunto características biopsicossociais dos transtorno do espectro autista; e os critérios de exclusão: artigos que tratem de doenças/transtornos diferentes do TEA; artigos repetidos, bem como editoriais e anais. O material obtido na busca de dados foi exportado para a plataforma Rayyan® e Mendeley®. As triagens, de seleção por título e resumo, foram realizadas por dois pesquisadores independentes selecionando possíveis artigos a serem incluídos na compilação final. Nos casos em que houve divergências, um terceiro pesquisador independente resolveu as discrepâncias. Com relação à extração de dados, quatro pesquisadores independentes utilizaram planilha no programa Microsoft Excel® para registrar o seguinte: dados do estudo (autores, objetivo do estudo, desenho do estudo e desfechos.)

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os quantitativos de publicações encontradas nas bases de dados investigadas, bem como outras fontes, e incluídas nesta revisão, são apresentadas na tabela 1.

Os 20 artigos incluídos na revisão foram dados publicados, entre os anos de 2019 e 2023, e seus principais autores possuíam formação médica. Em relação aos estudos incluídos, as metodologias encontradas foram: Estudos de abordagem qualitativa, transversais, estudos quantitativos, ensaio clínico não randomizado, ensaios reflexivos, estudos de caso e caso-controle. A **tabela 1** apresenta o autor e ano, objetivos, o desenho das características dos estudos incluídos, e o desfecho.

Por se tratar de uma revisão integrativa, não foi necessário solicitar aprovação do Comitê de Ética para realização do estudo. Declara-se não haver conflito de interesses.

Tabela 1 – Caracterização dos estudos incluídos (n=20)

AUTOR/ANO	OBJETIVOS	DESENHO	DESFECHOS DO ESTUDO
PEREIRA ET AL. (2019)	Verificar os efeitos da intervenção fonoaudiológica nos atos comunicativos em crianças com TEA	Estudo de caso, com caráter longitudinal	Os profissionais fonoaudiólogos são essenciais no desenvolvimento das habilidades comunicacionais do indivíduo com TEA
PIMENTEL ET AL. (2019)	Analisar os efeitos de intervenções terapêuticas baseadas na equoterapia para o desenvolvimento de crianças com TEA.	Exploratório, descritivo, de abordagem quantitativa.	A equoterapia gera efeitos positivos no desenvolvimento das crianças com TEA, principalmente no que tange à socialização, à comunicação e a motricidade.
TALASCA ET AL. (2019)	apresentar as experiências e as iniciativas adotadas pelas famílias no enfrentamento do TEA.	Exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa.	Há uma certa dificuldade da família em direcionar a energia na tentativa de acalmar os filhos autistas, visando evitar crises comportamentais.
MORETTO ET AL. (2020)	Analisar a interferências do meio comunicativo da criança com TEA na qualidade de vida de suas mães	Estudo transversal	As mães de pacientes com TEA relatam altos índices de insatisfação na avaliação subjetiva da qualidade de vida.
CEZAR ET AL. (2020)	Investigar a associação entre o TEA e as ocorrências de transtornos psiquiátricos entre familiares de crianças/adolescentes	Estudo caso-controle	Crianças com TEA possuem maior chance de ter história familiar de desordens psiquiátricas, como TEA, TDAH e epilepsia.
MOREIRA ET AL. (2020)	Avaliar a sobrecarga de familiares cuidadores de criança com TEA	Exploratório, descritivo, de abordagem quantitativa.	Há uma alta prevalência de percepção de sobrecarga entre os cuidadores de pacientes com TEA. Visto, isso, há uma necessidade de intervenções realizadas por profissionais da saúde visando a melhoria de tais condições.
FRANZONI ET AL. (2020)	Investigar o papel dos profissionais da educação na atuação com pessoas com TEA	Exploratório, descritivo, de abordagem quantitativa.	As atividades práticas educacionais promovem a socialização entre pessoas com TEA, melhorando significativamente a qualidade de

			vida e as potencialidades desses pacientes.
WEIZENMANN ET AL. (2020)	Investigar a experiências de professores em relação à inclusão de alunos com TEA	Estudo transversal	Há uma necessidade de adequação pedagógica no que tange a inclusão de pacientes com TEA, visando adaptação as características de cada aluno.
FERNANDES ET AL. (2021)	Identificar as características psicomotoras e sensoriais de crianças com diagnóstico de TEA	Exploratório, descritivo, de abordagem quantitativa.	Tais pacientes apresentam déficits no desenvolvimento psicomotor, especialmente relacionado à noção espacial, corporal e coordenação motora.
PITZ ET AL. (2021)	Descrever o conhecimento de enfermeiras da ESF sobre indicadores de triagem do TEA	Exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa.	A enfermagem é essencial na identificação dos sinais de alterações no desenvolvimento infantil que corroboram para o diagnóstico do TEA.
STEIGLEDER ET AL. (2021)	Investigar as diferenças significativas entre os tipos de linguagem nos pacientes com TEA	Ensaio clínico não randomizado	As crianças com TEA apresentam dificuldades na linguagem, isso compromete sua interação social.
NASCIMENTO ET AL. (2021)	Identificar fatores que dificultam as intervenções terapêuticas motoras em crianças com TEA	Estudo transversal	A dificuldade de comportamento social do paciente com TEA é um dos principais fatores que limitam sua aprendizagem motora.
WEISSHEIMER ET AL. (2021)	Identificar as fontes de apoio informacional para famílias de crianças com TEA	Exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa.	As fontes de informações utilizadas pelas famílias são uma demanda profissional, de forma que integra o uso de conhecimentos no processo de cuidar em saúde.
FREITAS E GUIMARÃES (2021)	Explicitar aspectos éticos envolvidos nas relações de cuidados com pessoas diagnosticadas com TEA	Exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa.	Necessita-se um olhar biopsicossocial no que tange a pessoa diagnosticada com TEA, destacando os aspectos éticos que ela se insere.
MAGAGNIN ET AL. (2021)	Compreender os hábitos, dificuldades e as estratégias alimentares de crianças e adolescentes com TEA	Exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa.	Os pacientes com TEA possuem uma alimentação diversificada, uma vez que possuem tendências a hábitos disfuncionais, o que compromete uma alimentação saudável.

FERNANDES ET AL. (2021)	Desafios da pandemia da COVID-19 no cotidiano de crianças e adolescentes com TEA	Ensaio reflexivo elaborar a partir de um projeto de extensão universitária	Há uma necessidade do investimento em práticas e estudos que se pautem nas particularidades dessa população durante a pandemia.
DUTRA ET AL. (2022)	Verificar a performance de crianças autistas no que diz respeito ao equilíbrio físico.	Estudo transversal	Crianças com TEA podem apresentar alteração no equilíbrio, como risco de quedas, praxia global e alterações na tonicidade.
ILTCHENCO RIBAS (2022)	Descrever as características da interação em relação à brincadeira em crianças com TEA.	Estudo de transversal	O TEA se caracteriza por desvios no desenvolvimento e isso implica nas características interacionais.
MAGALHÃES ET AL. (2022)	Descrever os diagnósticos e as intervenções de enfermagem em crianças com TEA.	Exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa.	Percebe-se uma necessidade de uma rede de apoio especializada na perspectiva da interdisciplinaridade em assistir às crianças com TEA.
BONFIM ET AL. (2023)	Sintetizar o cuidado prestado por profissionais de saúde às famílias de crianças com TEA.	Exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa.	Os profissionais compreendem as experiências e necessidades das famílias, no entanto, a atenção primária focada na condição clínica da criança com TEA não é reconhecida.

Fonte: Gomes P et al,2023.

A primeira descrição encontrada na literatura médica, datada de 1943, por Leo Kanner. Nesse estudo Kanner descreve um grupo de 11 crianças com características comuns, incluindo dificuldade de interação social, padrões restritos e repetitivos de comportamento, além de habilidades de linguagem incomuns, e diante da dificuldade em estabelecer relações afetivas normais e tendência no envolvimento de atividades repetidas e estereotipadas, foi descrito o termo “autismo” para descrever esse conjunto de sintomas, baseados na palavra grega “ autos”, que significa “ de si mesmo”, e enfatizou a presença dessas características desde a primeira infância e sua natureza inata. As contribuições de Leo Kanner e Hans Asperger foram fundamentais para a identificação e compreensão inicial do Espectro Autista, abrindo caminho para pesquisas e avanços no diagnóstico e tratamento do TEA ao longo das décadas seguintes, corroborando com os relatos e contextualização dos autores mencionados na literatura científica atual . (APA, 2022).

Os achados desta revisão integrativa demonstram que o Transtorno do Espectro Autista (TEA) é uma patologia multifatorial que interfere de forma predominantemente significativa na qualidade de vida, não só do paciente acometido, mas de todo ciclo incluído. Entre os 20 estudos analisados, todos observaram o impacto de tal transtorno na parcela populacional relacionada.

No processo de inclusão social do paciente com TEA, há diversos obstáculos presentes, desde a escolarização, a comunicação a interação social. Vasconcellos et al., (2020), em seu estudo realizado com educadores especializados em crianças e adolescentes com TEA, traz que existem diversos dificultadores em tal processo, uma vez que os limites da interação social podem dificultar a convivência com as diferenças e pode haver um reflexo de estigmatização no processo de socialização, fator este que deve ser melhor debatido para melhor assistir tais pessoas. A inclusão social e o apoio às pessoas com autismo são áreas de grande importância. Estudos têm explorado abordagens educacionais inclusivas, programas de intervenção precoce em ambientes escolares e estratégias para promover a participação ativa de indivíduos autistas na sociedade (APA, 2022; HYMAN et al, 2020) (WANG et al, 2021).

Dentro desse aspecto, há também características familiares envolvidas no processo do cuidado ao paciente com TEA. Lemos et al., (2022), em uma pesquisa realizada com 12 mães de jovens com autismo, verificou-se que tais famílias seguem uma trajetória diferente no que diz respeito o cuidado aos filhos, uma vez que as intercorrências ocorridas nesse processo são diferentes. Nesse cenário, como também observado nessa revisão, há uma necessidade de uma rede de apoio especializada nesses pacientes, visto que há uma sobrecarga nos cuidadores, sendo necessário um amplo apoio a estas famílias.

Diversos estudos demonstraram, ainda a associação de tais fatores com a diminuição da qualidade de vida dos familiares e dos pacientes com TEA. Nesse aspecto, observou-se que os estressores culturais, físicos e de interações comportamentais enfrentados por estes grupos agravam a qualidade de vida de forma significativa (MOREIRA et al., 2020; WEISSEMER et al.,2021).

Os autores da tabela são unânimes em concordar com algumas características biopsicossociais do Transtorno do Espectro Autista (TEA), dentre as mais comuns citam a dificuldade na comunicação e interação social, seja ela verbal e não verbal, como habilidades de linguagem limitadas, dificuldade em interpretar e responder às emoções e expressões faciais dos outros, falta de habilidades de

reciprocidade social e dificuldade em estabelecer relacionamentos significativos (PEREIRA et al.,2019; STEIGLEDES et al.,2021; NASCIMENTO et al., 2021;ILTCHENCO E RIBAS, 2022).

Os comportamentos repetitivos, são conforme seus interesses restritos, como fixações em objetos específicos, aderência a rotina rígidas, movimentos estereotipados tais como: balançar o corpo, bater as mãos, além da sensibilidade sensorial incomum, seja hiper ou hipossensibilidade aos estímulos sensoriais.

Em relação a variação nas habilidades cognitivas são observadas, desde habilidades excepcionais em áreas, como memória detalhada, habilidades matemáticas ou talento artístico, enquanto outros podem ter déficits significativos em habilidades acadêmicas e de aprendizagem (PIMENTAL et al., 2019;FRANZONI et al.,2020; WEIZENMANN et al., 2020).

A origem multifatorial, resulta de uma combinação complexa de fatores, predisposição genética e fatores ambientais, como exposição a toxinas, complicações durante o parto ou gravidez, e influências epigenéticas, podem desempenhar um papel no desenvolvimento do transtorno

As famílias que apresentam indivíduos com autismo, enfrentam desafios em relação ao suporte e aos acesso a serviços adequados, além de lidarem com o estigma associado ao TEA BONFIM et al.,2021; MAGAGNIN et al. 2021).

Embora a literatura corrobore sobre as características biopsicossociais comuns do TEA por alguns autores, existem discordâncias, especialmente quando se trata das nuances específicas e da interpretação dos dados disponíveis, relacionadas a fatores de risco; pois os fatores sobre as pesquisas ambientais ainda está em andamento e diferentes estudos fornecem estudos conflitantes (MORETTO et al.,2020).

O TEA apresenta a heterogeneidade, em função do seu amplo espectro; logo as características e a gravidade podem variar consideravelmente entre indivíduos, e por este motivo não deve ser considerado como entidade única, mas sim como um conjunto de subgrupos distintos com características diferentes (MAGAGNIN et al.,2021; FREITAS E GUIMARÃES, 2021).

As abordagens de intervenção e terapias disponíveis são diversas, e os autores podem ter opiniões divergentes sobre quais são as mais eficazes ou apropriadas, sejam abordagens baseadas nas evidências da análise comportamental, ou centradas no desenvolvimento e na neurodiversidade (MAGALHÃES et al.,2021; FERNANDES et al.,2021; Cezar et al.,2020).

A definição e os critérios de diagnósticos do TEA evoluíram ao longo do tempo, e diferentes edições do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) ou da Classificação Internacional de Doenças (CID) podem ter definições e critérios ligeiramente diferentes, o que pode ocasionar variações em relação a inclusão de indivíduos em estudos e na interpretação dos resultados (BONFIM et al;2021).

CONCLUSÃO

Com base no panorama apresentado, os estudos desta revisão integrativa de literatura demonstram que o Transtorno do Espectro Autista é uma patologia que precisa melhor ser assistida visto as diversidades das características biopsicossociais; envolve a síntese dos principais achados e a compreensão do quadro atual de conhecimento sobre o assunto. Diante desse contexto, é importante considerar as dimensões biológicas, psicológicas e sociais que influenciam o TEA. Os avanços na pesquisa, com base nas pesquisas apresentadas, seja genética ou neurobiológicas têm contribuído para uma melhor compreensão das bases biológicas do TEA. No âmbito biológico os genes são identificados como fator de risco aumentado de desenvolvimento do transtorno, bem como alterações cerebrais estruturais e funcionais em indivíduos, no que diz respeito às dimensões psicológica a literatura revela a preocupação em relação aos processos cognitivos e emocionais; uma vez que as dificuldades na comunicação social, interação social e padrões restritos e repetitivos de comportamento são frequentes, que possa afetar seu desenvolvimento global, embora foi observada uma ampla variabilidade nas habilidades especiais em áreas específicas. Entretanto a contextualização social na revisão de literatura destaca os desafios na participação das atividades sociais, inclusão escolar e inserção no mercado de trabalho; e em função do estigma ocasionado pelo TEA, a literatura corrobora ao reconhecimento da importância das políticas de inclusão e promoção dos direitos, resultando em esforços para melhorar o suporte e a acessibilidade em diversos setores.

Além disso, há diversas demandas identificadas e que, com uma estratégia e ações de cuidados adequadas, podem melhorar o bem-estar e satisfação da população inserida nesse cenário inclusivo. No entanto, ainda existem lacunas no conhecimento e desafios a serem enfrentados, destacando a importância contínua da pesquisa e do apoio as pessoas com TEA e suas famílias.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA (APA). Transtorno do espectro autista. In: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, Quinta Edição, Revisão de Texto, Associação Psiquiátrica Americana, Washington, DC 2022. p.56.

BHANDARI, R.; PALIWAL, J. K.; KUHAD, A. Neuropsychopathology of Autism Spectrum Disorder: Complex Interplay of Genetic, Epigenetic, and Environmental Factors. Em: ESSA, M. M.; QORONFLEH, M. W. (Eds.). Personalized Food Intervention and Therapy for Autism Spectrum Disorder Management. Advances in Neurobiology. Cham: Springer International Publishing, 2020. p. 97–141.

BONFIM, T. D. A. et al. Assistência às famílias de crianças com Transtornos do Espectro Autista: percepções da equipe multiprofissional. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 31, p. e3780, dez. 2023.

CEZAR, I. A. M. et al.. Um estudo de caso-controle sobre transtorno do espectro autista e prevalência de história familiar de transtornos mentais. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v. 69, n. 4, p. 247–254, out. 2020.

COLATTO ILTCHENCO, A.; PACHECO RIBAS, L. Características interacionais do brincar em crianças com suspeita do Transtorno do Espectro Autista. Distúrbios da Comunicação, v. 34, n. 1, 11 mar. 2022.

DUTRA, A. C. L. et al. AVALIAÇÃO DO DÉFICIT DE EQUILÍBRIO EM CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA. Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR, v. 26, n. 3, 7 out. 2022.

FERNANDES, A. D. S. A. et al. Desafios cotidianos e possibilidades de cuidado com crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista (TEA) frente à COVID-19. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, v. 29, p. e2121, 2021.

FRANZONI, W. C. D. C.; MARINHO, A. O papel do professor de Educação Física na atuação com pessoas com transtorno do espectro autista em um programa de esporte e lazer de Florianópolis (SC). Motrivivência, v. 32, n. 61, p. 01–22, 16 abr. 2020.

FREITAS, D. F. C. L. D.; GUIMARÃES, D. S. Relações de cuidado junto a pessoas diagnosticadas com Transtorno do Espectro do Autismo. Psicologia USP, v. 32, p. e190015, 2021.

HYMAN, S. L. et al. Identification, Evaluation, and Management of Children With Autism Spectrum Disorder. Pediatrics, v. 145, n. 1, p. e20193447, jan. 2020.

LEMOS, E. L. D. M. D.; SALOMÃO, N. M. R. Jovens com transtorno autista, suas mães e irmãos: vivências familiares e modelo bioecológico. Psicologia: Teoria e Pesquisa, v. 38, p. e38312, 2022.

MAGAGNIN, T. et al. Aspectos alimentares e nutricionais de crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 31, n. 1, p. e310104, 2021.

MAGALHAES, Juliana Macêdo et al . DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: PERSPECTIVA PARA O AUTOCUIDADO. Rev. baiana enferm., Salvador , v. 36, MOREIRA, M. T. F.; LIMA, A. M. N.; GUERRA, M. Sobrecarga do cuidador informal de crianças com transtorno do espectro do autista/ Burden of informal caregiver of children

with autism spectrum disorder/ Carga del cuidador informal de niños con trastorno del espectro autista. *Journal Health NPEPS*, v. 5, n. 1, p. 38–51, 1 jun. 2020.

MORETTO, G. et al. Interferência do meio comunicativo da criança com transtorno do espectro do autismo na qualidade de vida de suas mães. *CoDAS*, v. 32, n. 6, p. e20190170, 2020.

NASCIMENTO, I. B. D.; BITENCOURT, C. R.; FLEIG, R. Estratégias para o transtorno do espectro autista: interação social e intervenções terapêuticas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 70, n. 2, p. 179–187, abr. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Autism. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>>. Acesso em: 22 abr. 2023.

PEREIRA, E. T. et al.. Comunicação alternativa e aumentativa no transtorno do espectro do autismo: impactos na comunicação. *CoDAS*, v. 32, n. 6, p. e20190167, 2020.

PIMENTEL, G. C. et al. Os efeitos da equoterapia em crianças com autismo. *Fisioterapia Brasil*, v. 20, n. 5, p. 684–691, 24 out. 2019.

PISTOLLATO, F. et al. Pharmacological, non-pharmacological and stem cell therapies for the management of autism spectrum disorders: A focus on human studies. *Pharmacological Research*, v. 152, p. 104579, 1 fev. 2020.

PITZ, I. S. C.; GALLINA, F.; SCHULTZ, L. F. Indicadores para triagem do transtorno do espectro autista e sua aplicabilidade na consulta de puericultura: conhecimento das enfermeiras. *Revista de APS*, v. 24, n. 2, 5 nov. 2021.

SANDIN, S. et al. The Heritability of Autism Spectrum Disorder. *JAMA*, v. 318, n. 12, p. 1182–1184, 26 set. 2017.

SOUZA AKAHOSI FERNANDES, A. D.; POLLI, L. M.; AGNELLI MARTINEZ, L. B. Características Psicomotoras e Sensoriais de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) em atendimento terapêutico ocupacional. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, v. 22, n. 2, p. 137, 27 dez. 2021

STEIGLEDER, Bibiana Gallas; BOSA, Cleonice Alves; SBICIGO, Juliana Burges. Sinais de Alerta para Transtorno do Espectro Autista: Evidências de Validade do PROTEA-R-NV. *Aval. psicol.*, Campinas , v. 20, n. 3, p. 331-340, set. 2021.

TALASCA, F. V. et al. A família diante da experiência de enfrentamento dos transtornos do espectro autista: uma visão subjetiva. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, v. 11, n. 1, p. 182, 4 maio 2020.

VASCONCELLOS, S. P.; RAHME, M. M. F.; GONÇALVES, T. G. G. L. Transtorno do Espectro Autista e Práticas Educativas na Educação Profissional[1]. *Revista Brasileira de Educação Especial*, v. 26, n. 4, p. 555–566, out. 2020.

WANG, X. et al. Cognitive Behavioral Therapy for Autism Spectrum Disorders: A Systematic Review. *Pediatrics*, v. 147, n. 5, p. e2020049880, maio 2021.

WEISSHEIMER, G. et al. Informational support for families of children with autism spectrum disorder. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 42, p. e20200076, 2021.

WEIZENMANN, L. S.; PEZZI, F. A. S.; ZANON, R. B. INCLUSÃO ESCOLAR E AUTISMO: SENTIMENTOS E PRÁTICAS DOCENTES. *Psicologia Escolar e Educacional*, v. 24, p. e217841, 30 nov. 2020.

ZEIDAN, J. et al. Global prevalence of autism: A systematic review update. *Autism Research*, v. 15, n. 5, p. 778–790, 2022.

SOARES, C. B.; HOGA, L. A. K.; PEDUZZI, M.; SANGALETI, C.; YONEKURA, T.; SILVA, D. R. A. D. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, n. 48, v. 2, p. 335-345, 2014.

CROSSETTI MDGO, BITTENCOURT GKGD, SCHAURICH D, TANCCINI T, ANTUNES M. Estratégias de ensino das habilidades do pensamento crítico na enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm*. 2009 Dec [cited 2016 Jun 11]; 30(4):732-41.

KANNER, Leo. Autistic disturbances of affective contact. In: *The Nervous Child*. Baltimore: Child Care Publication, 1943. p. 217-250. Disponível em:

http://www.neurodiversity.com/library_kanner_1943.pdf. Acesso em: 6/8/2020.

Capítulo 5



10.37423/230808095

EFICIÊNCIA DAS ADVERTÊNCIAS SANITARIAS OBRIGATÓRIAS PRESENTES NAS EMBALAGENS DE TABACO

Gabrieli Carla dos Santos

Centro Universitário Ingá

Gisele Aparecida Pereira Teodoro

Centro Universitário Ingá

Jessica Carolina Cardoso Nunes

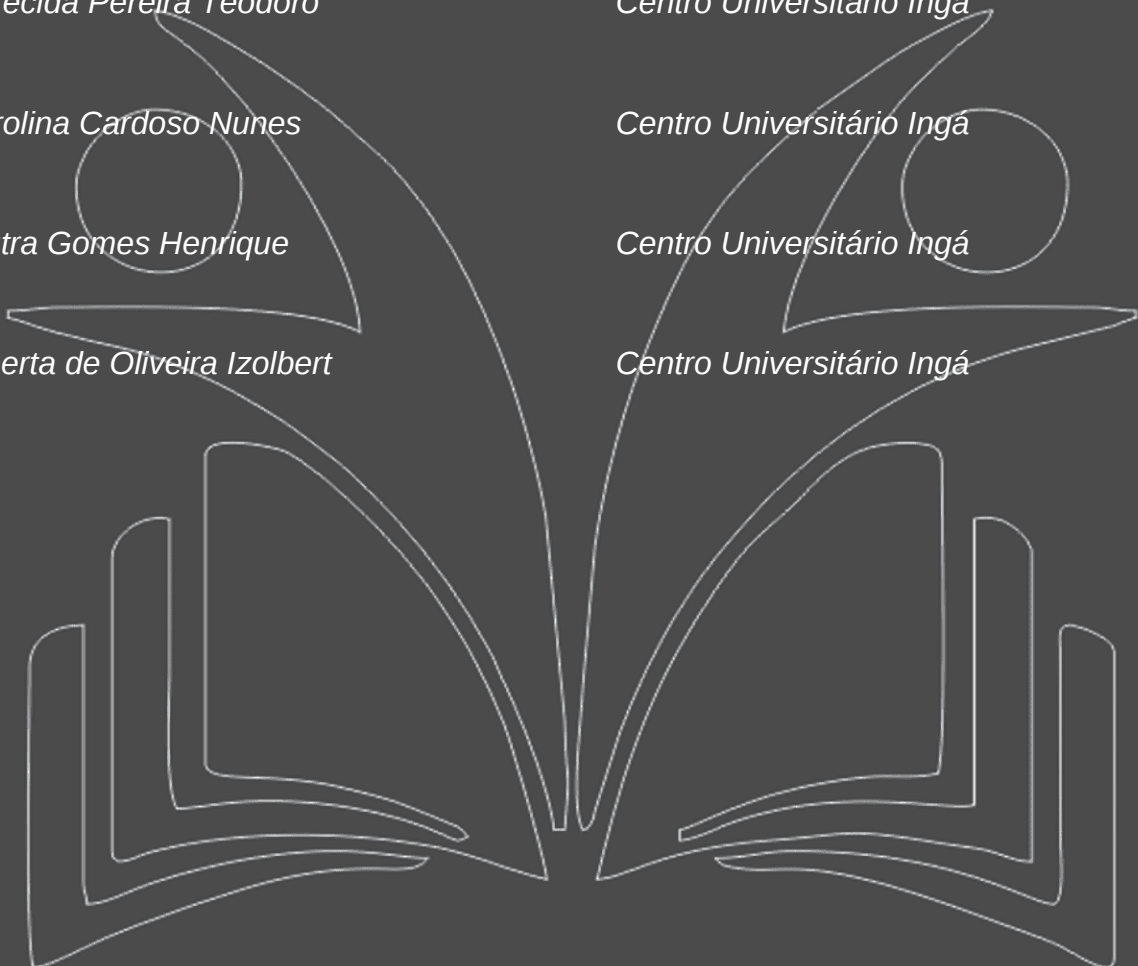
Centro Universitário Ingá

Mariana Dutra Gomes Henrique

Centro Universitário Ingá

Marina Roberta de Oliveira Izolbert

Centro Universitário Ingá



Resumo: O tabagismo integra o grupo dos transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa, as doenças e demais enfermidades provocadas pelo tabaco são responsáveis segundo a Avaliação de Resultado Regulatório (ARR) da RDC 195/2017 pela morte de sete milhões de pessoas no mundo a cada ano. O objetivo do artigo é analisar a eficiência das advertências obrigatórias presentes nas embalagens de cigarro, bem como compreender seu papel na diminuição do número de fumante e como metodologia utilizou-se a revisão bibliográfica. Em 1988, o governo brasileiro acrescentou pela primeira vez uma advertência sobre os riscos de fumar nos maços de cigarros, a saber: "O Ministério de Saúde adverte: Fumar faz mal à saúde". O principal objetivo das advertências em embalagens de produtos de tabaco está ligado à diminuição do prazer e ao estímulo a repulsa ao produto. Vários estudos tendem a mostrar que o recurso do *fear appeal* é eficaz tanto para fumantes quanto para não fumantes, apesar do progresso, ainda há trabalho a ser feito para reduzir o apelo aos consumidores existentes e potenciais.

Palavras-chave: Fear appeal. Tabagismo. Advertências sanitárias.

1.INTRODUÇÃO

O tabagismo integra o grupo dos transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa, de acordo com a Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) trata-se de uma toxicomania caracterizada pela dependência física e psicológica ocasionada pelo consumo de nicotina . O tabagismo também pode ser considerado uma doença pediátrica, visto que, a maioria dos fumantes dá início a sua vida no vício antes dos 18 anos. As doenças e demais enfermidades provocadas pelo tabaco são responsáveis segundo a Avaliação de Resultado Regulatório (ARR) da RDC 195/2017 pela morte de sete milhões de pessoas no mundo a cada ano e, em 2015, cerca de um quarto (24,9%) da população global com 15 anos ou mais ainda era usuária de alguma forma de tabaco (ANVISA , 2021).

“O primeiro cigarro é uma experiência ruim para o principiante. Para dar conta do fato de que o fumante iniciante tolerará as sensações desagradáveis (do primeiro cigarro) nós precisamos evocar motivos psicológicos. Fumar um cigarro para o iniciante é um ato simbólico. Eu não sou mais a criança da minha mãe, eu sou forte, eu sou um aventureiro, eu não sou quadrado. À medida em que a força do simbolismo psicológico diminui, o efeito farmacológico assume o papel de manter o hábito.” (Phillip Morris, 1969).

Uma pesquisa realizada pelo Banco Mundial mostra que cerca de 100.000 jovens começam a fumar todos os dias, 80% deles em países em desenvolvimento. Apesar do conhecimento científico, poucos fumantes compreendem a realidade dos riscos que correm ao consumir produtos derivados do tabaco. Em 1990, a Organização Mundial da Saúde lançou o primeiro tratado a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (FCTC), com foco multilateral na proteção dos direitos humanos e do direito à saúde, a convenção recomendava uma série de medidas para ajudar a reduzir a demanda por tabaco, principalmente controlando o marketing social, o consumo e a exposição à fumaça. Diante de tantas evidências, alguns países passaram a tomar medidas em relação à alteração das embalagens.

No Brasil, entre 1990 e 2015, o percentual de fumantes diários caiu de 29% para 12% e, apesar da queda, o percentual de usuários continua alto, por isso o Ministério da Saúde desenvolveu diversas medidas de prevenção e controle do tabagismo, ações como, por exemplo, campanhas de incentivo ao abandono do tabagismo, medidas preventivas nas escolas, desenvolvimento de políticas de controle e leis cada vez mais rígidas. Essas ações tiveram início em 1989 por meio do Plano Nacional de Controle do Tabagismo (BRASIL, 2017)

As advertências sanitárias obrigatórias presentes em embalagens de cigarro, são, pois, uma expressão da campanha de marketing social, utilizadas pelas entidades governamentais, cujo objetivo principal

é dissuadir o consumidor do uso de tabaco. Um dos recursos utilizados para transmitir a mensagem e persuadir o público alvo é o recurso de *fear appeal* ou apelo ao medo (DINIZ, 2017). No Brasil, advertências antitabagismo com imagens sanitárias são divulgadas desde 2001 nas embalagens de cigarros sendo o apelo emocional usado como persuasão. Todavia, o medo é uma resposta emocional a uma ameaça e pessoas diferentes têm percepções e reações díspares a esse apelo (MOTA, 2013). Partindo desta explanação, este trabalho apresenta o seguinte problema: as advertências obrigatórias presentes nas embalagens de tabaco surtem algum efeito quando presentes na vida dos fumantes? Portanto, o objetivo deste estudo tem a intenção de analisar a eficiência das advertências obrigatórias presentes nas embalagens de cigarro, bem como compreender seu papel na diminuição do número de fumantes e de mortes por essa causa.

2. METODOLOGIA

A metodologia utilizada para o desenvolvimento do presente estudo foi a de revisão bibliográfica definida como um processo de levantamento, análise e descrição de publicações científicas de uma determinada área do conhecimento. A pesquisa foi realizada em bases de dados como o Scielo e o fio cruz utilizando como descritores os termos *fear appeal*; tabagismo e advertências sanitárias.

Para os critérios de inclusão foram utilizados artigos em língua portuguesa e inglesa, publicados nos anos de 2013 a 2023. Após a pesquisa as informações encontradas foram separadas e analisadas, após a análise foi realizada a leitura de forma detalhada de cada texto apresentado. Tomando como base o questionamento: as advertências obrigatórias presentes nas embalagens de tabaco surtem algum efeito quando presentes na vida dos fumantes?

3 DESENVOLVIMENTO

3.1 O TABAGISMO

O consumo de tabaco existe na sociedade desde pelo menos o século XV e, na antiguidade, as tribos indígenas o utilizavam para fins rituais e medicinais. Essas pessoas trouxeram o produto para o Brasil migrando dos Andes bolivianos. Com a chegada dos portugueses e o seu vigoroso uso do produto, o tabaco começou a aparecer e a criar raízes nos vários países por onde passou. (CRUZ, 2019). A partir de meados do século XX, um pequeno número de pneumologistas preocupados começou a estudar e a se preocupar com os riscos à saúde que esse material poderia representar para as populações que o

consumiam, não apenas aquelas que o consumiam diretamente, mas principalmente indiretamente por meio da inalação de vapores.

O ato de fumar estava em alta na sociedade e fazia parte até mesmo da cultura dos cidadãos, desse modo, a mídia ostentava propagandas pró-tabaco de forma atrativa a jovens empregando que a prática era “descolada” e apresentava diversos benefícios como a aceitação social. Esse emprego de propaganda atendia aos interesses comerciais e tributários de muitos, e faziam com que apenas uma minoria da população desse valor as pesquisas que se mostravam contra a utilização do tabaco (CASTRO, 2019).

Nos últimos anos uma alarmante epidemia tem-se espalhado pelo globo. O tabagismo, denominação de um dos subtipos de transtorno mental e comportamental ao uso de substância psicoativa, tem levado alto número de vítimas à morte prematura ou incapacitação física. As estatísticas são assustadoras: só no Brasil, duzentas mil pessoas morrem anualmente em decorrência da exposição aos produtos do tabaco (NASCIMENTO *et al*, 2010). Depressão, problemas psiquiátricos, ansiedade, baixa autoestima, assim como fatores psicossociais, são relevantes quando se trata dessa doença crônica que pode ser a causadora de diversas outras cinquenta, no mínimo, doenças. (SILVA *et al.*, 2016).

No Brasil, os derivados do tabaco são encontrados com mais recorrência nos cigarros, charutos e cachimbos. Todos esses produtos, quando consumidos, contribuem para que o tabagismo constitua a principal causa de morte evitável e fator de risco em seis das oito doenças que mais matam no mundo, entre elas infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral, doença pulmonar obstrutiva crônica e tuberculose (WHO, 2008 apud NASCIMENTO, 2010).

A fumaça ambiental do cigarro (FAC) é composta por mais de 40 substâncias cancerígenas, como benzeno e níquel, diversas substâncias irritantes como amônia, óxido de nitrogênio e dióxido de enxofre e substâncias intoxicantes cardiovasculares, como monóxido de carbono e nicotina, tendo no total mais de quatro mil componentes. Quando liberada no ambiente, os gases e partículas da FAC são sujeitos à alteração de concentração, formato e composição, através da dispersão, interação e deposição em superfícies (SEELIG, 2005).

As embalagens dos produtos derivados do tabaco, especialmente o cigarro, não são apenas um recipiente. Eles têm a função de agregar valor ao produto e torna-lo atraente, estimulando sua compra. Além disso, segundo Perez *et al.* (2017), algumas características tornam a embalagem dos cigarros ainda mais visível, como o fato dela não ser descartada depois de aberta, do fumante manter o maço próximo de si durante todo o dia, ter alto grau de visibilidade social e ser constantemente

exposta ao público durante o seu manuseio, levando o maço a funcionar como uma forma de propaganda.

Com evidências tão marcantes sobre os objetivos da indústria tabagista, intervenções para alertar atuais ou possíveis usuários tornam-se extremamente necessária, foi a partir de 2001 que as advertências sanitárias ganharam destaque e evidência. Por lei foi determinado que as mesmas ocupassem totalmente uma das principais faces das embalagens e contivessem imagens ilustrativas dos males do tabagismo, além de exibir o número de telefone do Disque Saúde - Pare de Fumar (NASCIMENTO et al. 2010).

3.2 AS ADVERTÊNCIAS SANITÁRIAS OBRIGATÓRIAS

Nos últimos 20 anos, o Brasil vem intensificando as ações de controle do tabaco com o objetivo geral de reduzir a morbidade entre fumantes e a morbimortalidade associada ao consumo de derivados do tabaco. Nesse período, consolidaram-se diversas iniciativas de caráter educacional, de saúde, legislação e economia como forma prevenir o tabagismo, promover a cessação e proteger as pessoas dos riscos do tabagismo passivo. A própria Constituição Federal, em seu Artigo 220, e a Lei nº. 9.294/1996 discorrem acerca das limitações à aplicação e à propaganda de produtos fumeiros, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas (BRASIL, 2014). Assim, as ações de marketing social em relação ao cigarro no Brasil se deram, entre outras estratégias, por meio de mensagens de advertências sanitárias.

Em 1988, o governo brasileiro acrescentou pela primeira vez uma advertência sobre os riscos de fumar nos maços de cigarros, a saber: "O Ministério da Saúde adverte: Fumar faz mal à saúde". Essas campanhas se expandiram a cada ano até que surgiram fotografias nos maços de cigarro alertando sobre os perigos do fumo (CAVALCANTE, 2005). Posteriormente, a Lei Antifumo, Lei nº 1. 12.546/2011, todas essas ações juntas têm ajudado a reduzir o número de fumantes, que segundo o IBGE representava 17,2% dos brasileiros em 2008 e 14,7% em 2014 (INCA, 2014). O Brasil é o segundo país a inserir imagens nos maços de cigarros na tentativa de reduzir o número de fumantes, principalmente de jovens e adolescentes. As imagens usam o medo para lembrar as pessoas dos danos causados pelo cigarro.

O Brasil implementou pela primeira vez restrições à publicidade e à promoção do tabaco em 1988, quando se definiram horários para a veiculação de propagandas na televisão, cinema e teatro, acompanhadas de advertência sanitária ... Em 1990, o governo aprovou uma lei que proíbe a publicidade enganosa e abusiva e, em 1995, recomendou que as emissoras de televisão

evitassem transmitir imagens de celebridades fumando ... Em dezembro de 2000, foi implementada uma política abrangente que proibiu a publicidade do tabaco em todas as mídias, exceto no ponto de venda, vetou o patrocínio de atividades esportivas e culturais nacionais ou internacionais por marcas de tabaco e também proibiu atividades promocionais, tais como amostras grátis e merchandising. Em uma lei aprovada em 2003, toda a publicidade no interior dos pontos de venda era obrigada a ter em 10% do seu espaço as mesmas advertências sanitárias ilustradas presentes nas embalagens de cigarro... Em dezembro de 2011, toda a propaganda nos pontos de venda foi proibida, exceto a exibição das embalagens para venda (ITC, 2013).

Os apelos positivos que o marketing da indústria tabagista induz em suas embalagens devem ser neutralizados por advertências que mostrem os riscos de fumar, desconstruindo o apelo prazeroso e induzindo predisposições de afastamento em relação ao produto. A advertência sanitária é uma das medidas de controle do tabaco mais custo-efetivas disponível, dado que os custos de implementação recaem sobre o fabricante e os benefícios sobre a saúde pública. São medidas eficazes para informar a toda sociedade sobre a magnitude dos riscos do uso do tabaco (PEREZ *et al* 2017).

Segundo Nascimento et al. (2010), advertências sanitárias com imagens mostradas em embalagens de cigarro são uma das formas mais eficientes de informar sobre as consequências do uso do tabaco. Pesquisas em neurobiologia da emoção demonstram que estímulos visuais afetam atitudes e comportamentos; estímulos agradáveis promovem predisposições para aproximação e os aversivos, afastamento.

Há muitas evidências de várias fontes demonstrando que advertências sanitárias são uma ferramenta eficaz para informar aos fumantes e não-fumantes sobre os malefícios do tabagismo; disponibilizar ajuda e informações aos fumantes para aumentar a eficácia da cessação; incentivar os não-fumantes, incluindo os jovens, a não começarem a fumar; e contrapor as mensagens enganosas e as imagens sedutoras promovidas pela marca das embalagens de tabaco. Perez *et al.* (2017), afirma ainda que as advertências de saúde também podem ajudar ex-fumantes a ficar sem fumar após um ano de abstinência. As advertências provavelmente estão presentes em momentos de risco de recaída, e quando elas são percebidas, até mesmo fracos efeitos sobre a motivação poderiam inclinar a decisão do indivíduo em favor da manutenção da abstinência ao longo de várias crises, produzindo efeitos marcantes na recaída.

3.3 O *FEAR APPEAL* (APELO AO MEDO)

Segundo Rogers (1975) apud Diniz (2017), o *fear appeal* é uma comunicação persuasiva que tenta despertar o medo para promover a motivação preventiva e desencadear uma ação de autoproteção

dos destinatários. O autor afirma ainda, que o *fear appeal* deve obedecer a vários componentes: as consequências pessoalmente relevantes de algo nocivo; a probabilidade de ocorrência do evento e o comportamento recomendado. Tannenbaum, et al. (2015) apud Diniz (2017), acrescenta assumindo o *fear appeal* como mensagens que tentam despertar o medo enfatizando os potenciais riscos e danos que acontecerão aos indivíduos se não adotarem as recomendações das mensagens. Já para Brennan et al. (2010) apud Diniz (2017), o *fear appeal* é utilizado para criar um desequilíbrio que pode ser corrigido por meio da adoção de um determinado comportamento. Espera-se que criando desconforto, as pessoas sejam motivadas a agir com vista a diminuir essa sensação de mal-estar.

Algumas pesquisas levam em consideração o *fear appeal* como maneira de persuadir as pessoas a pararem de fumar, já que é um recurso que tem a finalidade de instigar medo nas pessoas através de imagens, na tentativa de diminuir o número de fumantes. Esse apelo ao terror se reforça quando se percebe que as mensagens não apresentam alternativas que podem ser tomadas para evitar ameaças à saúde (Milne, Sheeran & Orbel, 2000). Há, inclusive, uma linha de pensamento que acredita que essas campanhas são consideradas limitadas por serem parciais e porque as campanhas em embalagens de cigarros trazem imagens reducionistas e sem o aprofundamento da dimensão política envolvida no tema.

Desse modo, existem dois tipos de medo: inibitório e antecipatório. O primeiro é provocado pela exposição a imagens vívidas e horríveis, enquanto o último resulta da antecipação do indivíduo do que é provável que aconteça se ignorar a ação recomendada. (Henley et al., 1999 apud Diniz, 2017).

3.4 AS TEORIAS DA MUDANÇA DO COMPORTAMENTO PELO FEAR APPEAL E SUA EFICÁCIA

O Fear Appel tem duas teorias de mudança de comportamento principais, entre elas está a teoria da motivação para proteção e o modelo do processo paralelo estendido. Com o objetivo de entender o impacto do *fear appeal*, em 1975, Ronald W. Rogers desenvolveu a teoria da motivação para a proteção. Baseado em teorias anteriores Roger (1975), define 3 componentes do *fear appeal*: a gravidade do evento, a probabilidade de ocorrência e a eficácia das recomendações para reduzir ou eliminar os eventos perigosos. (DINIZ, 2017). Segundo Diniz (2017), o impacto do *fear appeal* é mediado por vários processos cognitivos, sendo eles: a) avaliação sobre a gravidade percebida, b) expectativa da ocorrência do evento e c) pela crença na eficácia da resposta. Estes processos influenciam a intenção do indivíduo adotar a recomendação comportamental.

O modelo do processo paralelo estendido foi desenvolvido por Witte, que propunha que a percepção da ameaça desencadeia os processos do controle de perigo. O PPM afirma que existe uma relação positiva e linear entre a resposta emocional ao medo e a persuasão. Se os apelos ao medo forem muito fortes ou demasiados fracos, os indivíduos podem evitar a mensagem ou simplesmente ignorá-la. Consequentemente, os autores do EPPM reforçam esta teoria e argumentam que o medo deve ser reincorporado como uma variável central, ao mesmo tempo que a relação entre ameaça e eficácia da resposta deve ser tida em consideração, (Stefan, 2012 apud Diniz, 2017). Não sendo possível evitar o estímulo do medo, poderão entrar em funcionamento outros processos, como por exemplo a negação da ameaça. Assim, mesmo que o perigo não possa ser evitado é sempre possível controlar o medo por rejeição da mensagem (Diniz, 2017).

Segundo Hammond (2008) há uma maior percepção dos riscos de saúde que o cigarro traz quando às advertências de saúde são analisadas, ocorrendo assim uma eficácia devido as advertências nas embalagens de cigarro, uma vez que grande parte dos fumantes relatam ter compreendido os riscos do cigarro através dessas advertências do que através de outras fontes de informação, exceto na televisão. Hammond (2008) afirma ainda que essas advertências podem funcionar tanto para aqueles que já fumam como também aos não fumantes, já que proporcionar a todos mais conhecimento e percepções dos riscos que podem ser causados. “Um estudo Canadense, realizado aproximadamente 5 anos após a introdução de advertências com imagens, em 2001, concluiu que a imagem era geralmente a primeira coisa que as pessoas olhavam e relacionavam” (DINIZ, 2017).

Apesar disso, Diniz (2017) afirma que ao recorrer ao *fear appeal* nas advertências sanitárias de saúde há o impacto muito reduzido nos consumidores podendo gerar comportamentos de fuga e evitamento que levam a uma rejeição das mensagens e da ameaça. As imagens provocam não somente baixos sentimentos de medo, mas também na opinião dos consumidores parece não atingir seu propósito, uma vez que a adoção de hábitos e comportamentos mais saudáveis após visualizar as advertências é baixo.

3.5 O IMPACTO CAUSADO PELAS ADVERTÊNCIAS SANITÁRIAS OBRIGATÓRIAS

A política de controle do tabagismo no Brasil já mostra resultados positivos, traduzidos na redução da proporção de fumantes de 34,8% para 22,4% na população de 18 anos ou mais (MONTEIRO, 2007). Em 2006, um inquérito populacional do Ministério da Saúde, realizado por telefone em todas as capitais, mostrou uma prevalência de tabagismo de 16% na população acima de 18 anos (BRASIL,

2006). Outro ponto importante a ser observado é a redução na taxa de mortalidade por câncer de pulmão entre os homens que, em 90% dos casos, acontece entre fumantes. Um estudo científico realizado pelo Laboratório de Neurofisiologia II da Universidade Federal do Rio de Janeiro e pelo Laboratório de Neurofisiologia Comportamental da Universidade Federal Fluminense teve como objetivo avaliar o impacto emocional de imagens de advertências sanitárias reproduzidas entre 2001 e 2004 e 2004 e 2008. Centenas de estudantes universitários (fumantes e não fumantes) julgaram as características emocionais de diferentes imagens usando uma ferramenta psicométrica amplamente utilizada em pesquisas sobre emoções e comportamento (BRASIL, 2009). Os resultados mostraram que as imagens exibidas nas advertências de saúde provocavam sentimentos de repulsa. No entanto, a intensidade dessas sensações era moderada. Estudos têm demonstrado que quanto mais intensos os sentimentos evocados pela imagem repugnante, maior a ativação dos sistemas neurobiológicos de defesa, aumentando assim as atitudes evitativas, que é um dos objetivos das advertências sanitárias.

Na atualidade, pesquisas realizadas pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) em 2021 demonstraram que o percentual total de fumantes com 18 anos ou mais no Brasil é de 9,1%, sendo 11,8% entre homens e 6,7% entre mulheres, o que demonstra uma queda significativa se comparada a anos anteriores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização do tabaco possui raízes históricas e marca interesses políticos e econômicos em todo o mundo, com destaque para o conflito de interesses entre gigantes do tabaco e organizações de saúde ao longo de quase todo o século XX. Ao final desse período, o Brasil começou a desenvolver políticas públicas para lidar com os agravos à saúde causados pelo tabagismo, como confirmam diversos estudos.

O principal objetivo das advertências em embalagens de produtos de tabaco está ligado à diminuição do prazer e ao estímulo à repulsa ao produto. Vários estudos tendem a mostrar que o recurso do *fear appeal* é eficaz tanto para fumantes quanto para não fumantes pois, além de promover repulsa, as imagens exibidas podem gerar associação negativa envolvendo a embalagem e, consequentemente, ao seu produto.

Apesar do progresso, ainda há trabalho a ser feito para reduzir o apelo aos consumidores existentes e potenciais. Nesse contexto, a padronização dos maços de cigarros, a inclusão de imagens em negrito

na frente dos maços e a restrição da exposição dos produtos nos pontos de venda, aparecem como os maiores desafios, contudo, o objetivo de analisar a eficiência das advertências sanitárias obrigatórias presentes nas embalagens de cigarro, bem como seu papel na diminuição do número de fumantes, foi alcançado.

REFERENCIAS

BRASIL. Decreto n.8.262, de 31 de maio de 2014. Altera o decreto n.2.018, de 1 de outubro de 1996, que regulamenta a lei n.9.294, de 15 de julho de 1996. *Diário Oficial da União*, seção 1, p.1. 2 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-americana da Saúde. Tabaco e pobreza, um círculo vicioso: a convenção-quadro de controle do tabaco: uma resposta. Brasília: Ministério da Saúde. 2004.

DINIZ, I. P. N. O impacto do Fear Appeal nas advertências de saúde presente nas embalagens de tabaco. 2017. Disponível em <<https://1library.org/document/y659j1oz-impacto-fear-appeal-advertencias-saude-presentes-embalagens-tabaco.html>>. Acesso em 6 de abril de 2021.

HAMMOND, D. Health warnings on tobacco packages: Summary of evidence and legal challenges. 2008. Disponível em <<https://www.tobaccofreekids.org/assets/global/pdfs/en/India-study-warningLabels-DHammond-Jan08.pdf>>. Acesso em 22 de junho de 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE e Ministério da Saúde recebem prêmio internacional por pesquisa sobre tabagismo. 2008.

MOTA, J. R.; ACEVEDO, C. R.; PRADO, R. A. D. P.; CUNHA, J. A. C.; SILVA, M. A. Impacto do apelo ao medo nas embalagens do cigarro: a percepção de fumantes em relação às mensagens de advertência antitabagismo. *Revista Eletrônica de Ciência Administrativa*, v. 12, n. 2, p. 246-259, 2013.

Disponível em <https://www.researchgate.net/publication/307718948_Impacto_do_apelo_ao_medo_nas_embalagens_do_cigarro_a_percepcao_de_fumantes_em_relacao_as_mensagens_de_advertencia_antitabagismo_doi_105329RECADM2013013>. Acesso em 6 de abril de 2021.

NEVES, M. Marketing social no Brasil: a nova abordagem na era da gestão empresarial globalizada. Rio de Janeiro: E-papers, 2001.

NASCIMENTO, B. E. M. *et al.* Neurociências, artes gráficas e saúde pública: as novas advertências sanitárias para maços de cigarros. Disponível em

< <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/QzMSrKFCMYz4k6jr3wXQXhf/?lang=pt>>. Acesso em 5 de maio de 2021.

PARTOS, T.R. *et al.* Cigarette packet warning labels can prevent relapse: findings from the International Tobacco Control 4-Country policy evaluation cohort study. *Tobacco Control*, v. 22, n. 1, p. 43-50, 2013.

PEREZ, C. A. *et al.* Análise da interferência da indústria do tabaco na implantação das advertências sanitárias nos derivados de tabaco no Brasil. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/csp/a/p3dYsRmq7FrgPKsYc8st6BR/?lang=pt>>. Acesso em 20 de junho de 2021.

RUAS, E. C. M. As advertências sanitárias no maço de cigarros: política pública e prática comunicativa do sistema único de saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Disponível em < https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/19383/2/ester_ruas_icict_dout_2016.pdf>. Acesso em 20 de junho de 2021.

RUAS, E. C. M. Advertências sanitárias: uma estratégia de comunicação na redução do tabagismo. Revista Eletrônica De Comunicação, Informação & Inovação Em Saúde, 6(3). 2012. Disponível em < <https://www.reciis.iciet.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/490/1140>>. Acesso em 05 de maio de 2021.

RUAS, E. C. M.; LINS, E. C. Imagens de advertências impressas nos maços de cigarros brasileiros: a busca da anti-propaganda. Intercom - Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação. Anais... XXXIV Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação. Recife. 2011. Disponível em < <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/iciet/6214/1/Dissertao%20%20banca-1-%20REVISADA.pdf>> Acesso em 22 de junho de 2021.

Souza, O. O uso do Apelo do Medo em propaGandas preventivas sobre drogras e seus efeitos sobre as atitudes e intenções dos pais em diferentes níveis de responsabilidade. São Paulo, Brasil: Universidade Nove de Julho. 2013. Disponível em

<<http://repositorio.uninove.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/630/DISSERTA%c3%87%c3%83O%20DE%20MESTRADO%20-%20OVANILDO%20-%20PPGA.pdf?sequence=1>> Acesso em 20 de junho de 2021.

WHO. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic Genebra: WHO. 2008.

Capítulo 6



10.37423/230808104

A PRÁTICA DA AMAMENTAÇÃO EXCLUSIVA E FATORES ASSOCIADOS A SUA INTERRUPÇÃO

Elissa Maria do Nascimento Cardozo

Universidade Federal do Ceará

Jessica Larissa Maia Rodrigues

Centro Universitário Maurício de Nassau

Kuenia Mariana Gomes de Oliveira

Universidade Federal de Campina Grande

Lullya Regia Evangelista Ferreira

Centro Universitário Maurício de Nassau

Ana Nathália Oliveira Rodrigues

Centro Universitário Christus

Thaiane Cavalli

Companhia Nacional de Escolas da Comunidade

Rafaela Caroline Moraes da Silva

Universidade Paulista

Roberta dos Santos Cronemberger

Universidade Nove De Julho

Nathalia Dayane de Sousa Alves Lopes Nathalia

Estácio Fic

Clara Giraldo Ferreira

Centro Universitário Antônio Carlos

INTRODUÇÃO:

De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) mundialmente apenas 40% das crianças menores de 6 meses de idade são amamentadas exclusivamente, no Brasil, o índice é de 38,6 %. Mesmo diante do incentivo ao aleitamento materno exclusivo preconizado por políticas e das comprovações de seus benefícios, o desmame precoce se faz presente. Para o sucesso da amamentação, é de suma importância que o profissional da área da saúde procure entender o processo do aleitamento materno no contexto sociocultural e familiar.

OBJETIVO:

Analisar a prática da amamentação exclusiva e fatores associados a sua interrupção.

MÉTODOS:

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa tendo a seguinte questão norteadora: “Quais fatores relacionados ao desmame precoce”. Foram pesquisados artigos nas bases científicas: Literatura Latino-Americana em Ciência de Saúde (Lilacs), Bases de dados de enfermagem (BDENF) e Scientific Eletronic Library Online (Scielo) no período de 2014 a 2019 e incluiu artigos de pesquisa quantitativa ou qualitativa com textos disponíveis, completos e gratuitos , em língua portuguesa e inglesa utilizando os seguintes descritores: “amamentação”, “fatores de riscos”, “desmame precoce”. Excluíram-se as dissertações, teses e artigos repetidos.

RESULTADOS:

Dentre os fatores mais prevalentes que levaram as mães realizarem o desmame precoce de seus filhos, destacaram-se os problemas mamários (ingurgimento das mamas, dor/trauma mamilar, mastite), leite fraco e volta ao trabalho. A baixa escolaridade mostrou-se também um fator determinante na duração do aleitamento materno exclusivo, visto que as mães que possuem nível de escolaridade mais baixa tendem a iniciar a introdução da alimentação complementar precocemente. Existe associação da introdução de chupetas e mamadeiras como o principal influenciador dos desmame precoce baseado na seguinte justificativa: o seu uso leva a confusão de bicos fazendo com que o número de mamadas seja reduzida ao longo do dia, conseqüentemente, na diminuição da produção de leite, acarretando assim, a necessidade de complementação. O número de filhos também pode influenciar na ocorrência do aleitamento materno exclusivo, pois, mães que já amamentaram pelo menos um filho com êxito

tem maiores chances de prosseguir com a amamentação, enquanto aquelas que nunca amamentaram têm maior probabilidade de realizar o desmame precoce.

CONCLUSÃO:

Apesar de ser um processo natural e fisiológico, amamentar nem sempre é fácil. Apoiar e estimular a mãe é essencial para que as dificuldades em amamentar sejam resolvidas. O papel da equipe multidisciplinar de saúde é relevante para que as mães tenham clareza de que a amamentação é o principal alimento para seus filhos nos seis primeiros meses de vida, e que a partir daí os alimentos complementares devem ser introduzidos gradualmente. Diante de tais adversidades, seja social, biológico, abordagem, processo de trabalho ou cultural, conclui-se que os profissionais de saúde devem fazer mais do que passar orientações, eles devem ser capazes de ajudar as mães a analisar a causa da dificuldade para realizar a amamentação exclusiva e sugerir meio que possam resolver. Formato desejado de apresentação: apresentação oral.

Palavras-chave: Amamentação exclusiva, Desmame precoce, Fatores de Riscos.

Capítulo 7



10.37423/230808105

O PADRÃO ALIMENTAR OCIDENTAL E SUA INFLUÊNCIA NA CANDIDÍASE VULVOVAGINAL

Elissa Maria do Nascimento Cardozo

Universidade Federal do Ceará

Luana Naira da Silva

Centro Universitário UNIBRA

Norayka de Souza Fernandes

Universidade Potiguar

Karlla Priscilla da Cruz Silva

Universidade Federal do Maranhão

Amanda de Oliveira

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Aquiles Braga Acioly

*Centro universitário Maurício de Nassau
aurício de Nassau*

Maria Eduarda Anulino dos Santos

Centro Universitário Mauricio de Nassau

Isabella Oliveira Gelape

Centro Universitário de Belo Horizonte

Andressa de Souza Carvalho

Faculdade de Juazeiro do Norte

Ana Caroline de Araújo Silva

*Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi
(UFRN)*

Introdução: A cândida vulvovaginal (CVV) é um problema de saúde da mulher, causado por bactérias e fungos do tipo levedura, principalmente o gênero *Cândida albicans* mediante o seu desenvolvimento irregular na flora vaginal feminina. A *C. albicans* são patógenos naturalmente presente no corpo humano que em condições de adequado estado fisiológico não apresentam sintomas de doenças (ALVARES et al., 2007). O rompimento deste equilíbrio possibilita o desenvolvimento CVV que afeta a maioria das mulheres em idade fértil. Essa infecção é caracterizada por prurido intenso, corrimento em grumos, odor e ardência na região urogenital (CARVALHO et al., 2020). Um desequilíbrio na microbiota intestinal pode afetar o sistema imune do indivíduo e também o trato vaginal feminino. O consumo exacerbado de alimentos ultraprocessados resulta em uma alteração no pH intestinal favorecendo o crescimento de fungos contribuindo assim para manifestação da candidíase (PALUDO, M.R.; MARTIN, D., 2018).

Objetivo: Relacionar a cândida vulvovaginal e o desequilíbrio da microbiota intestinal diante do padrão alimentar ocidental.

Métodos: Trata-se de uma revisão de literatura, do tipo narrativa. Para esse propósito, foram coletados dados a partir de artigos científicos, jornais periódicos, revistas e dissertações, publicados entre os anos de 2007 a 2021 em português nas bases de dados. Utilizando como base de dados Science Direct, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Pubmed, google acadêmico e bireme.

Resultados: Segundo o Protocolo Brasileiro para infecções sexualmente transmissíveis de 2020, 80 a 92% dos casos de candidíase vaginal são causados pelo agente etiológico *albicans*. Dentre os fatores principais que predispõem a CVV, destacam-se a gravidez, obesidade, diabetes mellitus (descompensada), uso de antibióticos, hábitos de higiene e vestuários que aumentam a umidade e o calor local e alterações na resposta imunológica. A alteração da imunidade do indivíduo possui forte relação com seus hábitos alimentares que tem potencial de inibir ou facilitar o desenvolvimento do fungo. A dieta ocidental, da população atual é rica em alimentos processados, aditivos químicos, e gordura em alta concentração, prejudicando a microbiota intestinal resultando em um possível desequilíbrio da microbiota vaginal (SILVA et al., 2021). Segundo estudo realizado por Moreno et al. (2014), a diminuição da ingestão de carboidratos (açúcares simples e moderado consumo de polissacarídeos) aumenta a atividade imunológica e diminui os sintomas da candidíase. O método antifúngicos é o mais utilizado no tratamento da candidíase, porém também podem ser responsáveis pelo processo de reinfecção da doença, evidenciando a capacidade de resistência da cândida. Alguns estudos demonstram os benefícios do uso de prebióticos e probióticos em conjunto com a alimentação no equilíbrio da disbiose intestinal e no controle da CVV, porém mais estudos precisam ser realizados (SILVA et al., 2020).

Conclusão: A CVV prejudica a saúde da mulher, doença que pode ser decorrente de um desequilíbrio na imunidade gerado por um estilo de vida

acelerado e pelo alto consumo de industrializados. A alimentação rica em nutrientes, enfatizando os alimentos in natura, beneficia a flora intestinal e aumenta a atividade imunológica, ajudando no tratamento e na redução dos sintomas da candidíase.

Palavras-chave: Saúde da Mulher, Candidiase genital, Dieta ocidental, Disbiose

Capítulo 8



10.37423/230808106

PERFIL NUTRICIONAL DE PACIENTES ADMITIDOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA COVID-19 DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO.

elissa maria do nascimento cardozo

Universidade Federal do Ceará

Maria clara bandeira da Silva

Faculdade santo agostinho

Francisca Taynára Brito de Sousa

Faculdade Adventista da Bahia

Débora Oliveira Severiano

Universidade de Fortaleza

Maria Rita Barbosa da Silva

Faculdade UNINASSAU

Amanda de Andrade Santos Freire

Universidade Nove de Julho

Marcela Nascimento Cordeiro

Universidade De Fortaleza

Luiza Poggio de Andrade

Universidade de São Paulo

Gabriela Luna Silva Gadelha

Centro universitário Unifanor Wyden

Objetivo: Caracterizar o estado nutricional através do IMC dos pacientes admitidos na Unidade de Terapia Intensiva de COVID-19 no Hospital Universitário Walter Cantídio. **Metodologia:** Foram coletados os dados de peso, altura e o diagnóstico nutricional obtido através do Índice de Massa Corporal dos prontuários dos pacientes. Foram incluídos todos os pacientes maiores de 18 anos de ambos os sexos, internados entre os meses de Janeiro a Junho de 2021. Foram excluídos da amostra os pacientes com registros incompletos no prontuário. **Resultados:** A amostra foi composta por 70 pacientes, com idade entre 18 e 88 anos de idade, sendo 57% idosos. De acordo com o Índice de Massa Corporal, o excesso de peso foi encontrado em 52% dos indivíduos, sendo que X % eram adultos e Y % eram idosos. A média de IMC foi de 28,29kg/m² (amplitude: 16,48kg/m² a 44,25kg/m²). **Conclusão:** O estudo mostrou que maioria dos indivíduos admitida na UTI estava com excesso de peso pelo IMC. Já foi evidenciado em outras pesquisas que a gravidade da doença COVID-19 está associada ao aumento do IMC. Mais estudos são necessários para determinar se o excesso de peso é um fator de risco para mortalidade em pacientes com infecção por SARS-CoV-2.

Palavras-chave: Estado Nutricional. Covid-19. Unidade de Terapia Intensiva.

Capítulo 9



10.37423/230808107

O CONHECIMENTO DE IDOSOS SOBRE A ALIMENTAÇÃO CARDIOPROTETORA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO DE LITERATURA

elissa maria do nascimento cardozo

Universidade Federal do Ceará

Greyce Kelly Souza Agenor

universidade nove de julho

Fernanda Souza da Paz

Universidade São Judas Tadeu

Aquiles Braga Acioly

Centro Universitário Maurício de Nassau

Ana Paula da Silva Duarte

Centro Universitário Augusto Motta

Andressa Silva Oliveira

Centro Universitário Estacio do Ceará

Mayara Borges de Carvalho Bomfim

Universidade Iguaçu

Débora Oliveira Severiano

Universidade de Fortaleza

Ana Patrícia Ferreira da Silva

centro universitário UNIFAVIP

Bruna Fonseca Doreste

Centro Universitário IBMR

INTRODUÇÃO:

A Alimentação Cardioprotetora (ou Dica Br) foi elaborada com base em recomendações nutricionais de diretrizes brasileiras voltadas ao tratamento e proteção das DCV e seus fatores de risco e está alinhada com as orientações do Guia Alimentar para a População Brasileira. Com isto, a Alimentação Cardioprotetora tem como intuito auxiliar as orientações nutricionais e dietéticas realizadas pelos diferentes profissionais da saúde, especialmente os que estão na Atenção Básica de saúde, procurando facilitar o entendimento e estimular a melhor adesão de suas recomendações. Sendo a Atenção Básica de saúde a porta de entrada dos usuários no Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, com o atendimento inicial da população brasileira e tem apresentado os idosos brasileiros como principais usuários dos serviços do SUS para o tratamento e acompanhamento de sua saúde.

OBJETIVO:

Avaliar como as informações sobre a Alimentação Cardioprotetora podem impactar a alimentação de idosos no SUS com DCV, que utilizam a Atenção Básica como principal serviço de saúde para o tratamento e acompanhamento de sua saúde.

MÉTODO:

Trata-se de uma revisão do tipo narrativa, com buscas em bases de dados do Google Acadêmico e Biblioteca Digital da USP, utilizando descritores como “Alimentação Cardioprotetora”, “idosos”, “Atenção Primária”, “Educação Alimentar e Nutricional”. Sendo incluídos estudos que avaliaram o impacto das informações sobre a Alimentação Cardioprotetora na vida dos idosos com a faixa etária a partir dos 60 anos e usuários do SUS. Os dados utilizados foram de pesquisas dos últimos 15 anos e excluindo trabalhos que não compactuavam com a temática. Apenas trabalhos brasileiros foram utilizados nesta revisão.

RESULTADOS:

Conforme os resultados encontrados, os estudos demonstram que os participantes não possuíam entendimento referente a alimentação cardioprotetora, mas com as intervenções educacionais referente ao tema obtiveram um aumento significativo de seus conhecimentos e demonstraram interesse para se informar mais sobre os alimentos que possuem função cardioprotetora e como podem implementar essa alimentação em sua rotina para uma maior promoção de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Nota-se, que as atividades educativas conduzidas para a maior consciência dos idosos referente a Alimentação Cardioprotetora repercutiu com o ganho de conhecimento sobre o tema que impactará os futuros hábitos alimentares dos idosos.

Palavras-chave: Alimentação saudável; Atenção Primária em Saúde; Cardioprotetora; Educação Alimentar e Nutricional; Idosos;

REFERÊNCIAS

TORREGLOSA, Camila Ragne. Padrões alimentares e fatores de risco em indivíduos com doença cardiovascular. 2014. Dissertação (Mestrado em Nutrição Humana Aplicada) - Nutrição Humana Aplicada, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014. doi:10.11606/D.89.2014.tde-23022015-162319. Acesso em: 2023-05-12.

MoriR. M. S. C.; et al. Conhecimentos de idosos sobre alimentação cardioprotetora antes e após intervenção educativa. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 13, n. 10, p. e8734, 1 out. 2021.

LimaM. R. S.; et al. Dieta Cardioprotetora como ferramenta de promoção da saúde para idosos na atenção primária à saúde. Revista Interdisciplinar, v. 14, n. 1, 2021.

PENIDO, Alexandre. Estudo aponta que 75% dos idosos usam apenas o SUS. Portal FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 04 de novembro de 2010. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/estudo-aponta-que-75-dos-idosos-usam-apenas-o-sus>>. Acesso em: 12 de maio de 2023.

COSTA, Rosana Perim; et al. Doenças Cardiovasculares. In: Lilian Cuppari. Nutrição Clínica no Adulto. 4. Ed. Barueri: Manole, 2018. p. 360-392.

Capítulo 10



10.37423/230808109

A EDUCAÇÃO NA SAÚDE E O IMPACTO NOS INDICADORES ASSISTENCIAIS NA ÁREA HOSPITALAR

Joseane Stahl Silveira

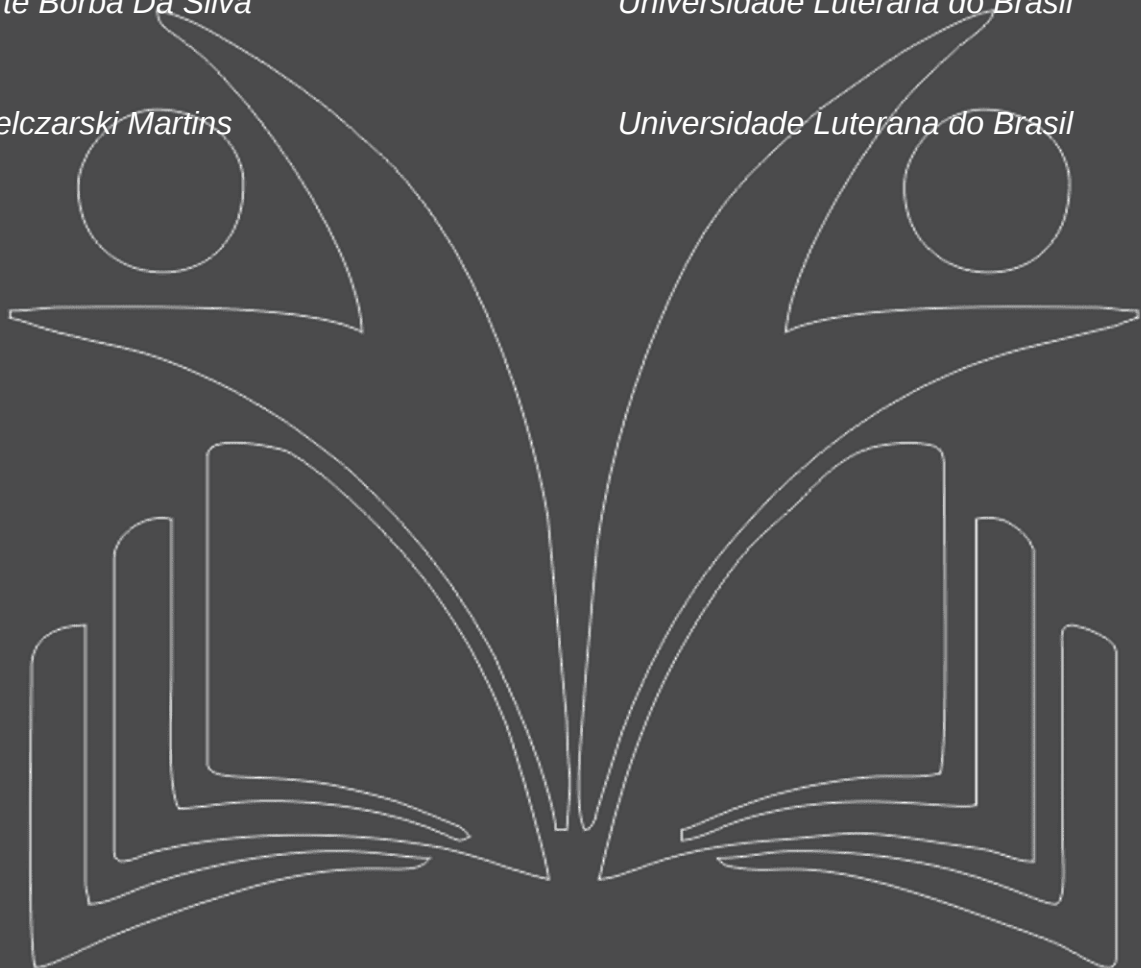
Universidade Luterana do Brasil

Lyana Duarte Borba Da Silva

Universidade Luterana do Brasil

Roberta Mielczarski Martins

Universidade Luterana do Brasil



Resumo: Introdução: As infecções hospitalares constituem grave problema de saúde pública mundial. Objetivo: O objetivo deste estudo foi o de verificar de que forma a Educação Permanente em Saúde pode contribuir para a diminuição dos indicadores de infecção primária relacionada ao cateter venoso central em um hospital público e universitário da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Método: Foram empregados dados referentes aos indicadores de infecção primária relacionada ao cateter venoso central e às ações de educação com o mesmo tema, de informações dos Relatórios de Indicadores de Infecção Hospitalar, dos Relatórios de Gestão e Administração e das *Querys* (banco de dados) de capacitação, relativas aos anos de 2014 a 2017. Resultados: Os resultados mostram que o indicador de infecção primária apresentou redução de 4,21 para 3,0 infecções por 1000 procedimentos-dia, de 2014 a 2017. As ações educativas relacionadas ao emprego de cateter venoso central aumentaram no período, como houve um aumento nas capacitações realizadas, no número de participantes e participações nas atividades (quatro vezes mais) em 2017. Houve também um público alvo mais abrangente, em que a enfermagem representou 38% dos profissionais capacitados, seguida pelos médicos (31%) e técnicos em enfermagem (25%). Conclusão: As capacitações realizadas, juntamente com as outras ações, auxiliaram na redução dos indicadores de infecção por cateter venoso central.

Palavras-chave: Educação na Saúde. Infecção Hospitalar. Gestão em Saúde.

INTRODUÇÃO

Vários são os entraves atuais do sistema de saúde brasileiro, em suas diversas instâncias. A área hospitalar é constantemente desafiada pelas infecções hospitalares, que constituem um grave problema de saúde pública mundial, aumentando a mortalidade entre os pacientes e elevando os custos hospitalares. A história da ocorrência das infecções hospitalares, seu conceito e práticas de prevenção e controle mantêm uma relação estreita com a própria história da atenção à saúde (SANTOS et al., 2005).

A redução das taxas de infecção hospitalar é sempre uma meta a ser atingida. É um dos fatores prioritários para promover a segurança do paciente e da avaliação da qualidade assistencial. A análise de seus indicadores é necessária a fim de se buscar medidas de controle em tempo hábil a ser tomado, tanto pelas instituições, quanto pelos órgãos orientadores (FERNANDES et al., 2014).

Dentre as causas mais frequentes de infecção hospitalar estão as infecções primárias de corrente sanguínea (IPCS). Estima-se que cerca de 60% sejam associadas a algum dispositivo intravascular. A IPCS associa-se a um aumento na taxa de mortalidade, a um maior tempo de internação e a incrementos de custos relacionados à saúde (BRASIL, 2016a). Assim, o uso do cateter venoso central (CVC) de curta permanência é apontado como um dos fatores de risco mais importantes e conhecidos para as IPCS, que estão entre as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) mais frequentes (OLIVEIRA et al., 2016).

A Política de Educação Permanente em Saúde preconiza a capacitação dos profissionais a partir da realidade em que estão inseridos e prioriza a transformação desta realidade. Porém, para efetivar a educação permanente em saúde, é preciso analisar seus resultados junto ao processo de assistência ao paciente. Santos (2005) aborda que a incorporação de ações de prevenção e controle de infecções hospitalares ocorreu de forma heterogênea entre os hospitais estudados. Tendo como as ações mais presentes a nomeação de Comissões de Controle de Infecções Hospitalares (CCIHs - 76% dos hospitais) e o monitoramento das infecções hospitalares (IHs - 77% dos hospitais). As ações mais complexas foram menos presentes nas respostas, como por exemplo: o desenvolvimento de programas de controle de infecções (49%), treinamentos específicos em controle de infecções (44%) e adoção de medidas de contenção de surtos (33%).

É necessário também avaliar os resultados da educação em saúde. Uma vez que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde supõe a integração entre ensino e serviço, entre a formação e a

gestão setorial e, entre o desenvolvimento institucional e o controle social; as suas diretrizes e princípios devem embasar a apresentação e a validação de projetos, o acompanhamento da execução de cada implementação e o exercício da avaliação e de acreditação (BRASIL, 2018).

Porém, avaliar os resultados de uma intervenção educativa não é uma tarefa fácil, pois, para serem relevantes, os indicadores devem ter alguns critérios como: representar os aspectos importantes da saúde pública ou do desempenho do sistema de saúde; ser relevante para a política e para a prática dos serviços assim, podendo levar a melhoria da situação de saúde, refletindo os resultados de ações, sendo possível identificar o resultado final na assistência (MEDINA et al., 2005).

Por isso, há a necessidade de se demonstrar os resultados em um processo educativo em saúde e analisar se houve uma contribuição da educação na melhoria dos indicadores assistenciais. O conteúdo a ser estudado deve ser gerado a partir das dúvidas e necessidades de conhecimentos, das situações vivenciadas pelos próprios trabalhadores/profissionais, com a intenção de promover mudanças na formação e desenvolvimento destes, articulando as esferas da gestão, os serviços de saúde, as instituições de ensino e os órgãos de controle social (SILVA et al., 2015).

Nesse contexto, para auxiliar na redução da infecção hospitalar, é possível utilizar a Política de Educação Permanente em Saúde como potencializadora na disseminação do conhecimento e da qualificação dos colaboradores, intervindo, assim, de forma positiva na realidade do serviço e na melhoria do processo assistencial. Então, esse projeto de pesquisa respondeu a seguinte questão: De que forma a educação em saúde pode contribuir para a melhoria dos processos assistenciais de saúde, nesse caso, para a diminuição de infecção primária relacionada ao cateter venoso central?

2 JUSTIFICATIVA

A Política de Educação Permanente em Saúde é preconizada pelo Ministério da Saúde como diretriz norteadora da educação em saúde para os trabalhadores do Sistema único de Saúde (SUS). Ela tem por objetivo problematizar a gestão do trabalho dos profissionais de saúde, contribuindo na melhoria dos processos de trabalho e visa orientar a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores, nestas novas perspectivas. Sua proposta pedagógica se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais (FERRAZ, 2013).

Conforme Signor et al. (2015), a obtenção de resultados na atenção à saúde depende da organização do processo de trabalho: “na qual necessita ser levado em consideração o trinômio atenção-educação-gestão, que se desenvolve intrinsecamente, ou seja, assiste-se educando e educa-se assistindo e,

correlatamente faz-se a gestão”. Ele também afirma que “a educação permanente seja uma das possibilidades para produzir transformações nas práticas e nos processos de trabalho, fortalecendo a reflexão na ação, o trabalho em equipe e a capacidade de gestão e avaliação dos processos de trabalho”. E completa informando que a Educação Permanente em Saúde contribui para a formação e, conseqüentemente, para o fortalecimento do SUS, com o contínuo desenvolvimento dos trabalhadores e das instituições de saúde, assim como na gestão dos sistemas e, de forma complementar, potencializa as políticas de saúde.

Para verificar a contribuição da educação na redução dos indicadores de infecção primária relacionada ao cateter venoso central, foram analisados os dados relativos aos indicadores de infecção de um hospital universitário do Rio Grande do Sul. Em 2014, a meta de infecção primária de corrente sanguínea relacionada ao cateter venoso central deste hospital era de $\leq 2,0$ infecções / 1000 procedimentos-dia, onde o indicador observado foi de 4,21 infecções. Já em 2015, a meta estipulada foi de $\leq 3,5$ infecções / 1000 procedimentos-dia, alcançando o resultado de 3,2 infecções. Porém, em 2016 a meta estipulada foi $\leq 3,0$ infecções por 1000 procedimentos-dia, chegando ao final do ano novamente com um aumento no indicador, que foi o de 3,32 infecções por 1000 procedimentos-dia. A partir disso, foram estabelecidas diversas ações a fim de melhorar o resultado para o ano de 2017, através de ações educativas e outras ações conjuntas. Para 2017, a meta foi mantida, alcançando-se o resultado esperado, o menor desde o ano de 2014.

Assim, foram verificadas as informações de documentos e relatórios da instituição, tais como: Procedimentos Operacionais Padrão, que definem e norteiam os processos de trabalho; o Relatório dos Indicadores de Infecção Hospitalar, que acompanha mensalmente os resultados através dos indicadores das principais infecções por topografia; o Relatório de Gestão e Administração anual, que relata os processos de trabalho e traz os resultados de todos os indicadores anuais, especificando as ações realizadas e os resultados alcançados.

Para avaliar a contribuição das capacitações realizadas, foram gerados relatórios do sistema informatizado de treinamento e desenvolvimento do hospital, nos quais foram verificadas as quantidades de capacitações realizadas com o tema de: Cateteres Venosos Centrais. Assim como foram verificados o número de participantes e as datas da realização da capacitação, permitindo se fazer um comparativo com os indicadores de resultados de infecção primária relacionada ao cateter venoso central.

Para Oliveira et al. (2016), a educação em saúde é citada, mas não há evidências de sua real contribuição neste processo assistencial. Ele afirma que é necessário realizar mais estudos que abordem o resultado da adesão da equipe multiprofissional às boas práticas na prevenção de infecções e como isso pode contribuir na melhoria dos resultados assistenciais obtidos. 6

3 REFERENCIAL TEÓRICO

A seguir são apresentados temas como: educação em saúde, infecção hospitalar e os processos de trabalho em saúde. Sobre a educação em saúde, mostra-se a evolução histórica - da educação organizacional até a educação em saúde e a sua importância. A Política de Educação Permanente em Saúde, sua trajetória junto ao SUS e sua proposta metodológica como transformadora das práticas assistenciais. Também, a infecção hospitalar e o seu impacto na gestão em saúde e os seus indicadores. Após, abordou-se a infecção relacionada ao uso do cateter venoso central, as características e dados sobre a utilização e os riscos ao paciente. Por último, as mudanças nos processos de trabalho em saúde.

3.1 AÇÕES EDUCATIVAS EM SAÚDE

Acredita-se que a educação seja uma prática aplicada desde os tempos primitivos, quando os jovens aprendiam por imitação. É possível que a educação “intencional” tenha surgido em países orientais, mas em outras partes do mundo o modelo de educação organizada também já tinha sido iniciado, como no Egito, onde as crianças aprendiam a ler a partir dos seis anos, chegando até o ensino mais complexo de matemática e astronomia. Na Atenas clássica, Platão oferecia educação em espaços abertos, e o mundo era o verdadeiro laboratório para teorias e práticas simultâneas (FARIAS; MARTIN; CRISTO, 2015).

No Brasil, semelhante a outras regiões do mundo, surgiram as primeiras escolas sob a forma de instituições mantidas pela igreja católica. Nesse período, o país teve a influência e a regência dos jesuítas (1549 a 1759), mas, com a adesão das ideias iluministas - segundo a estratégia do despotismo esclarecido, surgiram as primeiras escolas públicas na Reforma Pombalina (1759 a 1827), que foi a primeira tentativa de organizar a escola pelo poder imperial (FARIAS; MARTIN; CRISTO, 2015). Em 1910, Flexner questionou a qualidade do ensino e elaborou uma nova proposta de formação médica – não completamente nova, uma vez que um modelo semelhante já era aplicado na Alemanha. Ele propôs a divisão da formação em ciclos básico e clínico, deixando a universidade com a

responsabilidade pelo primeiro e, os hospitais com o papel de proporcionar toda a formação clínica, nos Estados Unidos (FARIAS; MARTIN; CRISTO, 2015).

Na educação em saúde, seus conceitos e propósitos adaptaram-se conforme as mudanças de paradigma que ocorreram no setor e foram também influenciados pelas transformações ocorridas nos processos pedagógicos da educação escolar de maneira geral (MACIEL, 2009).

A educação do século XX é o resultado de uma evolução que passou por diversos pensadores – desde as ideias de aprendizagem pelo condicionamento de Montessori, à aprendizagem por experiência de Frenet, chegando a Piaget, Vygotsky e, no século XX, a aprendizagem significativa de David Ausubel; a crítica ao modelo de educação bancária, de Paulo Freire e o construtivismo do francês Michael Foucault - que discute os modelos de ensino e expressa a necessidade da autonomia do estudante (FARIAS; MARTIN; CRISTO, 2015).

A capacitação é uma das estratégias mais usadas para enfrentar os problemas de desenvolvimento dos serviços de saúde. Grande parte do esforço para alcançar a aprendizagem ocorre por meio da capacitação, isto é, de ações intencionais e planejadas que têm como missão fortalecer conhecimentos, habilidades, atitudes e práticas que a dinâmica das organizações não oferece por outros meios ou, pelo menos em escala suficiente (BRASIL, 2018).

Na prática dos serviços, o uso dos termos: educação e saúde, educação para a saúde, educação popular em saúde, educação sanitária, educação permanente e educação continuada têm sido utilizados de forma indistinta pelos profissionais (FALKENBERG et al, 2014).

O Ministério da Saúde, citando Falkenberg et al. (2014), define educação em saúde como:

Processo educativo de construção de conhecimento em saúde que visa à apropriação temática pela população [...]. Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores, a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com as suas necessidades.

E, a Educação na Saúde consiste na produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular (BRASIL apud FALKENBERG et al., 2014).

As ações educativas em saúde passam a ser definidas como um processo que objetiva capacitar indivíduos ou grupos, para contribuir na melhoria das condições de vida e saúde da população, devendo ainda estimular a reflexão crítica das causas dos seus problemas, bem como das ações necessárias para sua resolução (KWAMOTO apud MACIEL, 2009).

Conforme Falkenberg et al. (2014) há duas modalidades de educação no trabalho em saúde: a educação continuada e a educação permanente.

No modelo convencional de educação continuada, geralmente, o trabalho é compreendido como aplicação do conhecimento teórico especializado e é possível encontrar elementos para avaliar que, o grande investimento na capacitação de recursos humanos, não tem se traduzido em mudanças na prestação de serviços de saúde (MANCIA; CABRAL; KOERICH, 2004).

Na Educação Permanente em Saúde, a necessidade de conhecimento e a organização de demandas educativas são geradas no processo de trabalho, apontando caminhos e fornecendo pistas ao processo de formação. Sob este enfoque, o trabalho não é concebido como uma aplicação do conhecimento, mas entendido em seu contexto sócio organizacional e, resultante da própria cultura do trabalho (MANCIA; CABRAL; KOERICH, 2004).

Além da ação educacional propriamente dita, portanto, espera-se que os componentes da capacitação sejam parte essencial da estratégia de mudança institucional. Entretanto, poucas vezes se instala uma estratégia global e sustentável que dê lugar à conquista progressiva e sistemática desses propósitos. A partir desses estudos e análises, é possível levantar três questões principais, associadas à capacitação e à educação permanente do pessoal de saúde, neste primeiro esboço do problema (BRASIL, 2009):

- Nem toda a ação de capacitação implica um processo de educação permanente. Embora toda capacitação vise à melhoria do desempenho do pessoal, nem todas estas ações representam parte substantiva de uma estratégia de mudança institucional, orientação essencial nos processos de educação permanente;
- A educação permanente, como estratégia sistemática e global, pode abranger em seu processo diversas ações específicas de capacitação e não o inverso. No âmbito de uma estratégia sustentável maior, pode ter um começo e um fim e, ser dirigida a grupos específicos de trabalhadores, desde que esteja articulada a estratégia geral de mudança institucional;
- Todo o processo de educação permanente requer elaboração, desenho e execução, a partir de uma análise estratégica e da cultura institucional dos serviços de saúde em que se insere.

Para o campo da Educação na Saúde, os processos avaliativos são essenciais, uma vez que oferecem as informações sobre o curso de uma ação educativa ou sobre as demandas e as necessidades de revisão dos processos de trabalho nesta área de atuação. Avaliar, ainda em curso, uma ação educativa permite que seus rumos sejam ajustados antes mesmo que esta seja finalizada, atendendo, por vezes, as demandas que não haviam sido identificadas quando se pensou inicialmente o trabalho. Avaliar a

ação após a sua finalização permite também que esta seja aprimorada e que alterações possam ser pensadas para redesenhar futuros trabalhos (JUSTO et al., 2018).

3.1.2 POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A educação por muito tempo se caracterizou pela fragmentação disciplinar e pela separação das áreas de conhecimento, com base em metodologias tradicionais de transmissão de conhecimento em um currículo separado por disciplinas. O ensino em saúde não poderia ser diferente, pois as capacitações são baseadas na transmissão de conhecimentos dentro da lógica do “modelo escolar”, que pressupõe a reunião das pessoas em uma sala de aula, isolando-as do contexto real de trabalho, colocando-as ante um ou vários especialistas experientes, que transmitirão conhecimentos os quais, uma vez incorporados, serão aplicados (BRASIL, 2009).

O serviço em saúde, por muito tempo se caracterizou pela fragmentação - separação por especializações - e na cultura do hospital como o centro do cuidado, baseado nas orientações dadas no relatório Flexner (PAGLIOSA; ROSS, 2008).

A trajetória de estruturação do SUS é acompanhada de perto também pela necessidade de organização da educação em saúde, pois a saúde e a educação caminham juntas, frente às constantes necessidades de atualização e aprendizado na assistência. Ribeiro e Motta (apud Gigante e Campos, 2016), mostram que a preocupação com a educação no setor saúde aparece nas conferências nacionais de saúde desde as suas primeiras formulações, ainda que de maneira vaga e pouco estruturada com relação às questões metodológicas, organizacionais e estratégicas. Na Constituição Federal de 1988, a Política de Educação Permanente em Saúde é oficializada, sendo consolidada em 2004, com a portaria 198/2004.

Mais do que apenas a capacitação, a Política de Educação Permanente em Saúde representa uma valorização de seus colaboradores. Conforme Ceccim (2005), as políticas resultam de lutas sociais, da sensibilidade de gestores e da seleção de modos de enfrentar as realidades complexas. A escolha da Educação Permanente em Saúde como ato político de defesa do trabalho no SUS decorreu do desafio para que o setor da saúde correspondesse às necessidades da população, conquistasse a adesão dos trabalhadores, constituísse processos vivos de gestão participativa e transformadora e seduzisse docentes, estudantes e pesquisadores a mais vigorosa implementação do SUS.

Foi e, continua sendo preciso, pensar na necessidade de educação que surge na assistência, para com isso melhorar o processo de trabalho. Por isso que a produção desta política nacional representou o

esforço de cumprir uma das mais nobres metas formuladas pela saúde coletiva no Brasil, de tornar a rede pública de saúde uma rede de ensino - aprendizagem no exercício do trabalho (CECCIM, 2005).

Os principais acontecimentos na implantação e estruturação da Política de Educação Permanente em Saúde são mostrados no quadro abaixo:

Quadro 1 – Evolução Histórica Política de Educação Permanente em Saúde

Política de Educação Permanente em Saúde	
VIII Conferência Nacional de Saúde	Realizada em 1986 é considerada um marco na reformulação da Política Nacional de Saúde brasileira, quando foi sugerida a adoção dos princípios de capacitação e reciclagem permanente de recursos humanos e formação de profissionais de saúde integrada ao sistema regionalizado e hierarquizado de atenção à saúde.
Constituição Federal de 1988	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, surgiu a partir do artigo 200, em seu inciso III, com o SUS responsável pela formação na área da Saúde. Com isso a educação na saúde passa também a ser atribuição do sistema
Lei federal 8.080	Publicada em 1990, complementando e regulando as ações e serviços de saúde, sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços, explicita a ação educacional como atribuição dos órgãos de gestão do SUS em diversos artigos.
IX Conferência Nacional de Saúde	Realizada em 1992, recomenda que, para a implementação do SUS, os gestores devam assegurar uma política de formação e capacitação de recursos humanos articulada com órgãos formadores, garantir escolas de formação para os trabalhadores da saúde, destinar recursos orçamentários para desenvolvimento e formação de pessoal, criar núcleos de recursos humanos com atividades administrativas e de desenvolvimento de pessoal, além de manter e ampliar vagas para residência médica e de outros profissionais de saúde. Ressaltam que o desenvolvimento dos trabalhadores deve estar inserido na gestão de recursos humanos de cada esfera de governo, valorizando a educação voltada para o trabalho.
X e a XI Conferência Nacional de Saúde	De 1996 e 2000, avançaram no sentido da instituição de mecanismos de consolidação da política de desenvolvimento e formação de pessoal por meio de estratégias como: reforçar a estreita relação entre processo formativo e processo de trabalho em saúde, de modo a valorizar a formação de profissionais mediante as necessidades concretas de saúde da população; consolidar investimentos financeiros com repasses específicos para essas atividades, inclusive instando as secretarias de Saúde estaduais e municipais a manter técnica e financeiramente escolas de formação, com autonomia e integradas aos respectivos conselhos de saúde, bem como às respectivas secretarias de Educação e às universidades – privilegiadamente as universidades estaduais.
12ª Conferência Nacional de Saúde	Fez-se como política pública de maneira inédita no país, a partir da aprovação pelo plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e legitimação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, apresentada pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges), do Ministério da Saúde (MS), em 2003.
Portaria Nº 198	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.
Portaria Nº 1.996	De 20 de agosto de 2007, define novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, adequando-a às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde.

Fonte: autoria própria (2019).

Percebe-se que ao longo do tempo, a Política de Educação Permanente em Saúde foi se estruturando e se organizando. Ela deveria ser efetivada pelos polos de educação permanente, instância interinstitucional e locorregional com a função de identificar as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores do setor saúde, além de construir estratégias e processos que qualificassem a atenção e a gestão e, fortalecessem o controle social (GIGANTE e CAMPOS, 2016).

A interação entre os segmentos da formação, da atenção, da gestão e do controle social em saúde deveria permitir dignificar as características locais, valorizar as capacidades instaladas, desenvolver as potencialidades existentes em cada realidade, estabelecer a aprendizagem significativa, efetiva e criativa, além da capacidade de crítica, bem como produzir sentidos, autoanálise e autogestão (CECCIM, 2005).

É responsabilidade dos Colegiados de Gestão Regional, com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) elaborar um Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde, coerente com os Planos de Saúde estadual e municipais, referente à educação na saúde. Devem considerar as especificidades regionais, as necessidades de formação e o desenvolvimento para o trabalho e as ações formais de educação na saúde (BRASIL, 2018).

Atualmente, a Política de Educação Permanente em Saúde perpassa todas as esferas da saúde e orienta as atividades que visam uma melhor qualificação dos trabalhadores. Uma política de educação para o SUS envolve não somente o desenvolvimento dos profissionais de saúde que já estão trabalhando no SUS, envolve estudantes, docentes, pesquisadores, gestores de ensino e gestores de informação científico-tecnológica que estão em seus respectivos nichos ocupacionais (CECCIM, 2005).

3.1.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A Educação Permanente em Saúde foi estabelecida como política pela Portaria Nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004, sendo definida como a estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor (BRASIL, 2004b).

Educação Permanente, em suas definições, significa o atendimento às necessidades de formação e qualificação sistemática e continuada dos trabalhadores do SUS. Constitui-se no processo de permanente aquisição de informações pelo trabalhador, de todo e qualquer conhecimento, por meio de escolarização formal ou não formal, de vivências, de experiências laborais e emocionais, no âmbito institucional ou fora dele. Compreende a formação profissional, a qualificação, a requalificação, a especialização, o aperfeiçoamento e a atualização. Tem o objetivo de melhorar e ampliar a capacidade

laboral do trabalhador, em função de suas necessidades individuais, da equipe de trabalho e da instituição em que trabalha, das necessidades dos usuários e da demanda social (BRASIL, 2006).

É a aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. Pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações e é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade, levando em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Além disso, propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e a organização do trabalho (BRASIL, 2006).

O ensino em saúde deve partir das necessidades do mundo do trabalho, sendo de responsabilidade de todos os envolvidos no processo. A aprendizagem deve ir além da capacitação, do treinamento do profissional em determinado procedimento, pensando em sua formação completa e integral, onde se faz necessário substituir a metodologia da transmissão do conhecimento utilizada em diversos cenários para a metodologia da problematização (STROSCHEIN; ZOCCHÉ, 2011).

A educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, e sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços. Propõe-se, portanto, que os processos de qualificação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde e tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e, sejam estruturados a partir da problematização da atuação e da gestão setorial em saúde (BRASIL, 2004b).

A teoria da problematização, pautada na teoria educacional de Paulo Freire, parte da realidade do educando, indo da observação da realidade até a aplicação de melhorias na prática, desenvolvendo o senso crítico e analítico do educando. Orienta que a relação entre o educador e o sujeito da aprendizagem seja horizontal, compartilhada e em comunicação com a vivência do mundo do trabalho. Conforme Stroschein e Zocche (2011), o verbo 'problematizar', no contexto da educação permanente, envolve outros verbos, como: refletir, planejar, analisar, subjetivar, criar, recriar, envolver, inserir, responsabilizar, transversalizar e catalisar. A ação educativa deve acontecer a partir

de problemas encontrados em seu cotidiano de trabalho, pois assim, traz sentido e significado para a aprendizagem. Dessa forma, produz a “aprendizagem significativa”, ou seja: a que promove e produz sentido. Sugere que a transformação das práticas profissionais é sempre baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais dos profissionais em ação na rede de serviços (BRASIL apud ROGEL; ALVES, 2011).

Vários estados apontaram a necessidade de se retomar a reflexão e o debate sobre a implementação da PNEPS e sobre o conceito de EPS, uma vez que consideram não ter havido uma apropriação plena da concepção que fundamenta a Política. Praticamente todos os estados apontaram dificuldades em monitorar e avaliar as ações de EPS, comentando da ausência de indicadores que superem a mera quantificação dos cursos e outras atividades realizadas. Nesse sentido, o DEGES tem desenvolvido ações para apoiar o planejamento das ações de EPS, em todo o Brasil, e na construção coletiva de indicadores para o monitoramento dessas ações. (BRASIL, 2018)

Existem diversas definições sobre o significado da avaliação na literatura que estuda o campo da saúde pública, no entanto pode-se afirmar que em linhas gerais, um processo avaliativo busca estabelecer uma relação causal entre os objetivos previamente definidos e o alcance das metas estipuladas.

Especialmente ao que tange à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que traz na sua base a proposta de problematização dos processos de trabalho, a avaliação torna-se aliada essencial à reflexão crítica dos profissionais sobre suas práticas de assistência e gestão no SUS (JUSTO et al., 2018).

3.1.4 A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E A EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA

A Educação a Distância (EAD) é uma alternativa à educação presencial, democratizando o acesso, independente de espaço físico e temporal. Os primeiros registros de sua utilização foram identificados em 1728, por meio de um curso por correspondência na cidade de Boston, nos Estados Unidos. Foi realizada inicialmente através dos meios de comunicação, tais como: correspondência, rádio, televisão, entre outros. Vem ganhando destaque atualmente com os aportes da tecnologia e da informação (SILVA; MELO; MUYLDER, 2015).

No Brasil, surgiu com a fundação do Instituto Rádio Monitor e do Instituto Universal Brasileiro, em 1939 e 1941, respectivamente, porém, só foi reconhecida como modalidade regular do sistema educacional brasileiro com a Nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, aprovada em 20 de

dezembro de 1996, evidenciando seu crescimento através do aumento do número de cursos regulares oferecidos nesta modalidade (NUNES apud SILVA; MELO; MUYLDER, 2015).

Inicialmente, a EAD era definida como uma modalidade de ensino onde aluno e professor não estão fisicamente presentes em um mesmo ambiente. No entanto, atualmente a palavra que melhor a descreve é a “interação”, pois de acordo com SILVA, MELO e MUYLDER (2015), o avanço das tecnologias de comunicação permite que se fale, inclusive em tempo real, por videoconferências, com pessoas espacialmente separadas, assistindo as aulas de forma síncrona.

As necessidades constantes de atualização e as mudanças cada vez mais rápidas impostas pela globalização fizeram com que a EAD ganhasse espaço não só nos ambientes acadêmicos, mas, também, no mundo corporativo, sendo uma alternativa aos problemas da educação. Uma estratégia de ensino que pode e deve estar inserida nas linhas de força que permeiam o debate em torno dos mais graves problemas educacionais brasileiros (ALVES apud TORREZ, 2005).

O universo do trabalho em saúde não difere dos demais setores da sociedade. Assim, a utilização do ensino em EAD deve ser pensada dentro da proposta de Educação Permanente em Saúde, para produzir uma aprendizagem significativa. A Educação Permanente pode ser realizada através da educação à distância oferecendo a oportunidade para a produção do diálogo e a cooperação entre os profissionais dos serviços, da atenção, de formação e do controle social (OLIVEIRA, 2007).

É necessário que a escolha por essa modalidade seja avaliada por educadores e discentes, bem como o objetivo pedagógico - sujeito, tipo de aprendizagem, interação, experiência que se queira promover ou vivenciar. Tal escolha implica na avaliação crítica dos benefícios para a aprendizagem, o que supõe a reorientação da oferta comumente encontrada, de forma ‘avulsa’ e descolada de um projeto ou de uma política que a norteie (TORREZ, 2005).

A educação permanente é uma necessidade premente para os profissionais da saúde, para que eles desenvolvam uma postura crítica, autoavaliativa, autoformadora e autogestora de seu aprendizado. Essas características vão ao encontro do perfil de aluno ideal para Educação a Distância (OLIVEIRA apud FERRAZ, 2013).

A EAD possibilita esta autogestão do aprendizado, tornando o aluno independente e responsável por sua aprendizagem, característica também da utilização das metodologias ativas de aprendizagem. Então, se as metodologias ativas estão alicerçadas em um princípio teórico significativo, como a

autonomia - algo explícito na invocação de Paulo Freire - a educação contemporânea deve pressupor um discente capaz de auto gerenciar ou autogovernar seu processo de formação (MITRE, 2008).

A própria portaria do MS que estabelece a Política de Educação Permanente aponta a necessidade de incluir nesta os aportes da EAD, aproximando o conhecimento elaborado às práticas das equipes, alimentando suas contribuições no caminho de um progresso construtivo e inclusivo. Para isso, faz-se necessário o fortalecimento dos modelos educativos à distância privilegiando a problematização e integrando-os ao desenvolvimento de projetos de educação permanente em serviço (FERRAZ, 2013).

A EAD está sendo comprovada como uma modalidade de educação eficaz, possibilitando atendimento e qualidade, acesso à aprendizagem, constituindo uma forma de democratização do saber. Deve o profissional de saúde conseguir aplicar esse método facilitador de ensino continuado nas instituições, compreendendo ser essa uma metodologia que vem atender às exigências do mundo contemporâneo, onde o uso de vários meios para a produção de conhecimento permite que se escolha como, quando e onde aprender (OLIVEIRA, 2007).

Ou seja, a EAD pode ser um grande aliado da Educação Permanente em Saúde, unida a outras ações educativas e, sem deixar de lado a presencialidade e outras metodologias de aprendizagem. Trata-se, portanto, de potencializar a Educação Permanente com os aportes tecnológicos da EAD, como indica Davini (2009). Para isso, faz-se necessário o fortalecimento dos modelos educativos a distância, privilegiando a problematização e integrando-os ao desenvolvimento de projetos de Educação Permanente em Saúde.

3.2 INFECÇÃO HOSPITALAR

Infecção Hospitalar (IH) é a infecção adquirida durante a hospitalização e, que não estava presente e/ou em período de incubação por ocasião da admissão do paciente. São diagnosticadas, em geral, a partir de 48 horas após a internação. As infecções hospitalares são consideradas as principais causas de morbidade e de mortalidade, além de aumentarem o tempo de hospitalização do paciente, elevando o custo do tratamento (BRASL, 2004a).

A IH pode ser atribuída às condições próprias do paciente, como a dificuldade em conviver com as bactérias que lhe colonizam a pele e as mucosas e podem decorrer de falhas no processo de assistência. O que eleva o risco de aquisição de infecções para os pacientes são: falhas no processo de esterilização, falhas no preparo de medicações parenterais, falhas na execução de procedimentos invasivos etc. (BRASL, 2004a).

No Brasil, a magnitude do problema das infecções relacionadas à atenção à saúde não é completamente conhecida, mas diversos pesquisadores brasileiros têm evidenciado o grande impacto dessas infecções no sistema hospitalar do país. Estudos sobre o aumento na mortalidade e na morbidade dos pacientes, relacionadas às IHS, em hospitais universitários e outros de referência regional, têm sido publicados, mensurando os custos diretos e os impactos sociais diversos, como aqueles decorrentes do sofrimento de pacientes e familiares (SANTOS et al., 2005).

As infecções representam maior morbimortalidade, internações mais prolongadas e de maior custo, maiores taxas de reinternação, assim como maior tempo de uso de fármacos anti-infecciosos durante e após a alta hospitalar; além de serem responsáveis pela manutenção do risco de disseminação de micro-organismos resistentes aos antimicrobianos. Podem contribuir com 15 a 50% dos óbitos intra-hospitalares (DALTOÉ et al., 2014). No Brasil, diversas leis e portarias significaram avanços importantes sobre esse tema.

Quadro 2 – Leis e Portarias Referentes ao Controle de Infecção Hospitalar

Controle de Infecção Hospitalar	
Decreto do Ministério da Saúde N° 77.052 de 19 de janeiro de 1976.	Artigo 2º, Item IV: determinou que nenhuma instituição hospitalar pode funcionar no plano administrativo se não dispuser de meios de proteção capazes de evitar efeitos nocivos à saúde dos agentes, pacientes e circunstantes. Fundamenta legalmente a experiência pelo Ministério da Saúde de instruções e normatizações sobre o Controle de Infecção Hospitalar
Portaria 196 de 24 de junho DE 1983	Todos os hospitais do país deverão manter Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) independente de entidade mantenedora traçando diretrizes para tal e definindo suas atribuições.
Lei Federal N° 9431 de 6 de janeiro de 1997	Os hospitais ficaram obrigados a constituírem um programa de CIH, e para isto, foram orientados a criarem comissões. A responsabilidade administrativa - perante o Estado - será suportada pelo hospital, enquanto a responsabilidade civil - perante as partes – poderá ser cobrada do hospital ou diretamente dos profissionais responsabilizados pelo ato gerador.
Portaria N° 930 de 27 de agosto de 1992	Revogou a Portaria N° 196 expedindo normas para o CIH.
Portaria N° 2616 de 13 de maio de 1998	Revogou a Portaria N° 930. É composta de 5 anexos que tratam de da organização e competências da CCIH e do PCIH do conceito e critérios diagnósticos das infecções hospitalares, das orientações sobre a vigilância epidemiológica das infecções e seus indicadores e sobre as recomendações da lavagem de mãos e outros temas.
Lei nº 9782 de 26 de janeiro de 1999	Criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Neste mesmo ano o Programa Nacional de Controle de Infecção Hospitalar passou a ser de responsabilidade da ANVISA.

Fonte: autoria própria (2019).

Apesar de sua reconhecida importância e das exigências legais e normativas, acredita-se que o sistema de saúde não tenha conseguido incorporar as ações de prevenção e controle das IHS de forma homogênea, dentro do modelo das Comissões e de um programa específico para este fim. Vários autores apresentam realidades locais e regionais, constatando que a grande parte dos hospitais estudados não conta com CCIHs instituídas dentro da norma vigente e, poucos possuem comissões atuantes, com capacidade de desenvolver programas, que resultem na redução dos riscos para o desenvolvimento de IHS (SANTOS et al., 2005).

Há um consenso claro dos especialistas na área quanto à necessidade de tomada de ações estratégicas para a redução das IRAS. Ponderando que lições foram aprendidas em função de recentes sucessos, alguns autores propõem que a eliminação de IRAS irá depender de quatro pilares estratégicos de ações:

- 1) promover a adesão a práticas baseadas em evidência, educando, implementando e realizando investimentos;
- 2) aumentar a sustentabilidade - por meio de alinhamento de incentivos financeiros e reinvestimento em estratégias que demonstrarem sucesso;
- 3) preencher as lacunas de conhecimento para responder a ameaças emergentes por meio de pesquisas básicas, epidemiológicas e translacionais e;
- 4) coletar dados para direcionar esforços de prevenção e mensurar os progressos (BRASIL, 2016A).

3.2.1 INDICADORES DE INFECÇÃO HOSPITALAR

A Infecção Hospitalar (IH) é um importante problema de saúde que afeta cerca de 1,5 milhão de pessoas anualmente em todo o mundo. Em termos de incidência, estima-se que, a cada 100 pacientes hospitalizados em países em desenvolvimento, dez serão acometidos por IH, ocasionando problemas éticos, jurídicos e sociais, além de prolongamento do tempo de internação, aumento de custos relacionados à internação e em casos mais graves acarretando óbitos (GIROTI et al., 2018).

A taxa de infecção hospitalar é um dos fatores prioritários para promover a segurança do paciente e a avaliação da qualidade assistencial. A análise de seus indicadores é necessária, a fim de se buscar medidas de controle em tempo hábil a ser tomado, tanto pelas instituições, quanto pelos órgãos orientadores. É fundamental para avaliar o risco dos serviços de saúde e, dessa maneira prevenir e

intervir sobre os eventos potencialmente infecciosos e sobre a segurança ao paciente (FERNANDES et al., 2014).

Por isso, é muito importante conhecer e divulgar os indicadores. Pesquisas mostram que, quando os estabelecimentos de assistência à saúde e suas equipes conhecem a magnitude do problema das infecções e passam a aderir aos programas para prevenção e controle, uma redução de até 70% pode ocorrer para algumas das Infecções relacionadas à Assistência à Saúde. Cita-se, como exemplo, as infecções da corrente sanguínea. Aproximadamente de 20% a 30% das infecções são consideradas preveníveis através de programas de controle e higiene intensivos, segundo o *European Centre for Disease Prevention and Control* (BRASIL, 2017a).

Porém, o monitoramento das infecções também é realizado, muitas vezes, de forma inadequada. O uso de indicadores globais de infecção, sem ajustes para a gravidade dos pacientes atendidos ou para o tempo de exposição, impossibilita a comparação intra e interinstitucional, assim como a identificação de fatores de risco específicos para a realidade local. Além disso, a dedicação da CCIH a atividades de monitoramento global de infecções demanda muito tempo da equipe e desvia o foco de atuação em detrimento das ações de prevenção e controle (SANTOS et al., 2005).

Um estudo da Organização Mundial de Saúde (OMS) tem demonstrado que a maior prevalência de infecções ocorre em unidades de terapia intensiva, em enfermarias cirúrgicas e alas de ortopedia. Sendo que as infecções de sítio cirúrgico, infecções do trato urinário e infecções do trato respiratório inferior são as que mais ocorrem (BRASIL, 2017a).

Historicamente, a partir de 2010 as notificações dos indicadores de infecção de corrente sanguínea (IPCS) em pacientes em uso de cateter venoso central (CVC) passou a ser obrigatória para todos os estabelecimentos de saúde, públicos e privados, com unidades de terapias intensivas (UTI) - neonatal, pediátrica e adulto; que totalizem ou, isoladamente possuam 10 (dez) ou mais leitos. A partir de janeiro de 2014, todos os serviços de saúde com qualquer número de leitos de UTI passaram a ter que notificar mensalmente, obrigatoriamente, à ANVISA, seus dados sobre IPCS relacionadas ao uso de CVC em UTI e os marcadores de resistência microbianos relacionados a estas infecções, além de notificar as Infecções de Sítio Cirúrgico (ISC) relacionadas ao parto cirúrgico por cesariana. Foram incluídos, além dos indicadores já existentes, os indicadores de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV) e de Infecção do trato urinário (ITU), associadas à sonda vesical de demora (BRASIL, 2017a).

Nos Estados Unidos da América (EUA), a mortalidade atribuível às infecções da corrente sanguínea relacionadas a cateteres centrais geralmente ultrapassa os 10%, podendo chegar a 25% em pacientes de maior risco. Dados de corte do *International Nosocomial Infection Control Consortium* (INICC), que inclui 43 países em desenvolvimento, apontam para uma mortalidade de cerca de 17%. No Brasil, o estudo *Brazilian SCOPE (Surveillance and Control of Pathogens of Epidemiological Importance)* encontrou 40% de taxa de mortalidade entre pacientes com ICS (BRASIL, 2017b).

A perda de recursos também é considerável. Nos EUA, o custo adicional por evento pode chegar a US\$ 39.000. No Brasil, ainda há poucos estudos que avaliem o impacto econômico destas infecções. No entanto, dados preliminares sugerem que ele varie entre US\$ 7.906 a US\$ 89.866 por episódio (BRASIL, 2017b).

No Brasil, dados de 2014 publicados pela ANVISA referentes às UTIs de 1.692 hospitais evidenciaram a densidade de incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea Laboratorial (IPCSL) em UTI adulto, como sendo de 5,1 infecções a cada 1.000 cateter venoso central (CVC)-dia. Em pacientes pediátricos, essa incidência foi de 5,5 infecções a cada 1.000 CVC-dia. Na UTI Neonatal, a densidade diminui à medida que o peso do paciente ao nascer aumenta (BRASIL, 2017a).

Embora a notificação compulsória em âmbito nacional se refira a alguns indicadores, destaca-se que a vigilância e o monitoramento de todos os indicadores pelas CCIHs são de suma importância para a redução da incidência das IRAS. Bem como é preciso considerar que a implantação e vigilância desses indicadores apresentarão resultados efetivos apenas quando aliado ao desenvolvimento de um programa de prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência à saúde (BRASIL, 2017a).

3.2.2 INFECÇÃO RELACIONADA AO CATETER VENOSO CENTRAL

O uso de cateter vascular foi introduzido nos hospitais na década de 40, tornando-se essencial para as atividades assistenciais da modernidade. Embora esse dispositivo intravascular permita um acesso rápido à corrente sanguínea, a sua utilização está relacionada a taxas significativas de morbidade, mortalidade e custos hospitalares elevados (MENDONÇA, 2011).

A cateterização venosa central é um procedimento amplamente utilizado em pacientes críticos, os quais demandam assistência à saúde de alta complexidade. O cateter venoso central (CVC) é um sistema intravascular utilizado para fluidoterapia, administração de fármacos, infusão de derivados sanguíneos, nutrição parenteral, monitorização hemodinâmica, terapia renal substitutiva, entre

outros. É um dispositivo que pode permanecer no paciente por vários dias, minimizando o trauma associado às repetidas inserções de um cateter venoso periférico (SANTOS et al., 2014).

Contudo, falhas técnicas vêm sendo executadas com frequência, de forma que foram incorporadas à prática sem nenhuma discussão dos riscos que acompanham esses atos. Estratégias de intervenções para a correção dessas falhas têm sido desafios, refletindo na subestimação dos riscos e aumento das taxas de ICS (MENDONÇA, 2011). Elas estão associadas à elevada taxa de mortalidade, a um maior tempo de internação e, a incrementos nos custos relacionados à assistência. A mortalidade varia entre pacientes, conforme a existência ou não de outros fatores de risco associados, por exemplo, internação em Unidade de Terapia Intensiva, na qual a mortalidade por IPCS pode atingir até 69% (SANTOS et al., 2014).

A avaliação do indicador de IPCS, no Brasil, realizada em 2012, aponta que 62,1% das infecções notificadas em UTIs tiveram confirmação laboratorial, e que o maior índice de confirmação microbiológica (74%) se deu em UTI adulto (OLIVEIRA, 2016).

Um estudo de revisão da literatura realizado por enfermeiros no Brasil sobre as ações de prevenção das IPCS em pacientes que usam o CVC reportou que a incidência daquelas relacionadas ao CVC pode variar de 3,2 a 40,4 casos por 1.000 dias de cateter. A taxa de mortalidade dos pacientes em uso de CVC oscilou entre 6,7% e 75%. Estima-se que cerca de 60% das infecções relacionadas à saúde estejam associadas a algum dispositivo intravascular. Desse modo, esforços para distinguir as taxas de IPCS contribuirão para a segurança dos pacientes e para a qualidade da assistência (SANTOS et al., 2014).

O cuidado com procedimentos que envolvem o acesso vascular deve ser uma prioridade de toda a equipe que assiste o paciente, de modo que uma vigilância eficaz, multi e interdisciplinar, proporcione a prevenção e o controle de possíveis intercorrências. Considerando a complexidade da implantação e manuseio do acesso vascular, é imprescindível a padronização e incorporação na prática de técnicas assépticas rigorosas para a prevenção da infecção (MENDONÇA, 2011).

Por se tratar de um procedimento habitual na UTI, a cateterização de um acesso venoso central necessita que boas práticas assistenciais sejam aplicadas desde sua inserção e manejo, até o momento de sua retirada. O *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), criou um conjunto de intervenções indicadas para pacientes com CVC denominado *Bundle* do Cateter Venoso Central. Essas intervenções, baseadas em evidências científicas, quando implementadas simultaneamente, reduzem efetivamente, as IPCS, são elas: higienização das mãos; uso de precaução de barreira máxima; antisepsia da pele com clorexidina; seleção do melhor local para passagem do CVC, considerando a veia subclávia como

sítio preferencial, evitando a cateterização da veia femoral em adultos; e, revisão diária da necessidade de permanência do CVC, retirando os que não têm mais indicação de uso (OLIVEIRA et al., 2016).

Sabe-se que alguns fatores extrínsecos do paciente, como a não realização correta das técnicas, o descumprimento das normas de proteção ao paciente e a não realização de educação permanente dos profissionais, influenciam diretamente no aumento do risco de desenvolvimento das infecções em instituições de saúde (SANTOS et al., 2014).

A mudança no comportamento humano é o objetivo dos programas educativos sobre cuidados na inserção e manutenção de cateteres. Vários métodos e estratégias educacionais têm sido estudados para reduzir as IPCS. Nos últimos anos, estudos relataram declínio das taxas após a implantação de diferentes estratégias educacionais abordando as recomendações de boas práticas com o cateter (BRASIL, 2017b).

A educação dos profissionais de saúde quanto ao manejo de acessos vasculares, assim como o monitoramento dos cuidados, são partes integrantes de programas de melhoria contínua da assistência e de programas de prevenção e controle de IPCS bem organizados. É preciso proporcionar uma educação que atenda as lacunas de conhecimento teórico e prático, com abordagem em competências como a rápida identificação e resolução de problemas, o pensamento crítico para aplicar o conhecimento, pois estes profissionais atuam como “ponte” - ligação entre os pacientes e, os conhecimentos gerados pela pesquisa científica, as políticas e as práticas para implementar esse conhecimento (BRASIL, 2017b).

3.3 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

O trabalho ocupa um lugar de centralidade na construção do homem moderno, na socialização humana, para a construção do aparelho psíquico e, papel fundamental na elaboração cognitiva, conforme nos diz Vygotsky. O trabalho tem sido tratado como categoria central na compreensão da sociedade e das relações sociais, visto que elas são entendidas como desdobramentos das relações sociais de produção, regidas, em última instância, pelo trabalho humano (FARIA; ARAUJO, 2010).

Para Marx (1975, apud Faria; Araujo, 2010), o trabalho é o motor de todos os processos sociais, a categoria chave na compreensão das relações sociais de produção e também para a compreensão do homem. Ele deixa clara a importância atribuída ao trabalho na história humana, em um trecho perfeitamente condizente com uma leitura materialista da história, ao afirmar que “atuando assim

sobre a natureza externa e modificando-a, o homem ao mesmo tempo transforma sua própria natureza”.

Vale a pena lembrar que a realidade do trabalho nos dias atuais evidencia uma transformação significativa, caracterizada por uma transição entre o modelo taylorista/ fordista – que vigorou entre os anos 1950 e 1970 – no qual a organização do trabalho caracterizava-se pela dominância do trabalho prescrito, com poucas possibilidades de intervenção nos processos produtivos e pouca autonomia por parte dos trabalhadores, para um modelo tecnológico, baseado na intelectualização do trabalho, cujas principais referências são o conhecimento técnico e a qualificação profissional (BRASIL, 2011).

O trabalho em saúde traz algumas peculiaridades que são importantes abordar. Trata-se de um mundo complexo, dinâmico e criativo, no qual o trabalho prescrito e o trabalho real se confrontam cotidianamente. Trabalho prescrito refere-se a tudo aquilo que está posto de antemão (normas, tempo gasto na operação, modo de utilizar ferramentas) e o trabalho real é aquele que acontece efetivamente no cotidiano, longe das condições ideais e idealizadas pelos administradores (FARIA; ARAUJO, 2010).

O trabalho em saúde tem saberes intrínsecos, de domínio de seus trabalhadores. A norma pode estar escrita como em um protocolo ou, simplesmente, se expressar como lógica que atravessa as relações de trabalho. Como o processo de trabalho em saúde, é dependente de trabalho vivo em ato, caracterizando-se como autogovernável, em que os trabalhadores fazem a gestão de si mesmos e do seu trabalho, compondo práticas autogestionárias do trabalho em saúde ou, por outro lado, sofrendo processos de captura por normativas instituídas sobre o seu processo de trabalho. Há, entre os trabalhadores, um fluxo contínuo de saberes e fazeres que se traduzem por atos de fala e práticas no ambiente micro organizacional, compondo cenários relacionais de alta intensidade (FRANCO, 2007).

Além da imprevisibilidade - característica do trabalho em saúde que o torna refratário à prescrição de tarefas padrão- nessa área, a produção se corporifica em um encontro entre pessoas. Desta forma, compreendemos que o trabalho em saúde é inteiramente dependente da relação entre sujeitos, sendo assim, um trabalhador isolado é incapaz de executar as ações em saúde, cuja produção se realiza no espaço partilhado com o usuário (FARIA; ARAUJO, 2010).

Outro aspecto do processo de trabalho em saúde é que ele se desencadeia com base em necessidades. As necessidades são gestadas nas relações sociais, portanto, são diferentes ao longo do tempo. Podemos dizer que os serviços de saúde criam e atendem a necessidades. Os processos de trabalho respondem a finalidades. Na saúde, a finalidade precisa ser apreendida pelo conjunto de

trabalhadores, podendo ser a produção do lucro - se tomarmos saúde como um bem de mercado, ou, pode ser a defesa da vida e da cidadania, se tomarmos saúde como um direito (REIS et al., 2007).

Nessa conjuntura, novas competências são requeridas dos trabalhadores e gestores, o que implica redefinir as formas de recrutar, selecionar, treinar e manter os profissionais em suas respectivas atividades, impondo a criação de instrumentos gerenciais essenciais a essa nova abordagem de gestão de recursos humanos, incidindo, principalmente, na incorporação e remuneração da força de trabalho, com requerimentos crescentes de especialização dos trabalhadores (BRASIL, 2011).

Experiências inovadoras de mudanças em sistemas e serviços de saúde, que têm como base a reorganização do processo de trabalho, têm demonstrado que a ação dos coletivos de trabalhadores em uma nova forma de produção do cuidado, cria nos mesmos um modo novo de significar o mundo do trabalho na saúde. Ao mesmo tempo em que produzem o cuidado, os trabalhadores produzem a si mesmos como sujeitos. Trabalho, ensino e aprendizagem misturam-se nos cenários de produção da saúde como processos de cognição e subjetivação e acontecem simultaneamente como expressão da realidade. Verificamos que, paralela à linha de produção do cuidado, há uma linha de produção pedagógica na estrutura organizacional do SUS (FRANCO, 2007).

Algumas questões se colocam, por exemplo: por que, apesar de todo esforço em educação, na maioria das vezes as práticas assistenciais permanecem as mesmas, estruturadas por um processo de trabalho que opera com base em relações hierárquicas? Os atendimentos continuam sumários e os trabalhadores abrigam-se no seu pequeno espaço de saber-fazer, demonstrando grande dificuldade de interagir e conformar uma prática multiprofissional? Por que persiste, nos serviços de saúde, um processo de trabalho fragmentado, nos moldes tayloristas, com saberes que se isolam uns dos outros, onde há dificuldade de interação entre membros de uma mesma equipe, sobretudo, sob os valores e a cultura de uma clínica que tem, por referência, o velho modelo (flexneriano), que sobrevive aos inúmeros apelos feitos nas diversas estratégias de educação (capacitações, revisões/atualizações, etc.) dos trabalhadores da saúde? (FRANCO, 2007).

É possível destacar, no conjunto de problemas enfrentados pelos gestores nesse campo, questões estratégicas que dizem respeito a: baixa capacidade gerencial; ausência de pessoal qualificado na área de gestão; desconhecimento sobre os princípios e as normas operacionais do SUS; falta de conhecimento de gestores e trabalhadores sobre as bases técnicas e políticas do SUS e pouca oferta de qualificação na área de Saúde Pública e de Gestão de Serviços de Saúde. Os aspectos mencionados podem integrar uma pauta de formação para a gestão pública estratégica como parte do plano de

capacitação na área de gestão. Nesse sentido, a adoção do conceito de educação permanente pode favorecer a criação de uma cultura de gestão pública profissionalizada associada ao desenvolvimento profissional dos quadros que integram a gestão desses processos (BRASIL, 2011).

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.1 TIPOLOGIA DA PESQUISA

Essa pesquisa se caracteriza como quantitativa e descritiva através da coleta e análise de dados secundários de cunho documental.

As pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis. Algumas pesquisas descritivas vão além da simples identificação da existência de relações entre variáveis, e pretendem determinar a natureza dessa relação. Nesse caso, tem-se uma pesquisa descritiva que se aproxima da explicativa (GIL, 2002).

A abordagem quantitativa caracteriza-se pelo emprego da quantificação tanto na coleta de informações, quanto no tratamento dos dados através de recursos matemáticos ou estatísticas. É frequentemente aplicada nos estudos exploratórios, descritivos e analíticos, ou seja, naqueles que procuram descobrir e classificar a relação entre as variáveis, bem como nos que investigam a relação de causalidade entre fenômenos (ANDRADE, 2011).

Neste trabalho analisaram-se os dados e informações sobre as infecções relacionadas ao cateter venoso central e das capacitações realizadas e suas possíveis contribuições na redução desta infecção, entre os anos de 2014 a 2017.

5.1.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Este estudo foi desenvolvido em um hospital público universitário, da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul (RS). É uma instituição pública integrante da rede de hospitais universitários do MEC, onde os macroprocessos finalísticos são a Assistência, o Ensino e a Pesquisa.

Do ponto de vista assistencial, trata-se de um hospital terciário (especializado ou com especialidades, destinado a prestar assistência a usuários em outras especialidades médicas além das básicas), inserido nas redes nacional, estadual e municipal da saúde, articulando-se com estas três esferas para

prover atendimento de excelência à população, especialmente ao SUS, mantendo contrato de prestação de serviços especializados junto aos gestores.

O atendimento nas dependências do Hospital abrange as consultas ambulatoriais, exames diagnósticos, procedimentos terapêuticos, partos, internações e outros tratamentos complexos, como os transplantes, com uma capacidade instalada/operacional de 839 leitos. O Hospital dispõe ainda de uma Unidade Básica de Saúde (UBS).

Nesta pesquisa, a amostra foi composta pelos participantes das capacitações realizadas, sobre a utilização dos cateteres venosos centrais, formada por uma equipe multiprofissional, em sua maioria profissionais da equipe de enfermagem, médicos, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, entre outros.

5.1.3 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Os dados utilizados foram os indicadores de infecção hospitalar de cateter venoso central e as capacitações de cateter realizadas. A fonte dos dados coletados foram os relatórios mensais de indicadores de infecção hospitalar, o relatório de gestão e administração anual da instituição, além dos relatórios de capacitações realizadas dos anos de 2014 a 2017. A coleta foi realizada através da leitura dos referidos relatórios e documentos institucionais e da síntese dos dados pertinentes ao estudo.

Neste trabalho, compararam-se os indicadores de infecções relacionadas ao cateter venoso central e as capacitações realizadas e suas possíveis contribuições na redução desses indicadores de infecção neste hospital. Para isso, foram coletados os dados, identificadas as variáveis e o público-alvo dessas ações, e suas formações e áreas de atuação frente ao processo de assistência envolvido.

O ano de 2014 foi considerado como base ao estudo, pois a partir dele houve uma mudança no indicador de infecção por cateter venoso central, para adequação aos critérios da ANVISA e JCI. 30

5.1.4 MANEJO DOS DADOS

A coleta de dados foi realizada dos Relatórios de Gestão e Administração anuais, que trazem os resultados de todos os indicadores e processos assistenciais de cada ano, especificando as ações realizadas e os resultados alcançados, além dos Relatórios dos Indicadores de Infecção Hospitalar, que apresentam os indicadores das principais infecções por topografia.

As capacitações realizadas na instituição são registradas em sistema informatizado de gestão de pessoas, que alimenta os relatórios de acompanhamento, indicadores e o currículo do servidor.

Para análise das capacitações de cateter venoso central, foram emitidas *Querys* do sistema, relativas às capacitações realizadas entre 2014 e 2017. A *Query* é um processo de extração de informações de um banco de dados e sua apresentação em forma adequada ao uso (HOSTINGER, 2019). A partir da geração das *Querys*, foram aplicados os seguintes filtros para análise e levantamento das capacitações:

- Nome do Evento;
- Tipo de Participação;
- Nome do Ambiente;
- Data Fim;
- Carga Horária;

No campo “Nome do Evento” foram utilizados como filtros as palavras: cateter, infecção, IPCS e PICC. Após o filtro inicial, fez-se a análise do que era referido ao cateter venoso central e outros cateteres, desde que abrangessem o cateter central também.

No tipo de participação, foram considerados somente os registros como participante da capacitação. Os outros tipos de participações, como instrutor, supervisor etc., não foram incluídas, visto que o objeto é o funcionário como educando no processo de ensino / aprendizado.

Para o ambiente de realização, foram selecionadas as participações em capacitações internas, externas e em educação à distância, realizadas por intermédio do hospital.

Quanto ao período para inclusão da capacitação nas análises, foi considerada a data fim do evento, acontecendo em 2014 e 2017 e, a carga horária acima de 0 (zero). A partir disso, então, foram identificadas e avaliadas as capacitações relacionadas ao Cateter Venoso Central nos referidos anos. Para estes dados quantitativos foram organizadas tabelas comparativas, mostrando a evolução dos indicadores de infecção hospitalar e das ações de educação nestes anos.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesse capítulo são mostrados os resultados da pesquisa realizada e a discussão acerca desses.

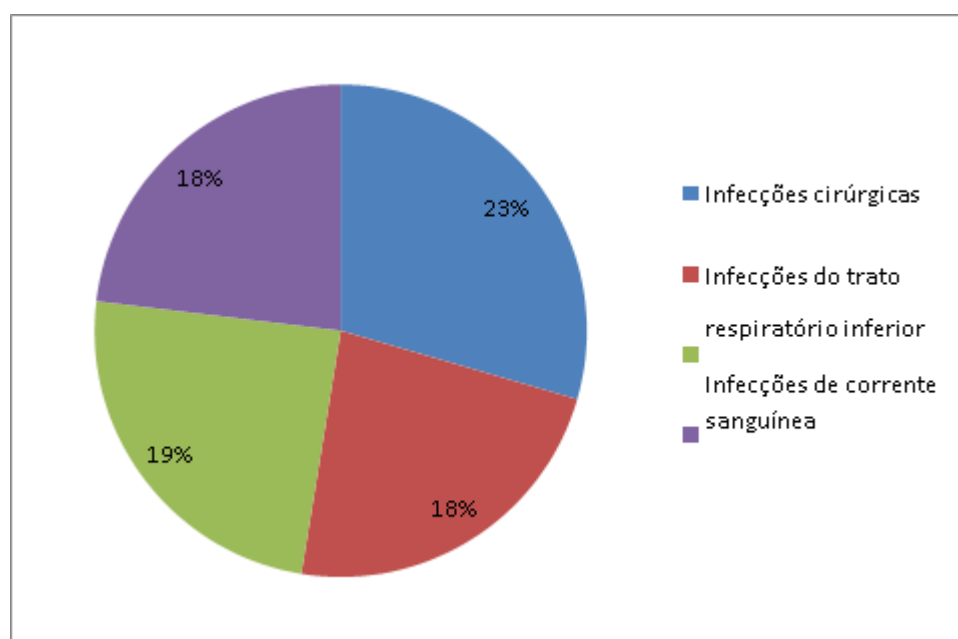
6.1 INDICADORES DE INFECÇÃO PRIMÁRIA RELACIONADA AO CATETER VENOSO CENTRAL

A infecção primária de corrente sanguínea relacionada ao cateter venoso central é um dos indicadores de processos internos do planejamento estratégico. As infecções primárias de corrente sanguínea

(IPCS) estão entre as causas mais frequentes de infecção hospitalar e um dos fatores de maior risco estão relacionados ao uso do cateter venoso central (CVC).

Conforme as informações do Relatório, a taxa de infecção hospitalar vem sendo reduzida de forma sistemática desde 2011, apresentando em 2016 uma redução de mais de 15% em relação ao ano de 2015, fruto da atuação constante da Comissão de Controle de Infecções Hospitalares (CCIH). Com relação às topografias/sítios de infecções, as infecções mais prevalentes foram distribuídas conforme demonstra o Gráfico 1.

Gráfico 1: Topografias/sítios de Infecções Prevalentes em 2016 do Hospital



Fonte: autoria própria (2019).

O diagnóstico de infecções relacionadas ao cateter é definido conforme os critérios do CDC/ ANVISA. Esse indicador mede as IPCS-CVC considerando o risco diário: número de pacientes em uso de cateter. As infecções primárias de corrente sanguínea relacionadas a cateteres são potencialmente preveníveis com a adoção de cuidados no momento da inserção e durante a manutenção desses dispositivos, somente pelo período necessário. A CCIH adotou rotinas para o cuidado com cateteres e monitora as taxas de infecção.

O indicador de Infecção Primária de Corrente Sanguínea Relacionada ao Cateter Venoso Central (IPCS) foi reestruturado em 2014, como parte do planejamento estratégico da instituição, tendo seu indicador previsto em $\leq 2,0$ infecções / 1000 procedimentos-dia e seu resultado observado em 4,21 infecções / 1000 procedimentos-dia. Essa meta havia sido estimada baseada em valores históricos de

um indicador com aferição distinta do atual método, visto uma mudança para adequação aos critérios da ANVISA e JCI.

Para reduzir esse número, foram feitas as seguintes intervenções no ano de 2014: manutenção da recomendação de passagem de cateteres venosos centrais no centro cirúrgico ambulatorial; estabelecimento de metas individuais por unidades; intervenção específica na unidade de ambiente protegido; disponibilização do uso de curativos impregnados com clorexidina.

A meta geral acordada para 2015, baseada nos dados de 2014, foi de 3,5 infecções/1.000 dias de cateter central. A meta foi atingida, ficando em 3,2 infecções. Dentre as ações focais no ano de 2015, foram destacadas as de cunho assistencial: a instituição de ações corretivas de capacitação e feedback de resultados, o monitoramento da realização de um pacote de medidas preventivas para prevenção da infecção nas unidades com maiores taxas de infecção, a recomendação de uso de paramentação completa para passagem de cateter e o uso do Centro Cirúrgico Ambulatorial como local de eleição para passagens de cateteres eletivos de pacientes adultos, mantidas do ano anterior. Para o ano de 2016, pretendia-se ampliar o monitoramento do pacote de medidas preventivas para outras unidades, em que houvesse um aumento das taxas de infecção primária de corrente sanguínea.

O atingimento da meta em 2015 aconteceu devido a diversas ações de assistenciais, com foco nas unidades de maiores taxas de infecção. Para 2016 o indicador foi reduzido para 3,0 infecções por 1000 procedimentos-dia de cateter venoso central, ficando o resultado em 3,3 infecções, novamente não atingindo a meta institucional estipulada. Nos meses de janeiro, julho, agosto e dezembro, a taxa ficou abaixo da meta, mas em fevereiro, março, abril e novembro, a taxa ficou acima de 4 infecções por 1000 cateteres-dia.

Mensalmente, a partir de 2016, os resultados obtidos com os indicadores de infecção hospitalar começaram a ser divulgados através do Relatório dos Indicadores de Infecção Hospitalar. Abaixo são mostrados os resultados mensais de 2016.

Tabela 1: Indicador de Infecção Primária da Corrente Sanguínea Relacionada a Cateter Vascular Central (1000 Procedimentos-dia), 2016.

Taxas de Infecção Primária da Corrente Sanguínea Relacionada a Cateter Vascular Central por 1000 procedimentos-dia					
Meta Institucional 2016: 3,0‰					
Mês	Nº Infecções	Taxa por Paciente-dia ¹	Taxa por Proced-dia ²	Taxa* Cumulativa 2016 ³	Taxa* 2015 ⁴
Janeiro	15	0,6	2,8	2,8	3,2
Fevereiro	20	0,9	4,1	3,4	3,2
Março	22	0,9	4,2	3,7	3,2
Abril	25	1,0	4,3	3,8	3,2
Maio	17	0,7	3,0	3,7	3,2
Junho	17	0,7	3,2	3,6	3,2
Julho	11	0,4	2,0	3,4	3,2
Agosto	15	0,6	2,8	3,3	3,2
Setembro	16	0,7	3,1	3,3	3,2
Outubro	21	0,8	3,6	3,3	3,2
Novembro	23	1,1	4,6	3,4	3,2
Dezembro	11	0,5	2,1	3,3	3,2

Fonte: autoria própria (2019).

1. Taxa de Infecção por paciente-dia: $(\text{N}^\circ \text{ de infecções} / \text{N}^\circ \text{ pacientes-dia}) \times 1000$ no mês.
2. Taxa de Infecção por procedimento-dia: $(\text{N}^\circ \text{ de Infecções} / \text{N}^\circ \text{ procedimentos-dia}) \times 1000$ no mês.
3. Taxa Cumulativa: $(\text{a N}^\circ \text{ infecções do ano vigente} / \text{a N}^\circ \text{ procedimentos do ano vigente}) \times 1000$ (incluído mês vigente)
4. Taxa de Infecção: $(\text{N}^\circ \text{ de infecções} / \text{N}^\circ \text{ Procedimento}) \times 1000$ no mês

* Taxas referentes ao procedimento-dia

Na Tabela 1, é possível observar a variação do indicador, que se manteve acima dos 3% na maioria dos meses deste ano, apresentando um aumento quando comparado ao ano anterior. As unidades com o maior número de infecções neste ano foram as de pacientes imunossuprimidos: UTI Neonatal (36 infecções); Unidade de Ambiente Protegido (32 infecções); Oncologia Pediátrica (24 infecções) e, internação pediátrica (24 infecções); totalizando 116 infecções ou, 54% do total.

Das ações implementadas em 2016, para a melhoria dos resultados, o relatório cita: a mudança da rotina de desinfecção das conexões dos cateteres nas unidades de Ambiente Protegido e Oncopediatria e monitoramento e retorno às unidades desse processo; o projeto piloto e introdução de sachês com álcool para desinfecção de cateteres nas unidades de Pediatria, Internação clínica e Internação Cirúrgica e ampliação do uso desses sachês para as demais unidades.

Conforme os relatórios, de 2014 a 2016 as iniciativas para a redução dos indicadores de infecção estavam voltadas principalmente para as ações assistenciais, com pouca ênfase a outras intenções, como as ações de capacitação, diferente do que verificamos para o ano de 2017.

Para o ano de 2017, a meta foi mantida em 3,0 infecções por 1000 dias de cateteres e as intervenções planejadas em conjunto com o grupo de cateteres foram: a criação do protocolo de uso de cateteres venosos; disponibilização do curso em EAD para o treinamento do manejo destes cateteres; a educação presencial sobre o cuidado na manutenção dos cateteres em parceria com o Serviço de Educação em Enfermagem; ações e a criação do dia do cateter - para sensibilização dos profissionais; foco das ações nessas unidades com a maior taxa de cateteres, no que se referem a treinamentos, indicadores e acompanhamento das ações.

Em 2017 a taxa foi atingida, alcançando ao final do ano o acumulativo de 3%. De acordo com os Relatórios dos Indicadores de Infecção Hospitalar mensais, o indicador se manteve acima nos meses de janeiro a março, ficando abaixo em todos os demais meses, conforme tabela abaixo:

Tabela 2: Indicador Infecção Primária da Corrente Sanguínea Relacionada a Cateter Vascular Central (1000 Procedimentos-dia), 2017

Taxas de Infecção Primária da Corrente Sanguínea Relacionada a Cateter Vascular Central por 1000 procedimentos-dia / 2017					
Meta Institucional 2017: 3,0‰					
Mês	Nº Infecções	Taxa por Paciente-dia ¹	Taxa por Proced-dia ²	Taxa* Cumulativa 2017 ³	Taxa* 2016 ⁴
Janeiro	23	1,0	4,5	4,5	3,3
Fevereiro	23	1,1	5,3	4,9	3,3
Março	18	0,8	3,3	4,3	3,3
Abril	13	0,6	2,7	3,9	3,3
Maio	19	0,8	2,7	3,9	3,3
Junho	15	0,7	2,8	3,5	3,3
Julho	13	0,6	2,4	3,3	3,3
Agosto	12	0,5	2,2	3,2	3,3
Setembro	14	0,6	2,5	3,1	3,3
Outubro	14	0,7	2,7	3,1	3,3
Novembro	13	0,6	2,8	3,0	3,3
Dezembro	13	0,6	2,7	3,0	3,3

Fonte: autoria própria (2019).

1. Taxa de Infecção por paciente-dia: (Nº de infecções / Nº pacientes-dia) x 1000 no mês.

2. Taxa de Infecção por procedimento-dia: (Nº de Infecções / Nº procedimentos-dia) x 1000 no mês.

3. Taxa Cumulativa: (a Nº infecções do ano vigente / a Nº procedimentos do ano vigente) x 1000 (incluído mês vigente).

4. Taxa de Infecção: (Nº de infecções / Nº Procedimento) x 1000 no mês.

* Taxas referentes ao procedimento-dia.

Na Tabela 2 verifica-se um indicador elevado no começo do ano, que reduz a partir do mês de março, ficando abaixo em todos os outros meses, comparado a 2016.

Na Tabela 3 é possível verificar a evolução mensal do indicador, comparando 2016 e 2017.

Tabela 3: Número Absoluto de Infecções Hospitalares Infecção Primária da Corrente Sanguínea Relacionada a Cateter Vascular Central por 1000 Procedimentos-dia entre 2016 e 2017

Nº Infecções 2017 Jan	Nº Infecções 2016 Jan	Saldo 2017 X 2016 Jan	Nº Infecções 2016	Saldo 2017 X 2016
23	15	8	213	-190
Nº Infecções 2017 Jan - Fev	Nº Infecções 2016 Jan - Fev	Saldo 2017 X 2016 Jan - Fev	Nº Infecções 2016	Saldo 2017 X 2016
46	35	11	213	-167
Nº Infecções 2017 Jan - Mar	Nº Infecções 2016 Jan - Mar	Saldo 2017 X 2016 Jan - Mar	Nº Infecções 2016	Saldo 2017 X 2016
64	57	7	213	-149
Nº Infecções 2017 Jan - Abr	Nº Infecções 2016 Jan - Abr	Saldo 2017 X 2016 Jan - Abr	Nº Infecções 2016	Saldo 2017 X 2016
77	82	-5	213	-136
Nº Infecções 2017 Jan - Mai	Nº Infecções 2016 Jan - Mai	Saldo 2017 X 2016 Jan - Mai	Nº Infecções 2016	Saldo 2017 X 2016
92	99	-7	213	-121
Nº Infecções 2017 Jan – Jun	Nº Infecções 2016 Jan – Jun	Saldo 2017 X 2016 Jan - Jun	Nº Infecções 2016	Saldo 2017 X 2016
107	116	-9	213	-106
Nº Infecções 2017 Jan – Jul.	Nº Infecções 2016 Jan – Jul.	Saldo 2017 X 2016 Jan - Jul.	Nº Infecções 2016	Saldo 2017 X 2016
120	127	-7	213	-93
Nº Infecções 2017 Jan – Ago.	Nº Infecções 2016 Jan – Ago.	Saldo 2017 X 2016 Jan - Ago.	Nº Infecções 2016	Saldo 2017 X 2016
132	142	-10	213	-81
Nº Infecções 2017 Jan – Set	Nº Infecções 2016 Jan – Set	Saldo 2017 X 2016 Jan - Set	Nº Infecções 2016	Saldo 2017 X 2016
146	158	-12	213	-67

Nº Infecções 2017 Jan – Out	Nº Infecções 2016 Jan – Out	Saldo 2017 X 2016 Jan - Out	Nº Infecções 2016	Saldo 2017 X 2016
160	179	-19	213	-53
Nº Infecções 2017 Jan – Nov.	Nº Infecções 2016 Jan – Nov.	Saldo 2017 X 2016 Jan - Nov.	Nº Infecções 2016	Saldo 2017 X 2016
173	201	-28	213	-40
Nº Infecções 2017 (Janeiro a Dezembro)		Nº Infecções 2016 (Janeiro a Dezembro)		Saldo 2017 X 2016
186		213		-27

Fonte: autoria própria (2019).

Conforme tabela 3, houve uma redução dos indicadores de infecção a partir de março de 2017, comparando aos mesmos meses de 2016, chegando ao final do ano com 27 infecções a menos.

No Relatório dos Indicadores de Infecção Hospitalar são descritas as ações principais realizadas nestes dois anos para a redução do indicador de infecção, conforme Quadro 3.

Quadro 3: Ações para Redução de Infecções do Cateter Venoso Central de 2016 a 2017.

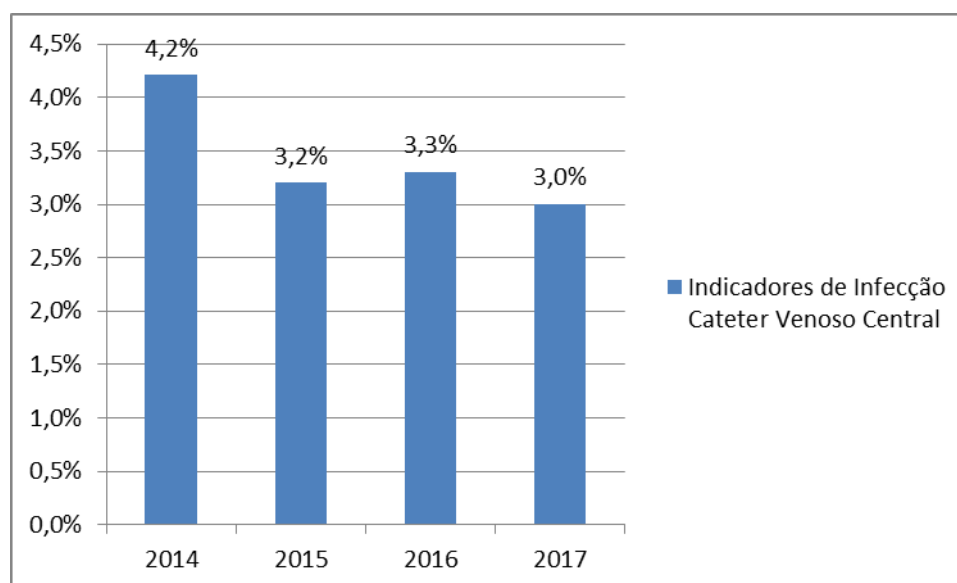
Mês	Ações
Janeiro de 2016	Mudança da rotina da desinfecção das conexões nas unidades Oncopediatria e Unidade de Ambiente Protegido e auditoria de cuidado nestas unidades.
Abril de 2016	Retorno da auditoria de cuidado nas unidades Oncopediatria e Unidade de Ambiente Protegido.
Junho de 2016	Retorno às lideranças das taxas de infecção relacionada ao cuidado do cateter.
Agosto de 2016:	Projeto piloto com o uso de sachês impregnados com álcool 70% para a desinfecção das conexões em cateteres venosos centrais e periféricos nas unidades 10° Sul, 8° Sul e 6° Norte.
Outubro de 2016	Efetivação do uso de sachês impregnados com álcool 70% nas unidades piloto 10° Sul, 8° Sul e 6° Norte.
Janeiro de 2017	EAD de Cateteres Venosos Centrais: Indicação, Inserção, manutenção e retirada. Implementação da nova rotina de desinfecção. Rotina de coleta de duas hemoculturas na neonatologia.
Fevereiro de 2017	Lançado protocolo assistencial: acesso vascular e periférico.
Março de 2017	Reunião com representantes da COMCAT da nefrologia e diálise para definir ações de redução de infecções relacionadas à hemodiálise: realização do <i>bundle</i> de inserção na hemodiálise. Treinamento de residentes médicos para inserção de cateter. Intervenção em unidades de risco (3° Leste e 5° Sul).
Abril de 2017	Abertura de sala de passagem de CVC. Inclusão de origem Hospital dia (A), Quimioterapia (Q) e Diálise (D).
Maio de 2017	Retorno dos dados de IPCS para as chefias médicas. Divulgação do Protocolo de Acesso Vascular – CTI Adulto.
Agosto e Setembro de 2017	Capacitações para enfermeiros sobre cuidados com cateteres venosos.

Fonte: autoria própria (2019).

No Quadro 3, é possível evidenciar o foco nas ações educativas a partir de janeiro de 2017, diferente do ano anterior, com ações assistenciais.

Comparando então os indicadores de infecção de cateter venoso central entre os anos de 2014 a 2017, houve uma queda de 28,74%, em 4 anos de acompanhamento do novo indicador.

Gráfico 2: Evolução Indicador de Infecção de Cateter Venoso (1000 Procedimentos-dia), 2014 a 2017.



Fonte: autoria própria (2019).

6.2 AÇÕES EDUCATIVAS SOBRE OS CATETERES VENOSOS CENTRAIS

O Plano de Educação e Desenvolvimento de Pessoas da instituição em estudo, registrado como Procedimento Operacional Padrão, datado de 26 de junho de 2012 e revisado em 07 de novembro de 2018, visa definir as ações de desenvolvimento dos colaboradores, contribuindo para a excelência na prestação de serviços de forma a garantir a melhor qualidade assistencial e o alinhamento com as políticas públicas de saúde. Tem como objetivo instituir, implementar e regulamentar as ações para educação e desenvolvimento de pessoas, respeitando a legislação vigente.

O Plano delimita que a Educação e o Desenvolvimento de Pessoas estão alinhados à Política de Educação Permanente em Saúde (PEPS) (Portaria nº 1996/07), que tem como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, a partir da problematização deste e da aprendizagem significativa. Diz que as necessidades de capacitação e desenvolvimento são identificadas de acordo com as definições estratégicas da Instituição (Planejamento Estratégico), os projetos e programas institucionais, os indicadores de qualidade

assistencial, as alterações de processos ou adoção de novas tecnologias, bem como através de demandas pontuais das áreas.

Para sistematizar a realização destas ações educativas é elaborada uma matriz de capacitação, constituída por temas institucionais e específicos. Os temas institucionais são transversais à prática assistencial e administrativa, devendo ser abordados, obrigatoriamente, junto à comunidade interna da instituição; os temas específicos são definidos considerando as diversas funções e áreas de atuação dos profissionais. Com o objetivo de valorizar e estimular a participação dos funcionários nas capacitações, a Educação Corporativa é uma das Iniciativas do Planejamento Estratégico, através do indicador que acompanha o percentual de funcionários aprovados nos cursos da Matriz de Capacitação Institucional.

As ações educativas são realizadas no sentido de preparar e aprimorar lideranças e equipes, priorizando as orientações de segurança e qualidade assistencial, o fomento a uma cultura participativa e inovadora, o desenvolvimento de competências, assim como a adequação dos processos de trabalho às melhorias preconizadas na Acreditação Internacional. Somam-se a estas ações educativas aquelas realizadas por decorrência de programas estratégicos de Gestão de Pessoas.

As ações promovidas ocorrem através de: fomento à participação de instrutores internos; contratação de instrutores externos em cursos *in company*, reduzindo custos com deslocamentos; capacitações na modalidade de educação à distância com o objetivo de ampliar as oportunidades de participação.

A infecção pelo cateter venoso central e seu indicador fazem parte do planejamento estratégico do hospital, das orientações de segurança e qualidade assistencial e de melhoria nos processos de trabalho, tornando-se assim prioridade nas ações de capacitação e fazendo parte da matriz de capacitação das áreas.

Em 2014 foram realizadas 20 ações educativas abrangendo o tema “cateter”, conforme o quadro abaixo.

Quadro 4: Ações Educativas Realizadas em 2014

NOME DO EVENTO	Participações	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Atualização e cuidados com pacientes em situações pediátricas específicas: tipos e cuidados com cateter	5										X		
Capacitação da equipe de enfermagem nos cuidados relacionados ao cateter de inserção periférica (PICC)	140									X	X		
Capacitação de nova tecnologia para teste: Cateter IV Periférico nº22	5									X			
Capacitação de nova tecnologia para teste: Cateter IV Periférico nº24	21									X			
Capacitação em cateterização central de inserção periférica CCIP/PICC - adulto, pediátrico e neonatal	2				X								
Capacitação para o uso de películas transparentes para cateter periférico	11				X								
Capacitação para teste de Cateter IV Periférico nº 24 curto com dispositivo de segurança marca Bbraun	23					X							
Cateter TCTH: tipos e indicações	5			X									
Cuidados com cateteres intravenosos centrais	17					X							
Cuidados com cateteres venosos	1			X									
Encontro científico: melhorando a prevenção das infecções relacionadas a cateter venoso: estudo qualitativo comparando perspectivas de profissionais de controle de infecção e linha de frente	5									X			
Gestão de PICC: formação de equipe para passagem de cateter venoso central de inserção periférica	6									X			
Infecção relacionada a cateter	4							X					
Oficina sobre prevenção de infecção urinária relacionada à SVD, infecção primária de corrente sanguínea e higiene de mãos	38								X				
Prática de coleta de amostra para prova de compatibilidade transfusional (PCT) por cateteres centrais	7						X						
Punção e heparinização de Portocath e cuidados com manuseio do cateter de Hickman	6					X							
Quais são os cuidados com pacientes em uso do PICC	1					X							
Rodada de conversa: cuidados com PICC	6											X	
Treinamento em PICC	1										X		
Uso e manuseio de cateter venoso periférico	104						X	X					
Total de participações:	408												

Fonte: autoria própria (2019).

De acordo com o Quadro 4, essas capacitações somaram um total de 296 participantes, em 408 participações, que é a quantidade de funcionários presentes nas atividades. O número de

participações é maior do que o número de participantes, pois alguns funcionários realizaram mais de uma capacitação neste período. Abaixo uma tabela demonstrando a realização mensal de atividades.

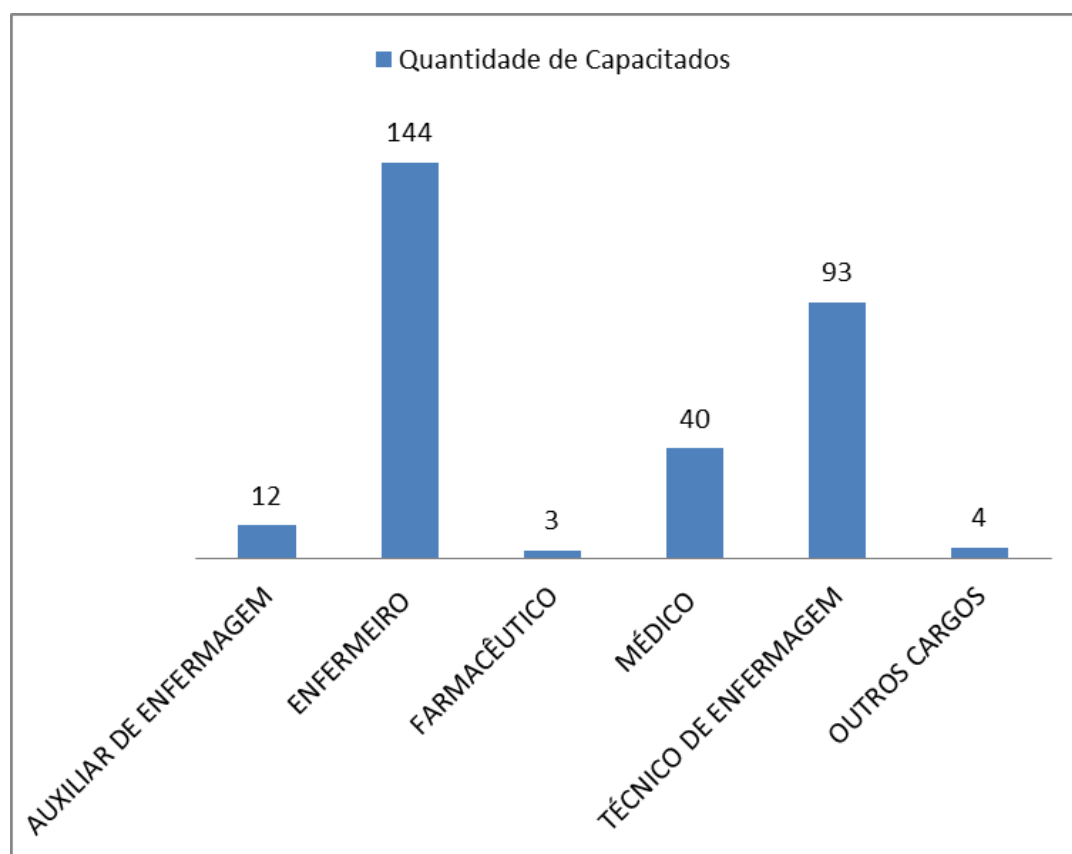
Tabela 4: Acompanhamento Mensal das Capacitações Realizadas em 2014

Capacitações de Cateter 2014 por mês de realização			
Mês	Capacitações Realizadas	Participações	Carga Horária Total
Janeiro	-	-	-
Fevereiro	-	-	-
Março	2	6	1,5
Abril	2	13	62
Maio	3	24	24
Junho	3	60	210
Julho	2	78	418
Agosto	1	38	35
Setembro	3	50	86
Outubro	5	13	142
		3	
Novembro	1	6	6
Dezembro	-	-	-
Total	2	40	984,5
	2	8	

Fonte: autoria própria (2019).

Na Tabela 4 é possível ver um acúmulo de capacitações em outubro, que concentrou 32,60% das participações, enquanto em outros meses não houve nenhuma capacitação realizada.

Das ações educativas realizadas em 2014, o maior público-alvo foram os enfermeiros, com 144 (48,65%) profissionais capacitados, seguido dos técnicos em enfermagem, 93 (31,42%) participantes, conforme o gráfico abaixo.

Gráfico 3: Profissionais Capacitados Segundo Categoria Profissional, 2014.


Fonte: autoria própria (2019).

No ano seguinte, 2015, foram realizadas 21 capacitações sobre o cateter, conforme o quadro abaixo.

Quadro 5: Ações Educativas Realizadas em 2015.

NOME DO EVENTO	Participações	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Aperfeiçoamento da passagem do PICC por micro introdução	5			X									
Avaliação em infecção em cateteres venosos	10							X					
Capacitação cuidados e manuseio de cateteres venosos centrais	15						X						
Clube de revista CTI: cateter de alto fluxo em IRPA	3					X							
Cuidados de enfermagem com cateteres	4											X	
Cuidados de enfermagem com cateteres venosos	31			X									
Cuidados de enfermagem no curativo de PICC e Portocath	15										X		
Cuidados e manuseio de cateteres venosos centrais	25						X	X					
Curso de revisão da técnica de inserção do PICC	10							X					

Grupo focado sobre o processo de enfermagem: manuseio de cateteres venosos	3	X											
Grupo focado sobre o processo de trabalho em saúde: PICC por micro introdução - cuidados e manutenção	3												X
I Fórum internacional de líderes de opiniões em PICC	1											X	
Novos materiais: película transparente adesiva para cateter venoso periférico	30				X		X	X					
Oficina sobre prevenção de infecção urinária relacionada à SVD, infecção primária de corrente sanguínea e higiene de mãos.	141			X	X		X	X	X				
Rodada de conversa sobre cuidados cateter central e sonda vesical de demora conforme POP	11								X				
Rodada de conversa sobre o processo de trabalho em saúde: critérios de inversão do PICC	8									X			
Rodada de conversa: prevenção infecção cateter central	9								X				
Rodadas de conversa sobre o trabalho em saúde: coleta de urocultura em pacientes cateterizados	9		X										
Seminário de nutrologia: infecções de corrente sanguínea relacionada a cateter	3					X							
Seminário em controle de infecção e epidemiologia hospitalar:	10												
UTI - cateter de Swan-ganz	1											X	
Total de participações	347												

Fonte: autoria própria (2019).

Conforme Quadro 5, estas capacitações somaram um total de 303 participantes em 347 participações (quantidade de funcionários presentes nas atividades).

Tabela 5: Acompanhamento Mensal das Capacitações Realizadas em 2015.

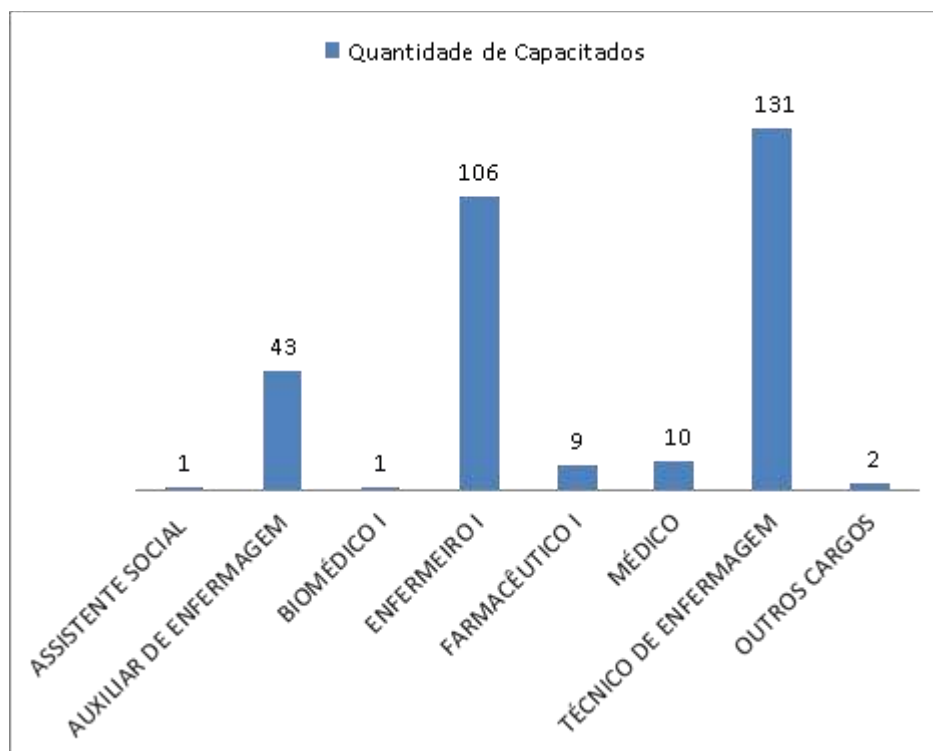
Capacitações de Cateter 2015 por mês de realização.			
	Capacitações Realizadas	Participações	Carga Horária Total
Janeiro	1	3	3
Fevereiro	1	9	4,5
Março	3	86	122
Abril	2	18	18
Maio	2	6	6
Junho	5	56	95
Julho	5	84	123
Agosto	3	43	43
Setembro	1	8	8
Outubro	1	15	44,5
Novembro	4	16	40
Dezembro	1	3	6
Total	29	347	513

Fonte: autoria própria (2019).

Conforme Tabela 5, já é possível verificar uma maior distribuição das capacitações durante todos os meses do ano, mesmo ao final, o total sendo menor que do ano anterior.

Das 21 ações educativas realizadas em 2015, o maior público-alvo foram os técnicos em enfermagem, com 131 (43,23%) dos participantes, seguido pelos enfermeiros, com 106 (34,98%) dos profissionais capacitados, conforme Gráfico 4 abaixo.

Gráfico 4: Profissionais Capacitados em 2015



Fonte: autoria própria (2019).

No ano de 2016, foram realizadas 25 ações educativas relativas ao tema “cateter”. São elas:

Quadro 6: Ações Educativas Realizadas em 2016

NOME DO EVENTO	Participações	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Atualização do cuidado com a desinfecção das conexões de acesso venoso central e periférico	331								X			X	X
Capacitação em acesso central posicionamento de cateter para hemodiálise	2											X	
Capacitação para cuidados na inserção e manutenção do cateter central de inserção periférica (PICC)	20							X				X	
Capacitação para cuidados na inserção e manutenção do cateter central de inserção periférica (PICC): certificação em terapia intravenosa	15						X						

Capacitação para cuidados na inserção e manutenção do cateter central de inserção periférica (PICC): módulo III e IV	27							X	X					
Capacitação para enfermeiros em diálise peritoneal: troca de equipe extensor de cateter	1							X						
Coleta laboratorial por cateter central	1		X											
Complicações do cateter peridural	11												X	
Cuidados com manuseio e curativos de cateter de hemodiálise	7			X										
Cuidados de enfermagem com cateteres venosos	30								X					
Cuidados e manutenção do PICC - Cateter Central de Inserção Periférica (Groshong e Power)	22													X
Cuidados no manejo com cateter de PICC	7					X								
Curativo de fixação de cateter periférico	1					X								
Curso de capacitação em cateterização central de inserção periférica CCIP / PICC - adulto, pediátrico e neonatal	1						X							
Curso de habilitação para inserção de cateter central de inserção periférica (CCIP/PICC) adulto, pediátrico e neonatal com micro introdução guiada por ultrassom	1				X									
Grupo focado sobre o trabalho em saúde: conhecendo o cateter PICC	3					X								
Infecção de cateter	1													X
Localização de cateteres intravenosos	2						X							
Residência integrada multiprofissional em saúde - CCIH: prevenção de infecção em cateteres centrais	2					X								
Residência integrada multiprofissional em saúde - núcleo de fisioterapia: cateteres e drenos	3						X							
Rodadas de conversa sobre o trabalho em saúde: " cuidados prevenção infecção ipcs "	5						X							
Round de cuidados pós anestésicos: rotinas de avaliação do cateter peridural	1													X
Seminário em controle de infecção hospitalar: o uso de pacotes de medidas para reduzir as infecções de cateter	8								X					
Seminários de nutriologia: cateteres venosos	4					X								
Usos e faturamento de cateteres	3					X								
Total de participações:	509													

Fonte: autoria própria (2019).

De acordo com o Quadro 6, essas capacitações somaram um total 401 participantes, em 509 participações. Abaixo uma tabela demonstrando a realização mensal de atividades.

Tabela 6: Acompanhamento Mensal das Capacitações Realizadas em 2016

Capacitações de Cateter 2016 por mês de realização			
Mês	Capacitações Realizadas	Participações	Carga Horária Total
Janeiro	-	-	-
Fevereiro	1	1	1
Março	1	7	7
Abril	1	1	14
Maio	6	20	22
Junho	6	27	93
Julho	2	25	89
Agosto	4	84	122
Setembro	-	-	-

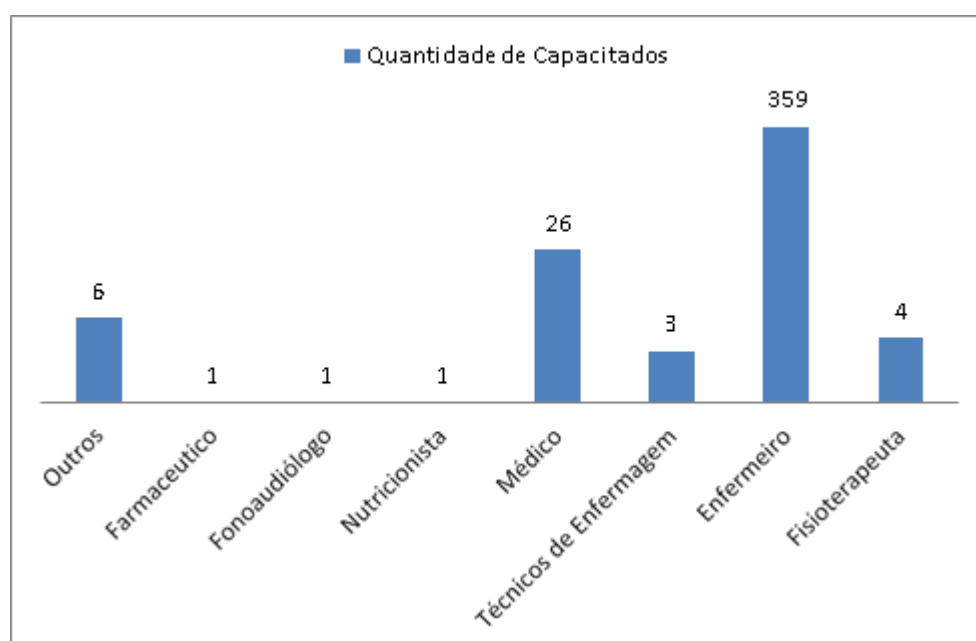
Outubro	-	-	-
Novembro	4	318	181,15
Dezembro	4	26	20
Total	29	509	549,15

Fonte: autoria própria (2019).

Ainda neste ano, a maioria das participações nas capacitações se concentrou em um único mês, novembro, com 62,48% das participações.

Das ações educativas realizadas em 2016, o maior público-alvo foi a equipe de enfermagem, com 359 (89,52%) participantes, conforme gráfico seguinte.

Gráfico 5: Profissionais Capacitados Segundo Categoria Profissional, 2016



Fonte: autoria própria (2019).

Já em 2017, conforme análise da *Query*, o número de capacitações aumentou, sendo então 28 ações do tema Cateter Venoso Central realizadas. Foram elas:

Quadro 7: Ações Educativas Realizadas em 2017

NOME DO EVENTO	Participações	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Atualização das equipes multiprofissionais sobre a COMCAT (Comissão de Cateteres) e os cuidados na inserção e manutenção de cateteres venosos centrais e periféricos	65							X					
Atualização do cuidado com a desinfecção das conexões de acesso venoso central e periférico	253	X	X	X	X	X							

[illegible]

Fonte: autoria própria (2019).

Conforme Quadro 7, essas capacitações somaram um total de 1.418 participantes, com 2.037 participações. Novamente aqui o número de participações é maior do que o número de

participantes, pois alguns funcionários realizaram mais de uma capacitação. Abaixo uma tabela demonstrando a realização mensal de atividades.

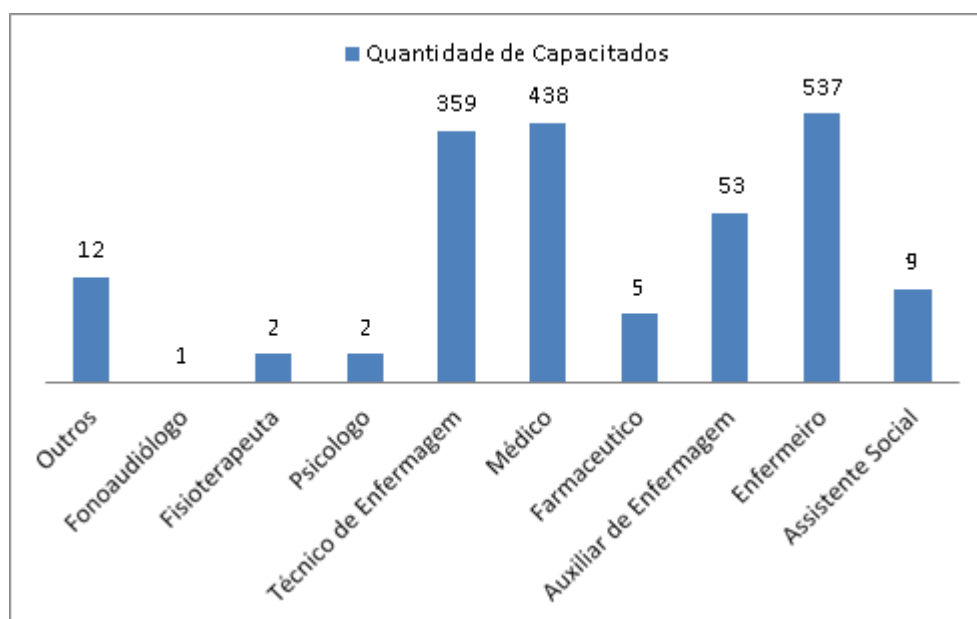
Tabela 7: Acompanhamento Mensal das Capacitações Realizadas em 2017

Capacitações de Cateter 2017 por mês de realização			
Mês	Capacitações Realizadas	Participações	Carga Horária Total
Janeiro	1	208	105,5
Fevereiro	1	15	7,5
Março	3	247	242
Abril	4	172	169
Maio	6	117	153
Junho	4	101	134
Julho	2	112	112
Agosto	4	215	319,5
Setembro	4	114	162
Outubro	4	164	249,5
Novembro	6	487	495
Dezembro	5	85	236
Total	44	2037	2385

Fonte: autoria própria (2019).

Novamente em 2017, conforme Tabela 7, há uma distribuição maior de participações nas capacitações no decorrer de todo o ano.

Quanto ao público-alvo, a maioria capacitada permanece a enfermagem, mas agora representando 537 (37,87%) capacitados, seguida pelos médicos com 438 (30,89%) e pelos técnicos em enfermagem, com 359 (25,32%) de participantes, conforme Gráfico 6 abaixo. Não foi especificado o porquê da modificação do público alvo.

Gráfico 6: Número de Profissionais Capacitados, 2017

Fonte: autoria própria (2019).

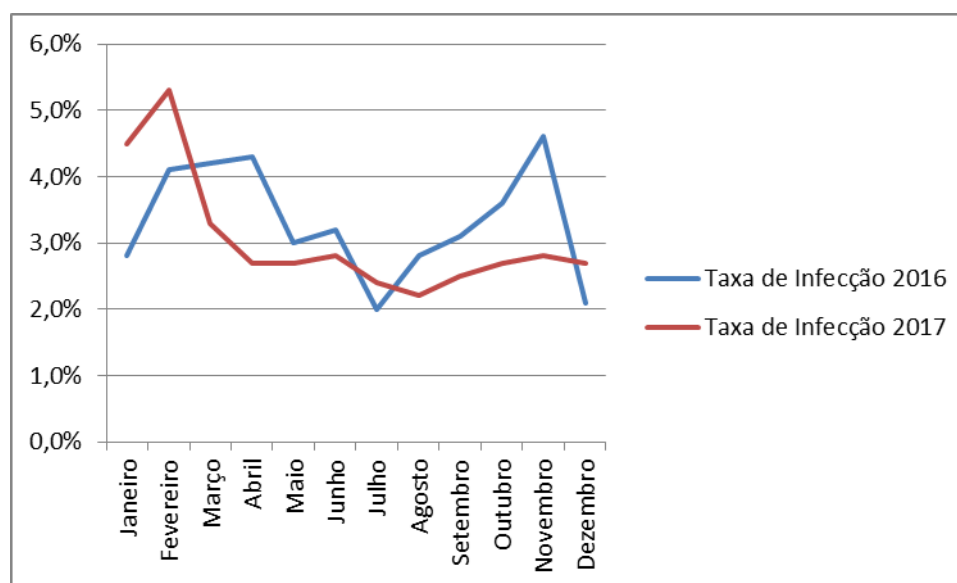
Ou seja, em 2017 houve um aumento nas capacitações realizadas, mas principalmente um aumento maior no número de participantes e participações nessas ações educativas. Em média quatro vezes mais quando comparado ao realizado nos anos anteriores, principalmente ao realizado 2016, além de um público alvo mais abrangente, com maior participação da equipe médica.

6.3 INDICADOR DE INFECÇÃO E AS AÇÕES EDUCATIVAS REALIZADAS

As taxas relacionadas ao cateter variam de acordo com o sítio e a técnica de inserção, número de lúmens, tipo de cateter, tempo de permanência, fatores intrínsecos do paciente, tipo de solução infundida e preparo da equipe. A incidência dessa infecção no Brasil varia de 3,2 a 40,4 episódios por 1000 dias de cateter e, a mortalidade atribuída a essa topografia varia de 6,7% a 75,0% (MENDONÇA, 2011).

Porém, mesmo próximo aos índices mais baixos de infecção por cateter, a redução do indicador é uma busca constante para a qualidade da assistência ao paciente.

Os indicadores de infecção por cateter venoso central em 2017 reduziram se comparados a 2016, passando de 3,32 para 3,0 infecções por 1000 dias de cateter, conforme gráfico abaixo.

Gráfico 7: Comparativo Indicador Cateter (1000 Procedimentos-dia) 2016 e 2017

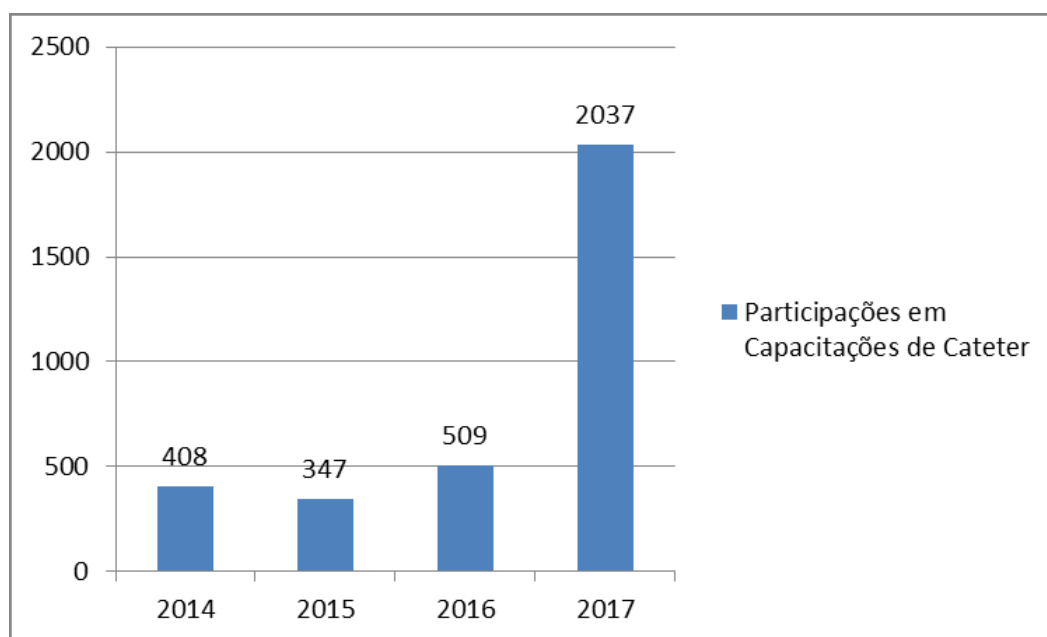
Fonte: autoria própria (2019).

No Gráfico 7 verifica-se a evolução do indicador de cateter, nestes dois anos, mês a mês, começando 2016 com índices abaixo de 3%, mas terminando com a alta do indicador ao final do ano, ao contrário de 2017, que inicia com um indicador alto, apresentando redução no decorrer do ano.

Conforme a ANVISA (BRASIL, 2004a), a atuação dos profissionais que prestam assistência direta ao paciente é fundamental para a prevenção de infecção. Para tanto, é necessário que tenham conhecimento adequado dos métodos, sendo por meio do treinamento, da divulgação dos manuais, das rotinas e padronizações que o conhecimento será propagado para todos os profissionais de saúde. O treinamento é peça fundamental para prevenção de infecção.

As capacitações realizadas relativas ao tema de Cateter apresentam um aumento em 2017, comparado aos anos anteriores, conforme gráfico abaixo.

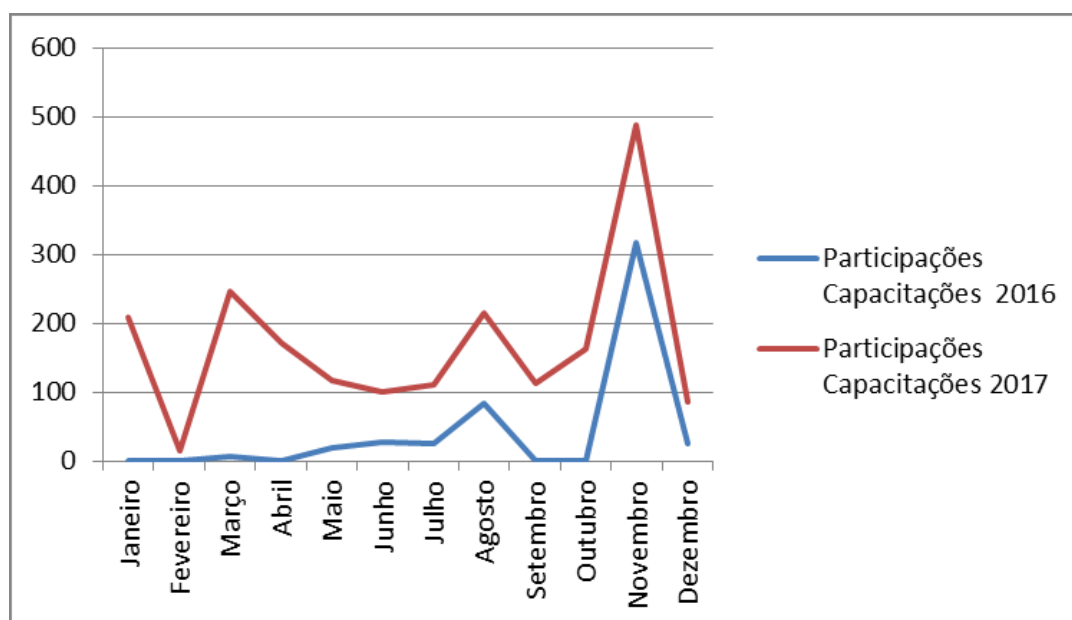
Gráfico 8: Participações em Capacitações Sobre Cateter de 2014 a 2017



Fonte: autoria própria (2019).

O Gráfico 8 apresenta este crescimento, de quatro vezes, nas participações das capacitações em 2017. Nos anos de 2016 e 2017, é possível perceber o aumento das capacitações mês a mês, conforme o gráfico seguinte.

Gráfico 9: Participações em Capacitações Sobre Cateter de 2016 e 2017



Fonte: autoria própria (2019).

No Gráfico 9 é possível observar o aumento das participações nas capacitações em todo o ano de 2017, quando comparado ao ano de 2016.

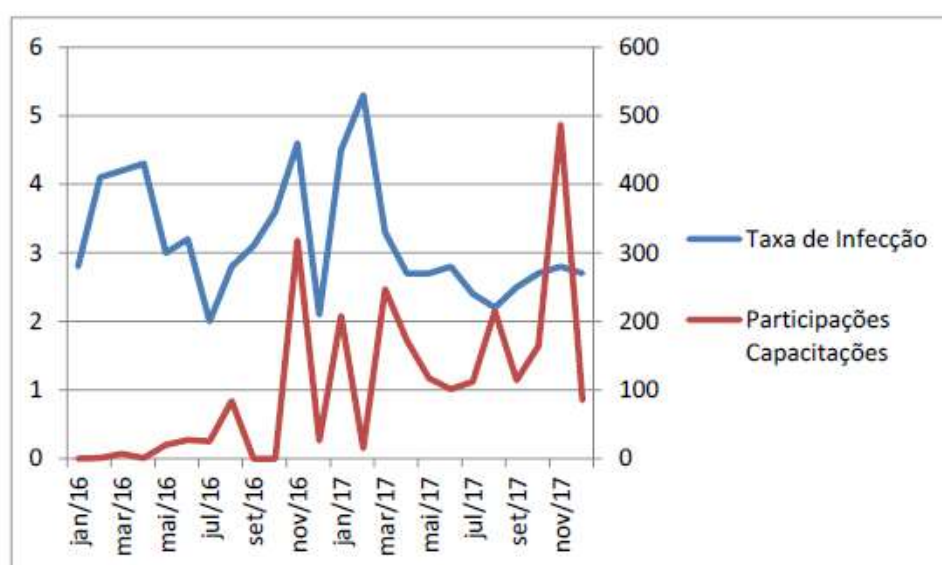
Em 2016, o Relatório de Gestão de Exercício cita algumas ações realizadas e enfatiza as ações previstas para 2017, para redução do indicador. Entre as ações previstas estão: disponibilização do curso em EAD para treinamento do manejo destes cateteres; educação presencial sobre o cuidado na manutenção dos cateteres em parceria com o Serviço de Educação em Enfermagem a partir de março de 2017; ações e criação do dia do cateter para sensibilização dos profissionais; foco das ações nas unidades com a maior taxa de cateteres, no que se referem a treinamentos, indicadores e acompanhamento das ações. Ou seja, foram previstas uma série de ações, entre elas a realização de capacitações, diferente de anos anteriores onde o foco eram ações assistenciais.

No resultado do indicador de cateter de 2017, observa-se, como já visto anteriormente, que as taxas se mantiveram acima da meta em janeiro, fevereiro em março, ficando abaixo nos demais meses. Comparado com as capacitações no mesmo período, verifica-se que a partir do mês de março cresce o número de participações nos eventos, mantendo-se alto até o final desse ano, quando novamente apresenta um aumento nas participações.

No mês de março de 2017 é lançado o curso EAD - “Cateteres Venosos Centrais: indicação, inserção, manutenção e retirada”, que por sua modalidade, facilita a participação e a realização da capacitação, além de ser uma atividade multidisciplinar, que abrangeu diferentes categorias em seu público alvo.

No gráfico abaixo, o comparativo dos resultados do indicador de cateter e as capacitações realizadas em mesmo período.

Gráfico 10: Taxa de Infecção Cateter x Participações em Capacitações

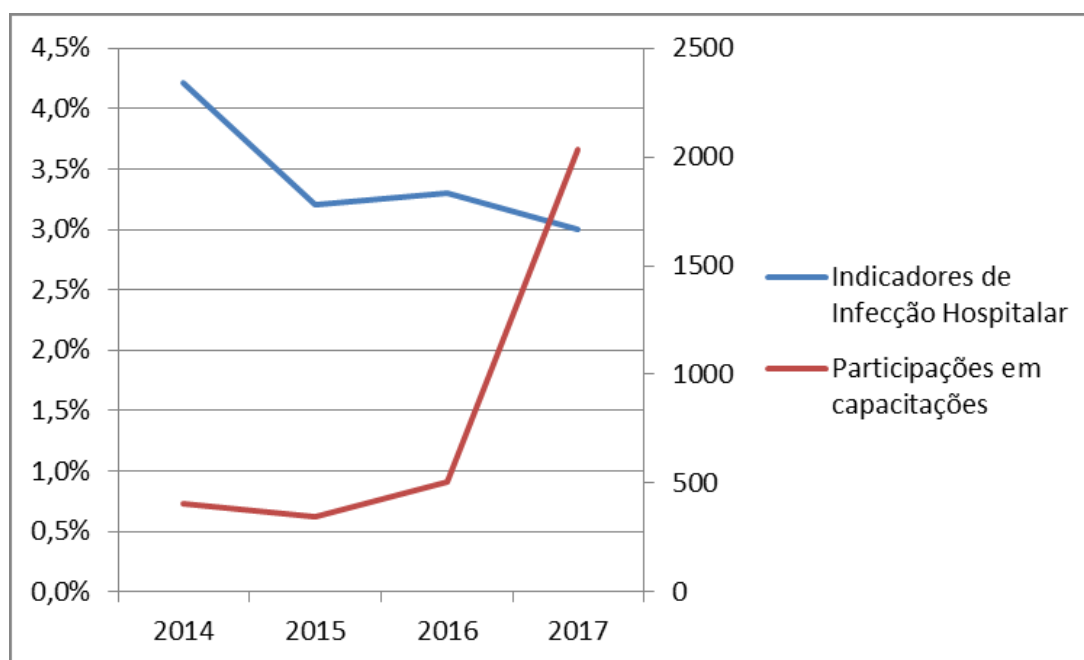


Fonte: autoria própria (2019).

Ao comparar estes resultados, demonstrados no Gráfico 10, se percebe que a redução do indicador a partir de abril de 2017 acontece concomitantemente com o aumento nas participações de capacitações em março do mesmo ano, que mantem a média maior durante o restante do ano.

O comparativo dos indicadores e das capacitações, de 2014 a 2017, encontra-se no Gráfico 11.

Gráfico 11: Infecção Hospitalar e Participações em Capacitações



Fonte: autoria própria (2019).

Conforme o gráfico, entre 2014 a 2017 aconteceu uma evolução gradativa nos números, reduzindo o indicador de infecção por cateter e aumentando as participações nas capacitações.

Conforme o relatório de gestão do ano de 2017, a melhoria no indicador foi atribuída a várias ações que foram implementadas, entre elas estão: o início do curso em EAD; o lançamento do Protocolo Assistencial de Passagem de Cateter Venoso Central e Periférico; o treinamento de residentes médicos; as ações da Comissão de Cateteres na Hemodiálise; a abertura da sala de passagem de cateter venoso central para pacientes adultos; a divulgação de indicadores e do protocolo assistencial; as capacitações de enfermeiros sobre os cuidados com os cateteres venosos. Ou seja, tanto através do comparativo dos indicadores, que mostram a evolução do indicador de cateter venoso central juntamente com o aumento da realização das capacitações, quanto no descrito pela instituição em seu relatório de gestão, as ações de educação foram importantes para a melhoria dos resultados na assistência.

Conforme Oliveira (2007), a educação permanente e treinamento da equipe de saúde são estratégias fundamentadas. Intervenções educativas na inserção do cateter por meio de simulação, programas de formação de enfermeiros em cuidados com o cateter ("equipes de terapia intravenosa") também foram associados com redução das ICSRC, em um estudo americano.

Outra análise importante a ser realizada é em relação ao público-alvo atingido. A maioria dos capacitados, de 2014 a 2017, é da área da enfermagem, isso porque são eles que atuam ininterruptamente na assistência e representam, na maioria das instituições hospitalares, o maior percentual dos trabalhadores. Além disso, são os profissionais que, direta ou indiretamente, estão mais envolvidos na implantação e manuseio de acesso vascular e consequentemente, com maior possibilidade de atuação na profilaxia e controle das infecções relacionadas (MENDONÇA, 2011). Porém, em 2017, quando houve uma maior participação também de outros profissionais, como os médicos, evidencia-se uma melhora nos resultados dos processos de cuidado. Conforme o que nos traz Mendonça (2011), a designação de uma equipe multi e interdisciplinar específica e capacitada para inserção e manutenção de cateteres, seguindo protocolos padronizados pela CCIH, pode levar à diminuição das taxas de ICS associada a uma melhor qualidade da assistência.

É importante avaliar os indicadores de infecção do cateter e também mensurar as capacitações realizadas, pois um processo de avaliação que se ocupa de estudar uma intervenção em serviços de saúde, ou mesmo no campo da gestão do SUS é de fundamental relevância para a qualificação da assistência à saúde da população, isto porque o propósito de uma avaliação é estabelecer julgamentos e auxiliar na análise crítica (JUSTO et al., 2018).

É também importante para a gestão na saúde, pois a infecção hospitalar é um fator que causa altos índices de mortalidade, aumenta a permanência na internação hospitalar e consequentemente eleva os custos com os pacientes. Precisamos saber quais metodologias são capazes de auxiliar os gestores, na busca por melhores práticas e melhores resultados na assistência e a partir deste trabalho de pesquisa, podemos dizer que a educação é uma ferramenta importante na transformação do trabalho dos profissionais de saúde.

O resultado mostra que a redução dos indicadores de infecção do cateter venoso central em 2017, se deu por diversos fatores, estando entres eles o aumento das ações educativas realizadas, com a abrangência de uma equipe multidisciplinar, além de outras ações assistenciais e de gestão realizadas como já mencionado anteriormente.

Para evitar as complicações decorrentes da inserção e manutenção de cateter vascular, é necessário que os profissionais de saúde possuam capacitação técnico-científica quanto às melhores práticas no cuidado com o acesso vascular e trabalhem de forma sincronizada e consistente com o objetivo de garantir uma assistência segura aos pacientes (BRASIL, 2017b).

7 CONCLUSÃO

A partir dos dados presentes nos relatórios, foi possível constatar a redução dos indicadores de infecção, entre os anos de 2014 a 2017, de 4,21 infecções para 3,0 infecções por 1000 pacientes-dia, o menor da instituição.

Conforme o relatório de Gestão Anual da instituição, várias ações foram implantadas em 2017 para redução do indicador de infecção, entre elas são citadas: o curso em EAD de Cateter venoso Central; o lançamento do Protocolo Assistencial de Passagem de Cateter Venoso Central e Periférico; o treinamento de residentes médicos; as ações da Comissão de Cateteres na Hemodiálise; a abertura da sala de passagem de cateter venoso central para pacientes adultos; a divulgação de indicadores e do protocolo assistencial e as capacitações de enfermeiros sobre os cuidados com os cateteres venosos. Ou seja, dentre as ações elencadas como fatores importantes na redução dos indicadores de infecção, estão presentes a realização de diversas ações educativas. A partir disso então, ao se verificar as capacitações realizadas no mesmo período, foi possível constatar que em 2017 houve um aumento nas capacitações realizadas e principalmente no número de participantes e participações destas ações educativas, em média quatro vezes mais quando comparado ao realizado aos anos anteriores, além de um público alvo mais abrangente.

Mesmo que o estudo sobre o indicador de infecção hospitalar e a quantidade de ações educativas realizadas tenha sido efetuado dentro de um período curto de tempo, os resultados mostram uma redução desde 2014 até 2017 em 28,74% no indicador de cateter venoso central, ano em que quadruplicaram as participações nas capacitações deste tema. Esse resultado pode não ser representativo do universo, mas pode indicar que a educação em saúde ajudou na sua redução.

A comparação dos indicadores de infecção primária relacionada ao cateter venoso central e as capacitações realizadas permite uma inferência cuidadosa na relação entre a redução da infecção e as ações educativas. Nos meses em que o indicador de infecção começa a diminuir em 2017, paralelamente, as participações aumentaram, mostrando esta possível interferência, evidenciada pela instituição posteriormente no seu relatório de gestão. Entretanto, as ações educativas por si só,

realizadas de forma isolada, não são as únicas responsáveis pela mudança no processo de trabalho, onde um conjunto de outras ações também foi importante na construção dos resultados do indicador.

Outro dado importante é a necessidade de um investimento significativo nas capacitações, como no referido ano, em que as participações nas capacitações aumentaram quatro vezes quando comparadas aos anos anteriores, para que assim elas pudessem contribuir para a melhoria dos indicadores, visto que alcançar uma mudança de comportamento não é tarefa fácil, requer uma continuidade, um conjunto ações que reforcem o novo processo ou método de trabalho, transformando a mudança temporária em mudança permanente.

Quanto aos limitantes deste estudo, o fato de que não foram verificadas junto aos participantes das capacitações a alteração de conduta, tendo tido como base os dados secundários contidos nos relatórios já mencionados. Uma pesquisa de dados primários, através de entrevistas e/ou questionários sobre o assunto poderia ser interessante para que se possa afirmar o quanto à educação em saúde mudou ou não o processo de trabalho e/ou comportamento do profissional.

Conforme os Relatórios de Gestão e nos Procedimentos Operacionais, o foco das ações educativas da instituição está no desenvolvimento dos colaboradores, através de capacitações com base na Educação Permanente em Saúde, alinhadas ao planejamento estratégico, aos indicadores e às mudanças e melhorias dos processos de trabalho. Porém, também é importante citar que apesar de todos os documentos referenciar a Política de Educação Permanente em Saúde como norteadora das capacitações da instituição, não foi possível verificar se todas as ações elencadas foram baseadas na metodologia que a PEPS preconiza.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Sonia Maria Oliveira de. A pesquisa científica em saúde: concepção e execução. 4. ed. Campo Grande: UFSM, 2011.

BRASIL. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Curso Infecção relacionada à Assistência à Saúde - IRAS. Brasília: Anvisa, 2004a. Disponível em:

<http://www.saude.mt.gov.br/upload/controle-infeccoes/pasta4/modulo1 legis.prog_de_prev_e_controladeinfechospitalar.pdf>. Acesso em: 05 nov 2018.

BRASIL. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (2016- 2020). Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde – GGTS. Brasília, 04 de novembro de 2016a. Disponível em:

<<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3074175/PNPCIRAS+2016-2020/f3eb5d51-616c-49fa-8003-0dcb8604e7d9>>. Acesso em: 05 nov 2018.

BRASIL. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde nº 16: Avaliação dos indicadores nacionais das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) e Resistência microbiana do ano de 2016. GVIMS/GGTES/ANVISA. Dezembro de 2017a.

Disponível em:

<<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/boletim-seguranca-do-paciente-e-qualidade-em-servicos-de-saude-n-16-avaliacao-dos-indicadores-nacionais-das-infeccoes-relacionadas-a-assistencia-a-saude-iras-e-resistencia-microbiana-do-ano-de-2016>>. Acesso em: 05 nov 2018.

BRASIL. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília: Anvisa, 2017b.

Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+4+-+Medidas+de+Preven%C3%A7%C3%A3o+de+Infec%C3%A7%C3%A3o+Relacionada+%C3%A0+Assist%C3%A2ncia+%C3%A0+Sa%C3%BAde/a3f23dfb-2c54-4e64-881c-fccf9220c373>>. Acesso em: 05 nov 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011. 120 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011). Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v.9.pdf>. Acesso em: 14 nov 2018.

BRASIL. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Protocolo de Prevenção de Infecção de Corrente Sanguínea; 2016b. Disponível em:

<<http://www.ebserh.gov.br/documents/220250/1649711/Protocolo+preven%C3%A7%C3%A3o+ICS.pdf/b5d860cb-e3a9-4585-b039-86bf1202dcc7>>. Acesso em: 15 maio de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Portaria nº 198/GM em 13 de fevereiro de 2004b. Disponível em:

<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>>. Acesso em: 04 set 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 9, 2009. Disponível em:

<<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/396770/Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Educa%C3%A7%C3%A3o+Permanente+em+Sa%C3%BAde/c92db117-e170-45e7-9984-8a7cdb111faa>>. Acesso em: 19 mar 2018.

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

Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vpdf.pdf>. Acesso em: 04 set 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em:

<<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/dezembro/13/Politica-Nacional-de-Educacao-Permanente-em-Saude.pdf>>. Acesso em: 22 mar 2019.

BRASIL. Sistema Único de Assistência Social – SUAS. Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS. Brasília, dezembro de 2006. Disponível em:

<<http://www.assistenciasocial.al.gov.br/sala-de-imprensa/arquivos/NOB-RH.pdf>>. Acesso em: 4 set 2018.

CECCIM, Ricardo B.; Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, RJ, v. 10 n.4. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n4/a20v10n4.pdf>. Acesso em: 4 ago 2018.

DALTOE, Tiago; et. al. Serviços de Controle de Infecção Hospitalar: características, dimensionamento e atividades realizadas. Revista Sociedade Brasileira de Clínica Médica. São Paulo, v.12, n.1, 2014. p.35-45. Disponível em:

<<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2014/v12n1/a4041.pdf>>. Acesso em: 5 nov 2018.

DAVINI, María Cristina. Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília. DF. 2009. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanent_e_saude.pdf>. Acesso em: 22 fev 2019.

FALKENBERG, Mirian Benites; et. al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19.

n.3. 2014. p.847-852. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n3/1413-8123-csc-19-03-00847.pdf>>. Acesso em: 11 set 2018.

FARIA, Helaynne X.; ARAUJO, Maristela D; Uma Perspectiva de Análise sobre o Processo de Trabalho em Saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. *Saúde Sociedade*. São Paulo, v.19, n.2, 2010. p.429-439. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n2/18.pdf>>. Acesso em: 14 nov 2018.

FARIAS, Pablo Antônio Maia de; MARTIN, Ana Luiza de Aguiar Rocha; CRISTO, Cinthia Sampaio. Aprendizagem Ativa na Educação em Saúde: Percurso Histórico e Aplicações. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Brasília, DF, v. 39, n. 1. 2015. p.143-158. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v39n1/1981-5271-rbem-39-1-0143.pdf>. Acesso em: 20 mar 2019.

FERNANDES, V.F.; et al. Análise da Taxa de Infecção Hospitalar em um Hospital Universitário do Rio Grande do Sul. Congresso brasileiro de medicina hospitalar; congresso gaúcho de clínica médica. II e XII. 2014. Porto Alegre. São Paulo: Editora Blucher, v.1, n.5, 2014. p.15. Disponível em <<http://pdf.blucher.com.br.s3-sa-east-1.amazonaws.com/medicalproceedings/2cbmh/006.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2018.

FERRAZ, Livia Lima. A educação a distância na educação permanente dos profissionais de saúde: revisão. *Revista Eletrônica Gestão e Saúde*. Brasília, v.1, n.1, 2013. Edição especial. p. 1840-1849. Disponível em:

<<http://periodicos.unb.br/ojs248/index.php/rgs/article/view/22981/16503>>. Acesso em: 25 fev 2019.

FRANCO, T.B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. Rio de Janeiro, V.11, n.23. 2007. p.427-38. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/icse/v11n23/a03v1123.pdf>>. Acesso em: 14 nov 2018.

GIGANTE, Renata L.; CAMPOS, Gastão W. de S.; Política de Formação e Educação Permanente em Saúde no Brasil: Bases Legais e Referências Teóricas.

Trabalho, Educação & Saúde, Rio de Janeiro, v. 14 n.3. 2016. p.747-763. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v14n3/1678-1007-tes-14-03-0747.pdf>>. Acesso em: 8 ago 2018.

GIL, Antônio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas, 2002.4. ed.

GIROTI A.L.B; et al. Programas de Controle de Infecção Hospitalar: avaliação de indicadores de estrutura e processo. *Revista Escola de Enfermagem da USP*. USP. São Paulo, v. 52. 2018. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342018000100437&lng=pt&nrm=i>. Acesso em: 11 nov 2018.

HOSTINGER. O Que é uma Query em um Banco de Dados? 21 de janeiro de 2019. Disponível em: <<https://www.hostinger.com.br/tutoriais/o-que-e-query>>. Acesso em: 18 mar 2019.

JUSTO, Adriana Maiarotti; et al. Bases para Diálogos e Reflexões em Educação Permanente em Saúde. Rio de Janeiro: SED, 2018. Disponível em:

<<https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MTkzMTY%2C>> Acesso em: 22 mar 2019.

MACIEL, Marjorie Ester Dias. Educação em Saúde: conceitos e propósitos. Cogitare Enfermagem. Curitiba, PR, v. 14. n. 4. 2009. p.773-776. Disponível em:

<<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/16399/10878>>. Acesso em: 11 set 2018.

MANCIA, Joel Rolim; CABRAL, Leila Chaves; KOERICH; Magda Santos. Educação Permanente no Contexto da Enfermagem e na Saúde. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 57, n.5. 2004. p.605-610. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a18v57n5.pdf>>. Acesso em: 11 set 2018.

MEDINA, Maria G. et al. Uso de Modelos Teóricos na Avaliação em Saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Zulmira; SILVA, Lígia M. V. (orgs.).

Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador/Rio de Janeiro. EDUFBA e Ed. Fiocruz, 2005.

MENDONÇA, Katiane M.; NEVES, Heliny C. C.; BARBOSA, Divina F. S.; et al. Atuação da Enfermagem na Prevenção de Controle de Infecção de Corrente Sanguínea Relacionada a Cateter. Revista Enfermagem. UERJ. Rio de Janeiro. v.

19. nº 2. 2011 Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a26.pdf>. Acesso em: 07 nov 2018.

MITRE, Sandra Minardi et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v.13. Suplemento 2. 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s2/v13s2a18.pdf> >. Acesso em: 25 de fevereiro de 2019.

OLIVEIRA, Marluce Alves Nunes. Educação à Distância como estratégia para a educação permanente em saúde: possibilidades e desafios. Revista Brasileira de

Enfermagem. Brasília. DF. v. 60, n.5. 2007. p.585-589. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n5/v60n5a19.pdf> >. Acesso em: 26 de fevereiro de 2019.

OLIVEIRA, Francimar Tinoco de; et al. Comportamento da equipe multiprofissional frente ao Bundle do Cateter Venoso Central na Terapia Intensiva. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. v.20. n.1. 2016. p.55-62. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0055.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2018.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; ROSS, Marco Aurélio Da. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro. v. 32, n.4. 2008. p.492-498. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n4/v32n4a12.pdf>>. Acesso em: 4 ago 2018.

REIS, Marcos A. S. dos; et al. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. v.11. n.23, 2007. p.655-666 Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/icse/v11n23/a22v1123.pdf>>. Acesso em: 14 nov 2018.

ROGEL, Claudia da Silva Pinto; VIEIRA, Maurício Alves. Educação permanente em saúde através da EAD. Congresso nacional universidade EAD e Software Livre. Nacional Universidade EAD e Software Livre - UEADSL. Belo Horizonte. Anais do Congresso v. 1. n. 2. 2011. Disponível em:

<<http://www.periodicos.letras.ufmg.br/index.php/ueadsl/article/view/2840>>. Acesso em: 15 dez 2015.

SANTOS, Adélia Aparecida Marçal dos; et al. Fortalecendo o Desempenho Hospitalar em Brasil. In: Programa de Pesquisas Hospitalares em Busca de Excelência: Diagnóstico do Controle da Infecção Hospitalar no Brasil. 2005.

Disponível em:

<http://www.anvisa.gov.br/servicosauade/controle/Infectedes%20Hospitalares_diagnostico.pdf>. Acesso em: 15 maio 2018.

SANTOS, Saymom Fernando. et al. Ações de enfermagem na prevenção de infecções relacionadas ao cateter venoso central: uma revisão integrativa. Revista da Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico – SOBECC. São Paulo. v.19. n. 4. 2014. p. 219-225. Disponível em:

<http://sobecc.org.br/arquivos/artigos/2015/pdfs/v19n4/SOBECC_v19n4_219-225.pdf>. Acesso em: 07 nov 2018.

SIGNOR, Eduarda. et al. Educação Permanente em Saúde: desafios para a gestão em saúde pública. Revista Enfermagem. UFSM. v.5. n.1. 2015. p.1-11. Disponível em:

<<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/14766/pdf>>. Acesso em: 18 de maio de 2018.

SILVA, Adriane das Neves. et al. Limites e possibilidades do ensino à distância (EAD) na educação permanente em saúde: revisão integrativa. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.20, n. 4. 2015. p.1099- 1107. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n4/1413-8123-csc-20-04-01099.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2016.

SILVA, Mariana Paiva Damasceno; MELO, Marlene Catarina de Oliveira Lopes; MUYLDER, Cristiana Fernandes de. Educação à distância em foco: um estudo sobre a produção científica brasileira. Revista de Administração Mackenzie. São Paulo, v. 16, n. 4. 2015. p.202-230. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/ram/v16n4/1518-6776-ram-16-04-0202.pdf>>. Acesso em: 24 fev 2019.

STROSCHEIN, Karina Amadori; ZOCCHÉ, Denise Antunes Azambuja. Educação permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 9. n.3, 2011. p.505-519. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v9n3/v9n3a09.pdf>>. Acesso em: 6 jun 2016.

TORREZ, Milta Neide Freire Barron. Educação a distância e a formação em saúde: nem tanto, nem tão pouco. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v.3. n.1, 2005. p.171-186. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v3n1/09.pdf>>. Acesso em: 24 fev 2019.

Capítulo 11



10.37423/230808125

USO DAS TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO (TICS) PARA A QUALIFICAÇÃO DE PROFISSIONAIS EM UM HOSPITAL NA PANDEMIA DA COVID-19

Joseane Stahl Silveira

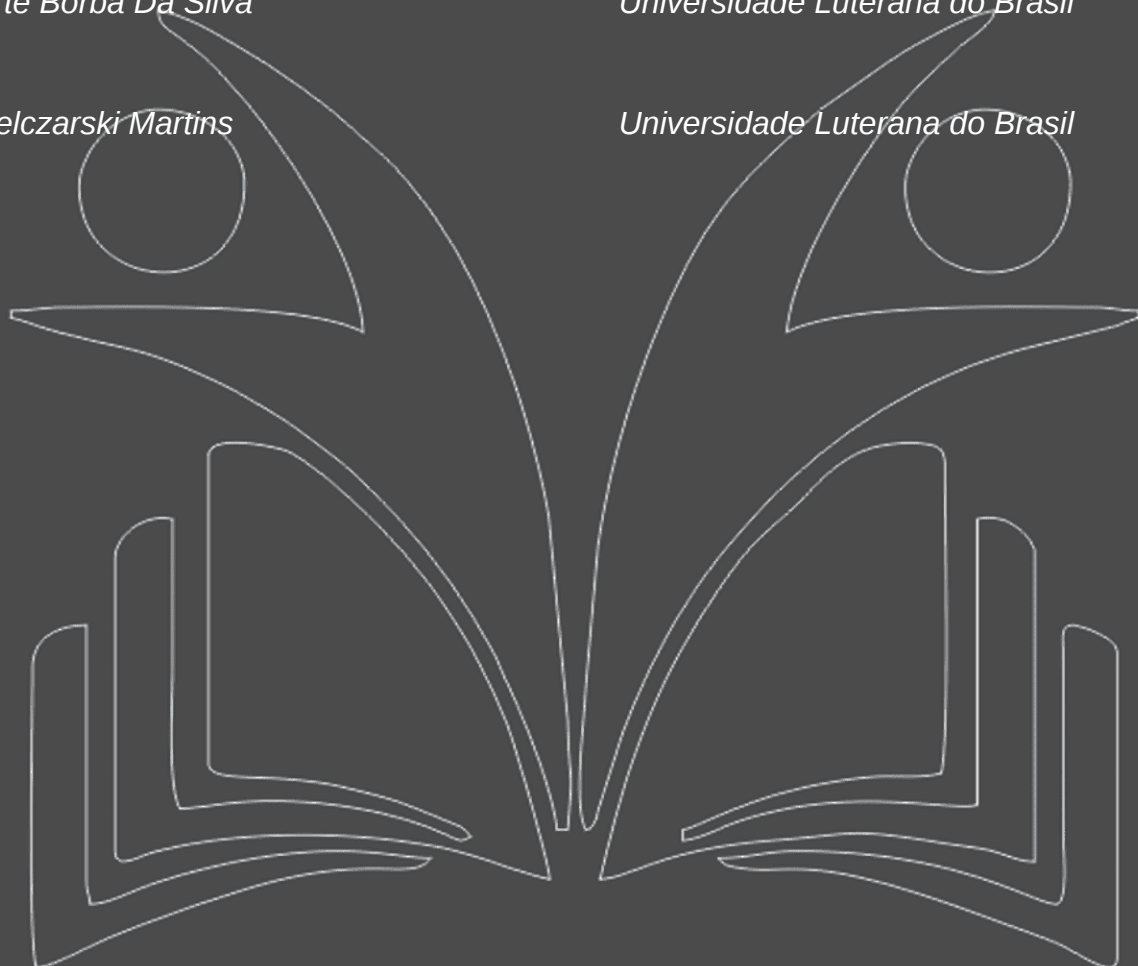
Universidade Luterana do Brasil

Lyana Duarte Borba Da Silva

Universidade Luterana do Brasil

Roberta Mielczarski Martins

Universidade Luterana do Brasil



Resumo: O objetivo deste estudo é demonstrar como a educação na saúde sofreu modificações ao longo da pandemia de Covid-19, utilizando-se principalmente das tecnologias da informação e comunicação (TICs) para intermediar as ações educativas durante este período. O estudo foi realizado em um hospital público-universitário, de Porto Alegre - RS. Trata-se de uma pesquisa quantitativa descritiva, que traz dados de cunho documental acerca da realidade vivenciada a partir da pandemia. Para a análise das ações educativas, foram utilizados os relatórios do sistema informatizado, identificando as capacitações realizadas antes e durante a pandemia da Covid-19, quanto a sua modalidade. A partir de 2020, verificou-se um aumento significativo das capacitações realizadas através das duas principais ferramentas utilizadas na instituição, Moodle e Google Meeting, prevalecendo sobre as capacitações realizadas presencialmente, passando da média de 59% do total de participações para uma média de 77% das participações. Em diálogo com o referencial teórico que embasa as questões educacionais alinhadas com a educação permanente na saúde, foi possível analisar os dados relativos aos processos de qualificação e verificar como a instituição se adaptou em relação às suas práticas educativas frente à pandemia da Covid-19, fortalecendo, a partir dela, o uso de ferramentas da tecnologia da informação e comunicação (TICs) para a educação a distância (EAD). Mesmo decretado o fim da pandemia da Covid-19, permanecem as estratégias adotadas neste período e que obtiveram êxito, consolidando a Educação a Distância como uma estratégia educacional eficiente e de qualidade.

Palavras-chave: Educação Continuada; Educação a Distância; Pandemia; Covid-19; Aprendizagem em Saúde; Educação Permanente em Saúde.

INTRODUÇÃO

A pandemia de Covid-19 constituiu o maior desafio enfrentado pelos sistemas de saúde do mundo, desde que surgiram os primeiros casos na China, em 2019¹. Em janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou o surto do vírus da Covid-19 uma emergência de saúde pública de importância internacional. Em março do mesmo ano, caracterizou-o como uma pandemia. Essa situação exigiu de todos os países a elaboração de políticas públicas emergenciais em curto, médio e longo prazo, com o objetivo de conter a velocidade de contágio².

Nesse contexto crítico, surgiu a necessidade premente de encontrar abordagens seguras para instruir os profissionais da área da assistência acerca dos procedimentos a serem adotados, visando evitar a propagação do novo vírus. Adicionalmente, atividades intrínsecas à rotina hospitalar prosseguiram, mas, uma vez mais, demandaram adaptações significativas devido à iminência do contágio, resultando em alterações nos protocolos até então vigentes nos serviços de assistência à saúde, evidenciando que os profissionais não estavam preparados para atuar no enfrentamento da Covid-19³.

Em virtude do iminente perigo de contágio enfrentado pelos trabalhadores, foi essencial estabelecer um conjunto de prioridades que orientasse a reestruturação dos procedimentos laborais, com a intenção de proporcionar a formação adequada aos profissionais envolvidos no cuidado de pacientes suspeitos ou diagnosticados com Covid-19. Ademais, as adequações na rotina dos profissionais foram necessárias para dar continuidade ao atendimento de centenas de pessoas, tornando urgente a retomada de novos e rotineiros processos com profissionais, pacientes e familiares. Diante dessas situações desafiadoras no contexto da pandemia, as instituições de saúde de todo o mundo precisaram adaptar não só a sua forma de trabalhar, mas também formas de se qualificar, tornando a educação na saúde fundamental para atender às dinâmicas transformações e incertezas impostas pela pandemia. Segundo o Glossário eletrônico do Ministério da Saúde⁴, Educação na Saúde é a “produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular”.

A Educação Permanente em Saúde foi estabelecida como política de formação e desenvolvimento do Sistema Único de Saúde, pela Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, sendo definida como a estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor⁵. Ela se fundamenta na premissa da aprendizagem que efetivamente agrega valor e na perspectiva de concretamente remodelar as práticas profissionais, configurando-se intrinsecamente na vida diária tanto das pessoas quanto das organizações. Sua essência consiste em derivar dos

desafios que se manifestam na realidade, recorrendo à análise crítica do próprio processo de trabalho como ponto de partida, partindo, desse modo, da problematização do processo de trabalho⁵.

Nos dias atuais, é notório que a abrangência da Política de Educação Permanente em Saúde transcende as fronteiras das diversas esferas que compõem o setor de saúde, exercendo uma influência diretriz abrangente sobre uma ampla gama de atividades voltadas para o aprimoramento contínuo dos profissionais que atuam nesse campo vital. Uma política de educação para o SUS envolve não somente o desenvolvimento dos profissionais de saúde que já estão trabalhando no SUS, também envolve estudantes, docentes, pesquisadores, gestores de ensino e gestores de informação científico-tecnológica que estão em seus respectivos nichos ocupacionais⁶.

À luz das considerações previamente apresentadas, torna-se patente a compreensão de que os domínios da educação e da saúde mantêm uma estreita e inseparável conexão, evoluindo de mãos dadas para se adaptarem às metamorfoses da sociedade. Nesse contexto, em meio aos desafios impostos pela pandemia, essa interligação se revela ainda mais essencial e inextricável. Durante este período, observou-se um relevante esforço em busca de condutas terapêuticas mais eficazes para reduzir a mortalidade dos pacientes, e juntamente com este esforço, a necessidade de adotar estratégias de aprendizagem, a fim de incorporar os novos conhecimentos qualificadores da prática profissional⁷. No momento em que a sociedade globalizada se viu imersa em mudanças radicais, emergiu a urgente demanda por uma curva de aprendizado acelerada acerca de um novo vírus. Simultaneamente, a expansão das capacidades educacionais tornou-se uma necessidade imperativa para atender às exigências de formação profissional, levando em consideração o contexto de distanciamento social que estava sendo imposto naquele momento.

A realidade é que houve, de maneira incontestável uma quebra de paradigmas na educação, sem precedentes, devido à disseminação da Covid-19. Isto não somente impulsionou de forma significativa o ritmo da inovação, mas também ampliou os obstáculos a serem enfrentados. Nesse panorama, emergiram múltiplas propostas de caráter global, todas voltadas para a adaptação dos processos educacionais a essa realidade inédita e intrincada que se apresentou. Nesse processo de conformidade, as instituições educacionais de todo o mundo precisaram se reorganizar e se reestruturar para dar respostas, dentro do seu contexto e de suas possibilidades, a esse grande desafio⁸.

O Ministério da Saúde emitiu diretrizes recomendando a adoção de medidas preventivas visando mitigar os riscos de infecção entre os profissionais de saúde. Nesse contexto, ficou evidente uma

dualidade de preocupações que orientou a formulação dessas orientações. Por um lado, havia a imperiosa necessidade de capacitar os profissionais da saúde para enfrentar uma doença inédita, cuja fisiopatologia ainda permanecia em grande parte desconhecida. Por outro lado, esse imperativo se desdobrava em um cenário onde tratamentos específicos ainda eram incipientes. Diante dessas mudanças, ao mesmo as evidências mostravam a alta transmissibilidade do vírus. Com isso surgia a necessidade premente de proteger os trabalhadores que assistiam diretamente os casos clínicos³.

Diante do cenário da pandemia de Covid-19, o hospital em questão precisou se adaptar rapidamente a esta realidade de incertezas, repensando as práticas de qualificação para que fosse possível conciliar o momento de pandemia com a crescente necessidade de atendimento qualificado e seguro para a população. Dessa forma, as capacitações necessárias, para formação em serviço, foram adaptadas, principalmente para o ambiente virtual, utilizando os recursos da Educação à Distância (EAD) e das Tecnologias da Informação e da Comunicação (TICs) para desenvolver tais capacitações.

A EAD, enquanto abordagem pedagógica, não se configura como uma novidade recente, tanto dentro do contexto do hospital mencionado, quanto no âmbito mais amplo da área da saúde e do campo educacional como um todo. Sua presença e utilização remontam a períodos anteriores, evidenciando-se como uma prática já consolidada e reconhecida por sua relevância. No Brasil, foi reconhecida como modalidade regular do sistema educacional brasileiro com a Nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, aprovada em 20 de dezembro de 1996, evidenciando seu crescimento através do aumento do número de cursos regulares oferecidos nesta modalidade.

Entretanto, a EAD ganhou espaço não só nos ambientes acadêmicos, mas também em ambientes não escolares, pois ela oportuniza a ampliação de situações de aprendizado, facilitando o acesso ao conhecimento, além de oferecer recursos e métodos que condizem com o perfil atual dos alunos e das organizações. Destaca-se também pela utilização de novas ferramentas pedagógicas, que pela complexidade envolvida, requerem dos alunos maior responsabilidade e disciplina para alcançar os objetivos propostos pelo curso, pois proporciona autonomia na organização dos estudos, flexibilidade de horário e localização e independência no ritmo de aprendizagem⁸.

Diante do exposto, objetiva-se demonstrar no contexto da educação na saúde, em um hospital universitário, as possibilidades e desafios de dar continuidade à educação na saúde em meio à pandemia, utilizando a formação à distância, intermediada por duas ferramentas da tecnologia da informação e comunicação (TICs), para a qualificação profissional em um cenário de incertezas e

distanciamento social e como essa alternativa pode ser eficaz para a integração de locais distintos em um ambiente comum, mesmo no pós-pandemia.

DESENVOLVIMENTO

O estudo foi desenvolvido em um hospital público-universitário da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul (RS). É um hospital terciário, inserido nas redes nacional, estadual e municipal da saúde, com os macroprocessos finalísticos de Assistência, Ensino e Pesquisa.

No intuito de consolidar seu vínculo inabalável com a sociedade, o hospital mobilizou todos os membros da instituição a abraçar os mais elevados padrões de qualidade e segurança, almejando incessantemente o aprimoramento constante de seus serviços. Sob essa perspectiva, uma série de iniciativas educacionais são executadas com o propósito de capacitar e elevar as habilidades das equipes, conferindo prioridade às diretrizes de qualidade assistencial, à expansão das competências e à promoção da gestão do conhecimento.

O hospital possui um Plano de Educação e Desenvolvimento de Pessoas que visa definir as ações de desenvolvimento dos colaboradores, contribuindo para a excelência na prestação de serviços de forma a garantir a melhor qualidade assistencial e o alinhamento com as políticas públicas de saúde. Tem como objetivo instituir, implementar e regulamentar as ações para educação e desenvolvimento de pessoas, respeitando a legislação vigente. O plano delimita que a Educação e o Desenvolvimento de Pessoas estejam alinhados à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde⁵. Informa, ainda, que as necessidades de capacitação e desenvolvimento são identificadas de acordo com as definições estratégicas da instituição, os projetos e programas institucionais, os indicadores de qualidade assistencial, as alterações de processos ou adoção de novas tecnologias, bem como através de demandas pontuais dos setores.

Para sistematizar a capacitação dos colaboradores em assuntos considerados fundamentais para a sua atuação profissional, é elaborada anualmente a Matriz de Capacitação, cujos temas estão diretamente relacionados às orientações estratégicas da instituição e à qualificação das práticas de assistência e segurança dos pacientes, considerando o desenvolvimento de competências necessárias, contribuindo para os resultados almejados pelo hospital. Essa matriz é constituída por temas de abrangência institucional, com conteúdos imprescindíveis a toda comunidade interna, além de temas específicos, conforme a função e área de atuação do profissional.

O setor do hospital, responsável pelas qualificações, é o responsável por acompanhar as ações de formação e de educação dos colaboradores da instituição. Esta área é responsável pelo planejamento, acompanhamento e análise de políticas de ensino e qualificação, relacionadas aos processos de Gestão de Pessoas. Realização do planejamento, implementação, acompanhamento e análise das ações referentes à qualificação dos profissionais da instituição, bem como à atualização de seus respectivos currículos dos colaboradores, conforme previsto no planejamento da área e da instituição, visando contribuir para a qualificação de seus profissionais.

Até o ano de 2010, o enfoque predominante na instituição quanto à capacitação e ao progresso profissional residia principalmente na implementação de iniciativas educativas de natureza presencial, como parte integrante de sua abordagem corporativa. Entretanto, somente essa modalidade não atendia à demanda, em razão do elevado contingente de profissionais a serem capacitados, bem como suas diferentes necessidades, além do grande número de colaboradores e o fato da instituição funcionar durante 24 horas do dia. Portanto, a partir do ano de 2010, estabeleceu-se como uma das diretrizes institucionais a implementação de programas de capacitação na modalidade a distância. Uma infraestrutura física foi providenciada, acompanhada por uma equipe multifacetada, resultando na efetivação dessa empreitada e, por conseguinte, na ampliação das oportunidades e aprimoramento das habilidades profissionais.

Quando se fala em educação corporativa, fala-se da prática de gestão de pessoas que tem como objetivo reunir iniciativas com o objetivo de promover, manter e disseminar o processo de aprendizagem de forma estruturada e focada nas competências essenciais de cada função ocupada pelo quadro de trabalhadores de uma organização¹⁰.

Por isso, devido às peculiaridades do trabalho e do trabalhador da saúde, somadas ao acesso cada vez mais facilitado às tecnologias de comunicação e informação (TICs), a instituição passou a investir fortemente em ações educativas realizadas na modalidade a distância, principalmente no que tange o desenvolvimento dos cursos da Matriz de Capacitação. Esta modalidade é uma das estratégias para a realização de ações educativas voltadas aos profissionais, possibilitando a ampliação do público-alvo abrangido, de acordo com as características da instituição.

É possível verificarmos que os perfis do aluno da EAD e do profissional da saúde se aproximam:

A educação permanente é uma necessidade premente para os profissionais da saúde, para que eles desenvolvam uma postura crítica, autoavaliativa, autoformadora e autogestora de seu aprendizado. Essas características vão ao encontro do perfil de aluno ideal para Educação a Distância¹¹.

Assim, desde o ano de 2010, o hospital passou a desenvolver e disponibilizar cursos em EAD no ambiente virtual de aprendizagem (AVA) Moodle (Modular Object Oriented Dynamic Learning Enviroment). A opção pelo AVA Moodle levou em consideração o fato de ser um software livre e de múltiplas funcionalidades, com interface amigável e navegação simples, tendo sido um facilitador da implantação da nova modalidade de educação.

Os cursos em EAD são desenvolvidos internamente ou com auxílio de empresa contratada, adotando uma abordagem personalizada que se ajusta perfeitamente às demandas da instituição, conforme delineado pela Matriz de Capacitação. Uma característica marcante é a participação de especialistas internos do hospital, detentores do conhecimento, que colaboram como conteudistas. A divisão de capacitação se encarrega de planejar, elaborar e disponibilizar os cursos, conduzindo todo o processo. Um esforço cuidadoso de monitoramento e avaliação da satisfação é efetuado após o lançamento dos cursos ao público-alvo, objetivando não apenas alcançar o público previsto, mas também assegurar o controle dos resultados almejados.

Durante a pandemia da Covid-19, a instituição foi um dos hospitais de referência para o atendimento a pacientes infectados, sendo necessário que a instituição adotasse estratégias, não somente na parte assistencial, mas em todas as áreas, se mobilizando para poder atender à emergência em saúde imposta: revisão de processos assistenciais e não assistenciais, adequação e ocupação de espaços físicos, novas contratações e realocações internas, realização de trabalho remoto para quem era possível, gerando assim um envolvimento de toda a instituição com a realidade vivenciada no momento. Nesse sentido¹⁰:

Desenvolver pessoas e gerar aprendizagem organizacional revela-se indispensável para as organizações crescerem e atingirem suas metas e objetivos, pois precisam de um corpo técnico capacitado e desenvolvido que deixe um legado prático do que aprendeu e seja capaz de dar vazão às estratégias institucionais.

Além disso, foi essencial para o hospital recrutar um considerável contingente de profissionais em um curto intervalo de tempo, ampliando sua equipe para enfrentar os casos de coronavírus. Isso gerou uma urgente e decisiva necessidade de prover uma capacitação veloz e pragmática a esses novos integrantes, uma vez que estavam sendo incorporados durante um período singular e atípico. A tarefa consistia não somente em instruí-los, mas também em acolhê-los de maneira eficaz através de processos de integração que se estendiam tanto à esfera institucional quanto à segmentar, especialmente considerando que, em diversos casos, esses profissionais adentravam sem experiência

prévia, demandando, assim, um suporte capacitativo específico para desempenhar suas funções com competência nos serviços prestados.

Nesse viés, em março de 2020, foram liberadas 775 vagas temporárias (com vigência de dois anos) para contratação de profissionais de diferentes cargos, viabilizando a abertura de novos leitos de tratamento intensivo. Diversos cadastros de candidatos de processos seletivos anteriores, ainda vigentes, foram utilizados para chamamento de profissionais, mas se tornaram insuficientes para atender à necessidade. Foram realizados, então, processos seletivos simplificados para várias funções.

Ainda, o hospital abriu cadastro de profissionais e estudantes voluntários, formando um banco de dados de reserva, para chamamento conforme a evolução da demanda e as necessidades das equipes assistenciais. A procura pelo voluntariado totalizou 869 inscritos, sendo 684 estudantes e 185 profissionais. Após entrevista e realização de cursos a distância com informações importantes para a atuação no hospital, ingressaram como voluntários 51 estudantes e 46 profissionais.

Além disso, com a finalidade de reduzir a circulação de pessoas dentro do hospital, foi implementado o regime emergencial de teletrabalho, nas situações em que este se fazia possível, sem prejuízos aos serviços do hospital. Os profissionais acessavam remotamente os sistemas corporativos, continuaram desenvolvendo suas atividades e contribuíram, desse modo, decisivamente no enfrentamento da pandemia.

Conforme a Organização Pan-Americana da Saúde², o planejamento de recursos humanos é essencial para garantir a preparação para a resposta, ampliar a capacidade para demanda em momento de pico e garantir uma quantidade suficiente de trabalhadores da saúde que sejam mais eficientes e produtivos, fornecendo a eles treinamento, proteções, direitos, reconhecimento e ferramentas necessárias para desempenhar suas funções.

Em se tratando de uma emergência sanitária de escala global, com grandes implicações sociais e econômicas, conforme pesquisa realizada por Neves, Fialho e Machado (2021)⁷, os profissionais, em sua maioria, declararam-se surpresos com a grandeza do desafio lançado pela pandemia do novo coronavírus. Também demonstraram que não estavam suficientemente preparados e que se sentiam receosos em relação aos desfechos mais graves, como a morte, sendo-lhes indispensável acompanhar os estudos e propostas de tratamentos mais inovadores.

Com este novo cenário e a necessidade de adoção de estratégias que pudessem dar conta de capacitar os profissionais para a realidade do momento, o hospital passou a buscar alternativas para a qualificação de seus colaboradores, sendo este o objeto da análise deste artigo.

METODOLOGIA

A pesquisa realizada neste estudo foi classificada como quantitativa e descritiva, através da coleta e análise de dados secundários de cunho documental.

Pesquisas quantitativas são indicadas para responder a questionamentos que passam por conhecer o grau e a abrangência de determinados traços em uma população, esta também é uma forma de estar sensível aos problemas sociais. Há, nesse tipo de pesquisa, um caráter mais ou menos generalizador; contudo a preocupação em relacionar a pesquisa aos contextos enriquece o trabalho¹².

A pesquisa qualitativa preocupa-se com o aprofundamento da compreensão, com aspectos da realidade, com foco na compreensão e na explicação da dinâmica das relações sociais, em que o objetivo da amostra é o de produzir informações aprofundadas e ilustrativas. É frequentemente utilizada nos estudos que avaliam a experiência humana, que exploram a cultura, que relatam experiências de vida ou que estudam casos^{13,14}.

Nesta pesquisa, a amostra foi composta pelos participantes das capacitações realizadas dentro do período elencado, considerando todos os colaboradores atuantes na instituição.

Visando o acompanhamento e a alimentação das informações dos servidores, todas as ações de capacitação realizadas na instituição são cadastradas em sistema eletrônico de gerenciamento de informações da área de gestão de pessoas.

Este sistema informatizado de gestão de pessoas alimenta os relatórios de acompanhamento das ações educativas, indicadores e o currículo do profissional, servindo de base de consulta e análise para os processos de gestão. Nesse contexto, para análise das informações das ações educativas, foram gerados relatórios do sistema informatizado, denominadas *Querys*.

A *Query* é um processo de extração de informações de um banco de dados e sua apresentação em forma adequada ao uso¹⁵. Elas são geradas através do sistema informatizado e transformam os dados em uma planilha, sendo possível, assim, o tratamento e a análise das informações.

A partir da geração das *Querys de capacitação*, foram aplicados os seguintes filtros principais: tipo de participação, nome do ambiente e data fim. Desse modo, para fins deste estudo, no tipo de participação, foram considerados somente os registros como participante da capacitação. Os outros

tipos de participações, como instrutor, supervisor etc., não foram incluídos, visto que o objeto é o funcionário como educando no processo de ensino / aprendizado.

Para o ambiente de realização, foram selecionadas as participações em capacitações presenciais e em educação à distância, realizadas por intermédio do hospital. Quanto ao período, para a inclusão da capacitação nas análises, foi considerada a data fim do evento, que aconteceu entre 01/01/2017 e 31/12/2022.

A partir disso foram identificadas e analisadas as capacitações realizadas antes e durante a pandemia da Covid-19, quanto a sua realização, para comparativo qualitativo. Para análise destes dados quantitativos, foram organizadas tabelas comparativas, mostrando a evolução dos indicadores em cada modalidade.

Resultados

Com o plano de contingência adotado pela instituição para o enfrentamento à Covid-19, as atividades educacionais presenciais que pudessem gerar aglomeração foram canceladas, limitando assim o número de participantes de atividades em grupos presenciais e, conseqüentemente, afetando diretamente as ações de capacitação. As atividades presenciais foram mantidas, quando necessárias, limitadas a 8 pessoas, desde que fosse possível respeitar as recomendações de afastamento e o uso dos equipamentos de proteção individuais.

A dinâmica integral da instituição foi profundamente afetada pelo contexto, o que se refletiu em uma transformação notável dos processos educacionais. Como resultado, tornou-se indispensável reestruturar os procedimentos operacionais e reconfigurar a estrutura das atividades educativas para se adaptar às peculiaridades impostas pelo vírus. Esse reajuste ocorreu concomitantemente com a manutenção do atendimento a numerosos pacientes. A necessidade de revisitar os processos internos, introduzir modificações nos procedimentos, aumentar o quadro de funcionários e elevar o nível de capacitação dos profissionais emergiram como algumas das intervenções imediatas incontornáveis.

As áreas assistenciais, juntamente com a área responsável pela educação na saúde da instituição, buscaram alternativas para dar continuidade aos processos educativos no hospital, crescendo assim a utilização das ferramentas de tecnologia da informação e comunicação (TICs). A orientação, principalmente aos profissionais da área de enfermagem e área médica, em relação ao uso de

tecnologias que pudessem auxiliar no desenvolvimento de ações educativas, foram algumas das adaptações necessárias.

Desde a sua introdução na estrutura hospitalar, pode-se observar que a modalidade EAD passou a ser amplamente aceita, evidenciando um crescimento progressivo e contínuo de ano para ano. De acordo com o que é evidenciado no Gráfico 1, desde o início em que a modalidade EAD foi implantada na instituição, a média mensal de cursos disponibilizados via Moodle vem crescendo. Além disso, especificamente entre os anos de 2020 e 2021, os mais afetados pela pandemia, foi possível observar um acréscimo significativo no número médio de capacitações ofertadas na modalidade. Já no ano de 2022, quando as atividades presenciais tiveram uma retomada gradual, é possível observar uma pequena queda na média mensal de cursos oferecidos na modalidade EAD.

Gráfico 1. Média Mensal de Cursos Ofertados



Fonte: Elaborado pelas autoras

Verificamos que neste período cresceu a solicitação, o desenvolvimento e a participação em cursos na modalidade de educação a distância realizadas através do Moodle. Além disso, foram desenvolvidos novos cursos em EAD visando a integração dos novos funcionários e orientações específicas, visando o combate ao Covid-19, principalmente para as áreas de Emergência e Terapia Intensiva, que tiveram um aumento de quadro significativo neste período.

Novas ações de capacitação em Educação a Distância foram construídas e disponibilizadas para atender aos protocolos de prevenção e enfrentamento da Covid-19. Elas foram realizadas abrangendo funcionários, professores, residentes, estagiários, acadêmicos, pesquisadores e voluntários.

Ao total, em 2020, foram registradas 24.129 participações e 31.885 horas de capacitações em ações educativas voltadas ao enfrentamento da Covid-19. Alguns destaques entre os principais cursos desenvolvidos:

- Orientações Sobre o Uso de Equipamento de Proteção Individual na Paramentação e Desparamentação nos Cuidados em Saúde;
- Uso de EPIs na Assistência ao Paciente com Suspeita de Covid-19;
- Covid-19: Prevenção, Proteção e Enfrentamento;
- Cuidados e Rotinas de Enfermagem no CTI Adulto;
- Educação em Controle de Infecção Hospitalar: Coronavírus;
- Boas Práticas de Segurança do Paciente e Profissionais;
- Abordagem de Mediação nas Equipes de Trabalho Diante da Pandemia.

Além do aumento dos cursos em EAD via Moodle e o consequente aumento de participações nesta modalidade, também passou-se a recomendar a realização de atividades educativas de forma síncrona, através do Google Meet.

O Google Meet é um serviço de comunicação desenvolvido pelo Google e que faz parte das ferramentas disponibilizadas pela instituição, possibilitando a comunicação via videoconferência. Em um momento no qual era exigido o distanciamento social, foi imprescindível a utilização de tal tecnologia para aproximar novamente as pessoas e dar continuidade ao desenvolvimento de ações educativas junto aos profissionais do hospital.

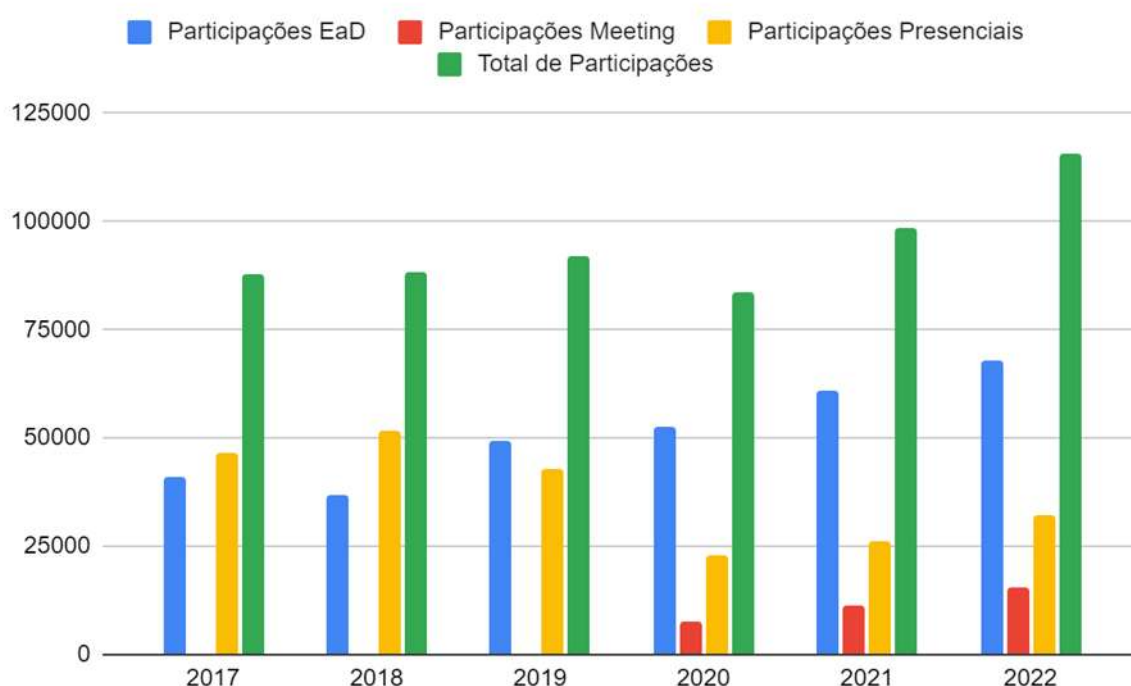
Para a utilização do Google Meet, foi preciso organizar os processos educativos, de solicitação e registro de capacitação, estipulando formas de tramitação dos documentos por meio eletrônico e assinatura online da participação.

O resultado de todo esse comprometimento com a educação e o desenvolvimento de seus colaboradores, durante a pandemia da Covid-19, foi evidenciado das estatísticas que refletem o

número de profissionais que foram habilitados por meio das tecnologias de informação, em abordagens tanto síncronas quanto assíncronas.

No Gráfico 2, podemos observar a quantidade de envolvimento em atividades educacionais que ocorreram de maneira presencial, por meio da EAD via Moodle, ou de forma virtual por intermédio do Google Meeting ao longo dos últimos seis anos.

Gráfico 2. Participações em Capacitações

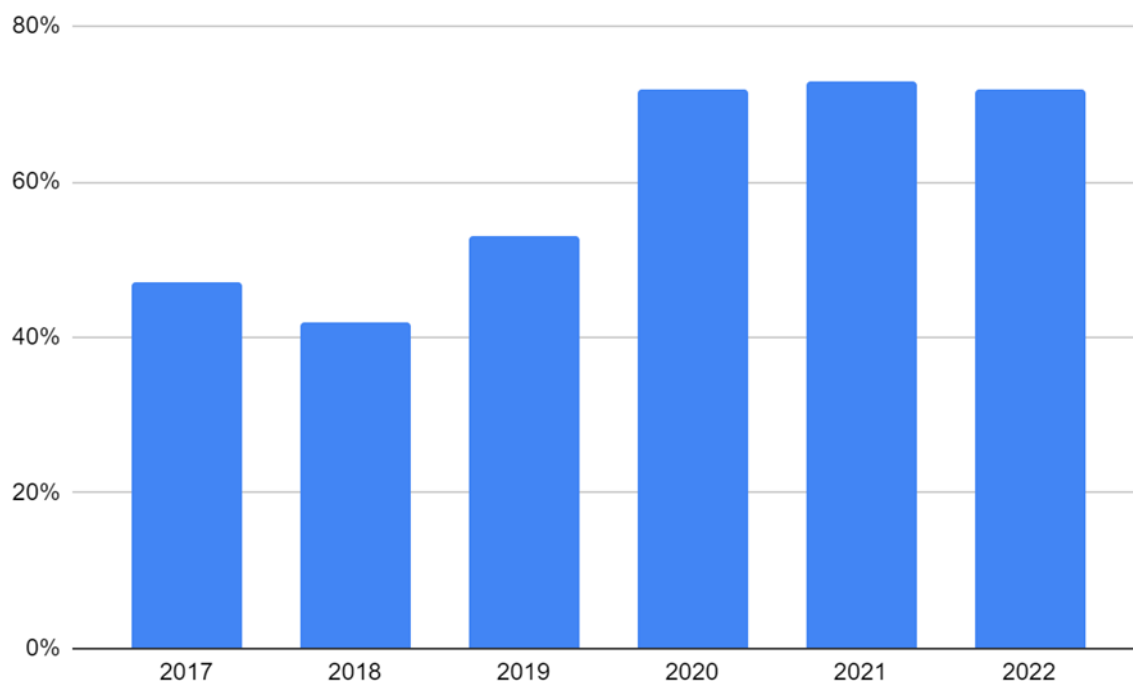


Fonte: Elaborado pelas autoras

É possível verificar um aumento significativo das capacitações realizadas em EAD ou online, através do Google Meet, a partir de 2020, prevalecendo sobre as capacitações realizadas presencialmente.

O Gráfico 3 apresenta dados sobre o crescimento anual das participações em cursos EAD ou online, passando da média de 59% para uma média de 77% sobre o total de participações.

Gráfico 3. Percentual Participações / EAD Online por Ano



Fonte: Elaborado pelas autoras

Ao longo do período compreendido entre 2020 e 2022, observa-se a constância desses resultados, mostrando mais uma vez as ações educativas realizadas através das TICs se fortaleceram no cenário da educação na saúde. Mesmo no ano de 2022, quando se delineia o início da diminuição das medidas de distanciamento, é notável a persistência do percentual de participação em atividades educacionais conduzidas através das plataformas Moodle e Google Meeting.

Em relação à quantidade anual de horas de capacitação, também é possível verificar o aumento das ações realizadas em EAD e/ou pelo Google Meeting a partir de 2020, superando a quantidade de horas de capacitações realizadas presencialmente, conforme podemos verificar no Quadro 1.

Quadro 1. Quantidade anual de horas de capacitação

Horas	2017	2018	2019	2020	2021	2022
EaD e Meeting	66.790	53.860	64.835	77.302	82.595	96.072
Presenciais	144.457	121.419	79.679	73.120	62.866	68.420

Total de Horas	211.247	175.279	144.514	150.422	145.461	164.492
-----------------------	---------	---------	---------	---------	---------	---------

Fonte: Elaborado pelas autoras

No ano de 2022, as sessões de capacitação ministradas por meio das plataformas de ensino online constituíram uma parcela significativa, correspondendo a 58,40% do total de horas destinadas a atividades de aprimoramento ao longo desse período.

A realização de ações de Educação na Saúde em um momento de pandemia, utilizando meios virtuais, permitiu o acesso à informação rapidamente, aumentou o público a ser alcançado, facilitou a visibilidade de dados, oportunizou a transparência e, também, garantiu maior segurança para os profissionais e o processo de trabalho. Ademais, mostrou-se viável e eficaz mesmo em uma época conturbada na vida de todos os profissionais da saúde¹⁶.

De modo amplo, a Educação a Distância (EAD) viabiliza justamente essa autorregulação no processo de aprendizado, fomentando a autonomia do aluno e conferindo-lhe a responsabilidade integral sobre sua jornada educacional. Essa abordagem encontra sinergia com a aplicação das metodologias ativas de aprendizagem, convergindo de maneira coerente com esses métodos dinâmicos de instrução. Nesse viés, se as metodologias ativas estão alicerçadas em um princípio teórico significativo, como a autonomia, algo explícito na invocação de Paulo Freire, a educação contemporânea deve pressupor um discente capaz de autogerenciar ou autogovernar seu processo de formação¹⁷.

A própria portaria do MS que estabelece a Política de Educação Permanente aponta a necessidade de incluir nesta os aportes da EAD¹¹:

...aproximando o conhecimento elaborado às práticas das equipes, alimentando suas contribuições no caminho de um progresso construtivo e inclusivo. Para isso, faz-se necessário o fortalecimento dos modelos educativos à distância privilegiando a problematização e integrando-os ao desenvolvimento de projetos de Educação permanente em serviço.

Dentro dos programas de EPS, a incorporação do ensino a distância se apresenta como um aliado substancial ao dinamismo do processo de ensino e aprendizagem, desde que as barreiras relativas à habilidade no manuseio das tecnologias de informação sejam efetivamente superadas. Além disso, o ambiente virtual permite ao aluno a busca do conhecimento para o desenvolvimento de competências, que abre novos caminhos para a construção de novos saberes¹⁸.

Sob esse viés, a enfermagem inserida na equipe multidisciplinar, além de integrar saberes também deve ser cercada de habilidades técnicas e de mudanças de atitudes¹⁸. Por essa razão, em um contexto marcado pela pandemia e pelas medidas de distanciamento social, a EAD emergiu como uma solução primordial para simplificar as iniciativas educacionais na área da saúde. Esta abordagem educacional se revela altamente eficaz, conferindo a capacidade de oferecer um ensino de alta qualidade e assegurar a acessibilidade à aprendizagem. Por sua vez, ela desempenha um papel fundamental na democratização do conhecimento para os profissionais de saúde, representando uma via de disseminação mais ampla do saber. É um facilitador de ensino continuado nas instituições, compreendendo ser essa uma forma de ensino que vem atender às exigências do mundo contemporâneo, onde o uso de vários meios para a produção de conhecimentos permite que se escolha como, quando e onde aprender respeitando todas as características destes profissionais⁹.

A pandemia de COVID 19 forçou transições difíceis no campo educacional e, tomando como base algumas sugestões apresentadas na literatura, foi possível propor algumas mudanças que devem permanecer no futuro e outras que devem ser expandidas. Primeiro, o uso generalizado de educação mediada por tecnologias digitais deve, sem dúvida, continuar, dando ênfase ao uso de metodologias ativas e criativas de aprendizagem, centradas nos alunos, de modo que estimulem seu engajamento no processo educacional e as interações entre eles, e reforcem a aprendizagem significativa e colaborativa. Uma alternativa adicional seria conceber uma abordagem educacional híbrida, caracterizada pela flexibilidade e fundamentada no conceito *Learn from Anywhere* (Aprenda de Qualquer Lugar), que concede ao aluno a possibilidade de adquirir conhecimento tanto de maneira presencial quanto remota. A abordagem *Learn from Anywhere* se adequa melhor às circunstâncias de vida pós-COVID, cada vez mais complexas, dando aos alunos mais controle sobre sua aprendizagem e aos professores mais flexibilidade na sua prática docente⁸.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todas as atividades de gestão de pessoas foram impactadas pela pandemia. Seja diretamente nos processos ligados a quadro de pessoal, seja na necessidade de informatização dos serviços para se adequar às medidas de distanciamento social, prevenção da transmissão do vírus em documentos e superfícies e viabilização, execução do trabalho de maneira remota ou a capacitação dos colaboradores.

Tendo em vista a estreita relação entre a qualidade do cuidado prestado e a formação e atualização dos profissionais da equipe hospitalar, diversos esforços foram empreendidos com o intuito de viabilizar a formação de equipes aptas a atender à demanda em constante crescimento originada pela pandemia, um desafio ainda mais complexo diante do substancial incremento na quantidade de leitos de CTI, bem como a necessidade de manter os profissionais protegidos, a existência de segmentos mais vulneráveis no quadro funcional, os afastamentos temporários de profissionais infectados pelo novo coronavírus e a necessidade permanente de qualificação dos colaboradores para manutenção dos processos assistenciais e para o enfrentamento do própria Covid-19.

A irrupção da pandemia da Covid-19 promoveu uma transformação profunda nas rotinas cotidianas, exercendo um impacto direto tanto no âmbito da educação quanto na esfera da saúde. A necessidade imperiosa de distanciamento social trouxe consigo uma demanda urgente pela exploração de abordagens que permitissem a implementação de ações educativas de forma segura. A adoção das TICs durante este período se traduziu na continuidade de ações educacionais essenciais para os profissionais do setor da saúde.

Como elemento desafiador de destaque, identificou-se a carência de familiaridade ou entendimento entre os indivíduos acerca da utilização de plataformas como o Google Meet e o Moodle, o que consequentemente gerou a exigência de prover treinamento e assistência especializada para garantir uma utilização eficaz. Outro desafio permanente para quem trabalha com EAD e no contexto de pandemia se torna ainda maior é fazer com que o conteúdo seja entregue da melhor forma possível e que faça sentido ao sujeito da aprendizagem.

Adicionalmente, é válido ressaltar que a urgência de adaptações rápidas, bem como a criação de cursos em prazos extremamente curtos e a transformação do paradigma de documentação das atividades educacionais constituíram obstáculos superados de maneira admirável neste contexto caracterizado por uma profusão de transformações em curso.

No entanto, constatou-se que os benefícios derivados da adoção das ferramentas de tecnologia da informação e comunicação excedem de modo expressivo as limitações que possam surgir. Isso respalda a viabilidade e até mesmo a imperatividade de incorporar essas tecnologias como um meio para estreitar relações entre indivíduos e viabilizar a continuidade dos processos de ensino e aprendizagem. Essa integração desempenha um papel altamente significativo e positivo no âmbito educacional em saúde.

Os resultados evidenciam que a adoção da Educação a Distância por meio das plataformas Moodle e Google Meeting não apenas aprimorou, mas também expandiu substancialmente as iniciativas educativas dentro da instituição. Isso culminou em uma maior acessibilidade ao conhecimento essencial para nutrir o crescimento de aptidões tanto profissionais quanto pessoais, imprescindíveis para atender às demandas atuais.

É plausível observarmos a estreita conexão entre a Educação Permanente em Saúde e a modalidade de Educação a Distância, uma convergência que indubitavelmente enriquece os propósitos educativos que se almeja atingir. Essa associação oferece um suporte valioso na formação e aprimoramento dos profissionais da saúde, especialmente no tocante às nuances dos processos de trabalho da assistência.

Em maio de 2023 a Organização Mundial da Saúde declarou o fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) referente à COVID-19. Mesmo com a atualidade marcada pelo término oficial da pandemia da Covid-19, as estratégias implementadas durante esse período persistem de maneira resiliente e bem-sucedida. Essa continuidade tem consagrado a Educação a Distância como uma abordagem educacional eficaz e de alta qualidade, prontamente atendendo às múltiplas demandas de atualização e aprimoramento dos profissionais da saúde.

REFERÊNCIAS

1. Teixeira CFS, Soares CM, Souza EA, Lisboa ES, Pinto ICM, Andrade LR, Espiridião AM. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de COVID-19. *Cien Saude Colet* 2020; 25(9):3465- 3474.
2. World Health Organization - Organização Panamericana de Saúde. Marco de referência da Rede Integrada de Serviços de Saúde em resposta da COVID-19. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52255/OPASBRAIMSHSSHSCCOVID-19200021_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y
3. Vieira SL, Souza SG, Figueiredo CF, Santos VVC, Santos TBS, Duarte JA, et al.. Ações de educação permanente em saúde em tempos de pandemia: prioridades nos planos estaduais e nacional de contingência. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2023 May;28(5):1377–86. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023285.11252022a>
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde. Brasília: MS; 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_gestao_trabalho_2ed.pdf
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). 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. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>
6. Ceccim RB. Educação Permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Cienc Saude Colet* 2005; 10(4):973-986.
7. Neves VNS, Fialho LMF, Machado CJS. A Pandemia da Covid-19 e a Educação na Saúde. Educação em tempos de pandemia e outros cenários de crise II. 2021. 8(62). Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/3705>
8. Tomaz JBC. Educação na saúde em tempos de pandemia: desafios e oportunidades. *Health education in pandemic times: challenges and opportunities. Cadernos ESP* [Internet]. 30º de dezembro de 2020 [citado 7º de agosto de 2023];14(2):7-9. Disponível em: <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/510>
9. Oliveira MAN. Educação à Distância como estratégia para a educação permanente: possibilidades e desafios. *Rev Bras Enferm* 2007 set-out; 60(5): 585-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n5/v60n5a19.pdf>
10. Lins RL, Romeira CR, Vasconcelos FFM, Melo FJC, Nascimento AM. A aprendizagem organizacional em tempos de pandemia: estudo de caso do Centro de Formação dos Servidores e Empregados Públicos de Pernambuco – CEFOSPE. *Exacta*. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5585/exactaep.2021.19471>.
11. Ferraz LL. A Educação a Distância na Educação Permanente dos profissionais da saúde: revisão. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*. 2013 mar; Ed. Esp: 2118-27.
12. Pereira G, Ortigão MIR. Pesquisa quantitativa em educação: algumas considerações. *Periferia*. 2016; 8(1): 66-79. Disponível em:
13. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/periferia/article/view/27341/19946>

14. Andrade SMO de. A pesquisa científica em saúde: concepção e execução. 4ª ed. Campo Grande (MS): UNIDERP; 2011.
15. Gerhardt TE, Silveira DT. Métodos de pesquisa. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2009.
16. 15.HOSTINGER. O Que é uma Query em um Banco de Dados? 21 de janeiro de 2019. Disponível em: <https://www.hostinger.com.br/tutoriais/o-que-e-query>
17. 16. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). Gestão do trabalho e educação na saúde: experiências dos trabalhadores do SUS no enfrentamento da Covid-19. Jorge CPH, organizador. CONASS Documenta. Brasília. 2023;47(1)257.
18. 17. Mitre SM, Siqueira-Batista R, Girardi-de-Mendonça JM, Moraes-Pinto NM, Meirelles CAB, Pinto-Porto C, et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. Ciênc Saúde Coletiva. 2008;13 Suppl 2:2133-44.
19. 18. Silva NA, Cordeiro BC. Ensino presencial e a distância para educação permanente de auxiliares e técnicos de enfermagem: um ensaio clínico. Saúde Redes. 2016; 2(2):189-199.

Capítulo 12



10.37423/230808133

O USO DA ESTRUTURAÇÃO DE ROTINA COMO FERRAMENTA NA INTERVENÇÃO DE IDOSOS NO CONTEXTO DOMICILIAR: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Sarah Gomes Pereira

Ato Terapia Ocupacional

Helka Juliane Fernandes da Silva

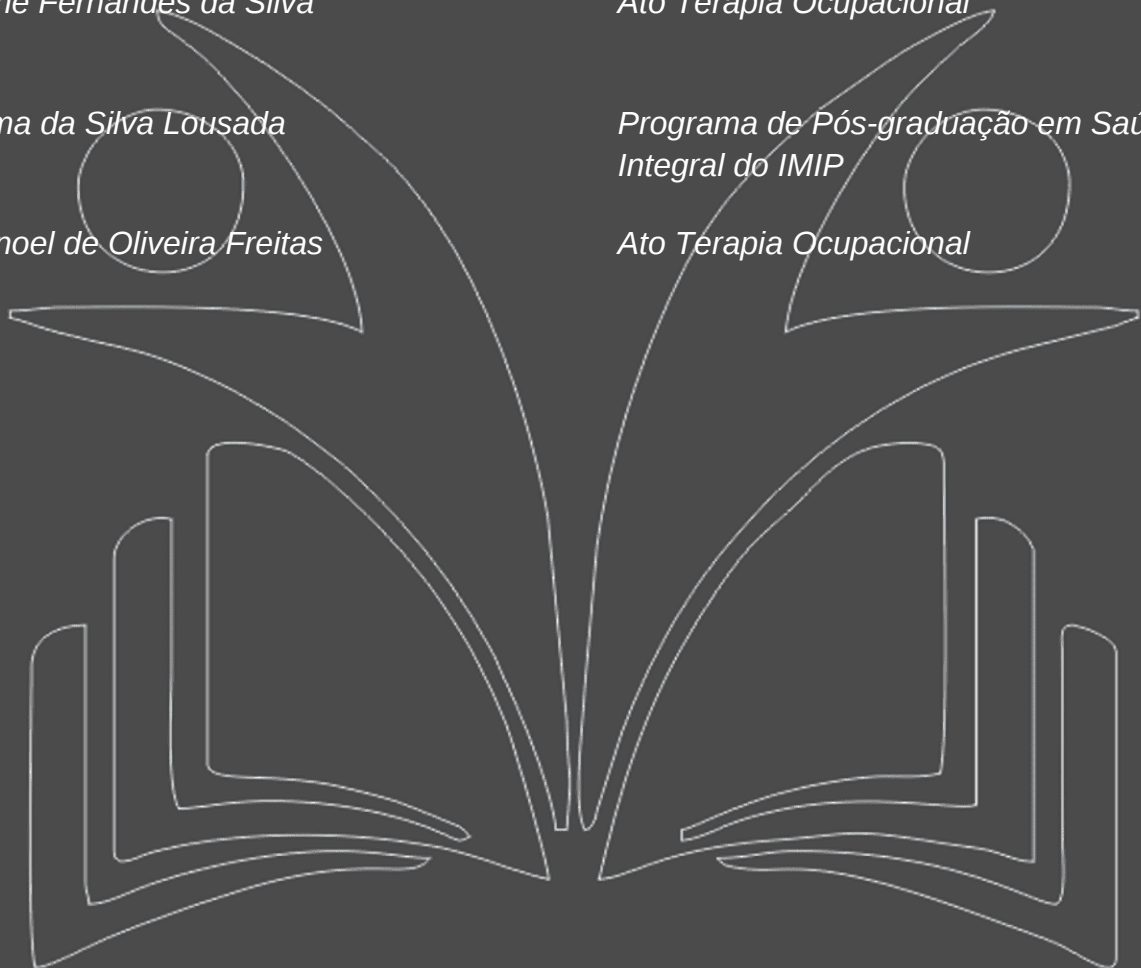
Ato Terapia Ocupacional

Mariana Lima da Silva Lousada

Programa de Pós-graduação em Saúde Integral do IMIP

Saulo Emanuel de Oliveira Freitas

Ato Terapia Ocupacional



Resumo: Na gerontologia, ao considerar a funcionalidade das pessoas como indicador de saúde, fica implícita a necessidade de que essas estejam engajadas em ocupações significativas para a manutenção da saúde do idoso. A forma como as pessoas distribuem as suas ocupações no dia a dia e participam delas reflete a sua rotina. Assim, em sua intervenção, o terapeuta ocupacional pode usar a Estruturação de Rotina (ER) para possibilitar organização, produção de saúde e bem-estar. Objetivava-se relatar a experiência do uso da ER, por terapeutas ocupacionais, como ferramenta na intervenção de idosos no domicílio. Elaborado mediante relato de experiência de uma empresa de Terapia Ocupacional do Nordeste do Brasil. A equipe atendia 40 clientes, no domicílio, sendo 16 sem diagnóstico fechado, na perspectiva de envelhecimento ativo. Foi considerado como desfecho o relato da percepção dos profissionais diante da evolução da Capacidade Funcional dos idosos junto à ER. A partir da discussão de casos, registrados nas atas de reuniões semanais, coletou-se os dados entre janeiro de 2018 até fevereiro de 2020. As informações foram tabuladas no Microsoft Excel para facilitar a visualização dos resultados. Foi construído um processo de ER que consiste em dez passos que envolve desde a formação de vínculo, coleta e análise das ocupações distribuídas na rotina, até proposição de novas ocupações, resgate de atividades significativas e monitoramento. Identificou-se que esse processo favoreceu: o equilíbrio ocupacional; a saúde mental do familiar; qualidade do sono; orientação temporal e espacial; controle das alterações comportamentais; além da independência e autonomia. Ressalta-se que essa ferramenta possui limitações e que a aceitação, a disciplina do cliente e o suporte familiar são imprescindíveis. A experiência refletiu uma riqueza de possibilidades da ER vistas à Capacidade Funcional dos idosos. O uso de uma metodologia para essa ferramenta facilitou o trabalho do terapeuta ocupacional e garantiu experiências positivas.

Palavras-chave: Terapia Ocupacional, Envelhecimento Saudável, Saúde Do Idoso, Atendimento Domiciliar, Atividades Cotidianas.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde reconhece o conceito de “envelhecimento ativo” para expressar o processo de conquista de oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida no processo de envelhecimento. Na gerontologia, o indicador de saúde utilizado é a Capacidade Funcional que está relacionada a capacidade do idoso realizar o que lhes é importante (BRASIL, 2018). A Terapia Ocupacional tem como objetivo principal manter o idoso ativo e independente por mais tempo possível, restaurar, manter e melhorar o status ocupacional e prevenir futuras perdas funcionais (AOTA, 2020).

Ao considerar a funcionalidade das pessoas como indicador de saúde, fica implícita a necessidade de que os seres humanos possuem a necessidade vital do engajamento em ocupações significativas e que o uso intencional do tempo é uma necessidade biológica (COSTA, *et al.*, 2017). A forma como as pessoas distribui as suas ocupações ao longo do tempo reflete a sua rotina, que são padrões de comportamento observáveis, regulares e repetitivos e fornecem uma estrutura para a vida diária (AOTA, 2020). Assim, em sua intervenção, o terapeuta ocupacional, pode lançar mão da Estruturação de Rotina, que possibilita organização, produção de saúde, bem-estar e estímulo diário para o cérebro.

Em termos ocupacionais, o bem-estar através do fazer envolve acreditar que a gama potencial das ocupações das pessoas permitirá a cada uma delas ser criativa, aventurar-se e encontrar sentido nas emoções humanas que experimentarem e explorarem no seu fazer (WILCOCK, 2006). Na prática há a mudança no foco exclusivo no desempenho ocupacional, através da inserção do conceito de engajamento ocupacional enquanto resultado da relação dinâmica interdependente entre a pessoa, ocupação e ambiente (POLATAJKO; TOWNSEND; CRAIK, 2007). Esses aspectos englobam também a satisfação do cliente no desempenho das ocupações bem como uma maior atenção para a promoção de saúde, bem-estar e justiça a partir da ocupação (REID, 2008; POLATAJKO; TOWNSEND; CRAIK, 2007; WILCOCK, 2006).

Embora o desempenho ocupacional descreva a participação ativa na ocupação, o engajamento refere mais amplamente aos fatores cognitivos e emocionais que estão associados com a ocupação. Considerando que o principal papel do TO é habilitar o engajamento do cliente nas ocupações significativas que promovam saúde e bem-estar, a

ER possibilita incluir na vida das pessoas o hábito de engajar-se em atividades significativas, independente da condição de saúde do cliente.

A ER é uma ferramenta que pode ser utilizada em diversos contextos, domiciliar, ambulatorial, hospitalar, centros de convivência; na perspectiva de reabilitação e/ou promoção da saúde; com pessoas com ou sem diagnóstico. Qualquer pessoa que tenha dificuldade de organizar sua rotina, ou tenha uma rotina mais empobrecida, ou sofreu uma mudança brusca da rotina, como aconteceu no período da pandemia do COVID-19, pode se beneficiar da intervenção do terapeuta ocupacional por meio da estruturação de rotina.

Porém, é no contexto domiciliar onde boa parte das ocupações acontecem, o que envolve não só aquelas que são vitais, mas também aquelas que são significativas. Uma das vertentes mais importantes para o êxito da intervenção por meio da ER é o resgate dessas ocupações e isso requer a análise da ocupação de forma aprofundada. A observação direta é considerada a forma mais fidedigna para fazer essa análise e o ambiente domiciliar é *setting* perfeito para realizar a análise ocupacional, o treino das ocupações significativas e a adesão às ocupações propostas para a ER. Portanto, o fato do terapeuta ocupacional estar *in loco* favorece todo esse processo de ER.

Segundo a resolução 475/2016 do COFFITO, entende-se por Intervenção Terapêutica Ocupacional Domiciliar/*Home Care* as ações desenvolvidas no domicílio da pessoa, que visem a promoção, a prevenção e a recuperação da saúde, além de cuidados paliativos. A aproximação dos contextos de desempenho favorece a autonomia do cliente, assim como, sua participação, da família e da comunidade no planejamento, organização e controle da intervenção, além de, privilegiar a humanização do cuidado (MATTHEWS; TIPTON-BURTON, 2000).

Um estudo publicado pela *The American Journal of Occupational Therapy* em 2017 afirma que os profissionais de Terapia Ocupacional devem integrar ocupações diárias, exercícios físicos e técnicas de repetição para melhorar hábitos na rotina diária relacionados à segurança de pessoas com Doença de Alzheimer para melhorar o desempenho ocupacional e retardar o declínio funcional (SMALLFIELD; HECKENLAIBLE).

O impacto da intervenção terapêutica ocupacional por meio da estruturação de rotina é percebido pelos profissionais durante os atendimentos e por meio de relatos dos próprios clientes, seus familiares e cuidadores. Portanto, considera-se relevante o relato de experiência visando aprofundar discussões e ampliar estudos científicos, atualmente escassos. Acredita-se nessa ferramenta como uma estratégia potente para facilitar o cotidiano de idosos e familiares na perspectiva da manutenção da capacidade funcional, participação social, qualidade de vida.

Diante do exposto, objetiva-se fazer um relato de experiência do uso da estruturação de rotina como ferramenta na intervenção de idosos no contexto domiciliar

METODOLOGIA

Este trabalho foi elaborado mediante o relato de experiência de uma empresa de Terapia Ocupacional do Nordeste do Brasil, diante do uso de uma metodologia exclusiva para estruturação de rotina de pessoas idosas. A empresa é formada por quatro terapeutas ocupacionais que desenvolveram uma metodologia exclusiva para aplicação da ferramenta ER. A ER é um programa personalizado de hábitos o qual, o TO, a partir da avaliação do desempenho ocupacional e da rotina, vai estabelecer junto com o cliente as ocupações significativas possíveis de serem incorporadas nessa rotina e organizá-las considerando a distribuição do tempo, visando favorecer o equilíbrio ocupacional.

O processo de ER consiste em dez passos que envolve desde a formação de vínculo, avaliação do desempenho ocupacional, coleta e análise das ocupações distribuídas na rotina até a proposição de ocupações significativas e monitoramento. Os passos e objetivos estão descritos no quadro 1.

Quadro 1: Passos para a Estruturação da Rotina e objetivos, segundo a equipe.

10 PASSOS PARA ESTRUTURAR A ROTINA	OBJETIVOS
1. Formação de vínculo com o cliente, familiar, cuidador	Facilitar a compreensão e o envolvimento de todos no processo.
2. Avaliação do Desempenho Ocupacional	Inserir na rotina apenas as ocupações que estiverem de acordo com as habilidades, capacidades e interesses do cliente.
3. Rastreio de Ocupações Significativas e dos papéis ocupacionais ao longo da vida	Rastrear quais ocupações fizeram parte da história de vida do cliente e podem ser incorporadas à rotina, assim como, os papéis ocupacionais.
4. Avaliação da Rotina	Compreender a rotina e a dinâmica familiar o mais próximo do contexto real.

5. Análise da Avaliação	Sintetizar informações do perfil ocupacional para determinar ocupações e contextos específicos que precisam ser abordados. A partir dessa análise o TO irá traçar o diagnóstico ocupacional, assim como, identificar as potencialidades e dificuldades que vão interferir no processo de ER.
6. Estruturação – início	Avaliar se existe comprometimento das ocupações de automanutenção que interferem na segurança do cliente, assim como, quais ocupações são realizadas esporadicamente e podem ser incorporadas à rotina.
7. Estruturação – enriquecendo a rotina	Analisar as possibilidades para enriquecer a rotina.
8. Estruturação – implementação	Definir estratégias junto ao cliente e/ou cuidador para iniciar o processo de implementação.
9. Apresentação dos resultados	Demonstrar o impacto da intervenção, pontuando os avanços no tratamento. Tanto para motivar o cliente a seguir com o acompanhamento quanto para favorecer o reconhecimento profissional.
10. Monitoramento e ajustes	Monitorar, sistematicamente, o desempenho ocupacional e funcionamento da rotina para realizar os ajustes necessários.

Fonte: criação própria

Para fundamentar a prática a equipe utiliza duas abordagens como quadro de referência: a Prática Baseada na Ocupação (PBO) e a Prática Centrada no Cliente (PCC), essas são consideradas pilares da TO, segundo a AOTA (2020). Terapia Ocupacional é uma profissão de saúde centrada no cliente,

preocupada em promover a saúde e o bem-estar por meio da ocupação. Seu principal objetivo é facilitar a participação das pessoas em suas atividades diárias (PONTES; POLATAJKO, 2016).

A coleta de dados da rotina diária é realizada em tempo real mediante ao preenchimento de um formulário diário pelo próprio idoso e/ou cuidador por sete dias, podendo ser prolongado por mais sete dias caso não seja respondido de forma adequada. Esses dados são analisados e interpretados por meio de uma ficha de análise, junto com a avaliação do desempenho ocupacional e repertório ocupacional por meio de uma ficha de análise. A partir daí, traça-se o diagnóstico ocupacional que vai apontar por onde deve iniciar o processo de ER.

Salienta-se que a ER deve ser iniciada pelas ocupações vitais para o ser humano, visando garantir o bem-estar e segurança do indivíduo, ou seja, pelas ocupações relacionadas ao autocuidado, como, por exemplo, banho, alimentação, escovar os dentes, e gestão da saúde, como a rotina de medicação. As ocupações que acontecem de forma esporádica são vistas como potentes para se tornarem rotina.

Deve se considerar, durante todo o processo, a necessidade, interesse e motivação do cliente. É fundamental que as ocupações sejam inseridas de forma gradativa, ou seja, o terapeuta ocupacional só deverá inserir uma outra ocupação quando a anterior já tiver se tornado rotina, ou seja, estiver sendo realizada de forma sistemática.

A equipe atendia 40 clientes, todos em contexto domiciliar, sendo 16 sem diagnóstico fechado, na perspectiva de envelhecimento ativo. Foi considerado como desfecho da experiência a percepção dos terapeutas ocupacionais da evolução da capacidade funcional dos idosos, diante da vivência da estruturação de rotina.

A partir da discussão de casos, registrados nas atas de reuniões semanais, coletou-se os dados do período de janeiro de 2018 até fevereiro de 2020. As informações foram tabuladas no Microsoft Excel para facilitar a visualização dos resultados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram identificados como principais benefícios do uso da ER como ferramenta na intervenção de idosos no contexto domiciliar: favoreceu o equilíbrio ocupacional, ou seja, melhor distribuição do tempo de acordo com as ocupações que são significativas, considerando os pilares de “envelhecimento ativo” da OMS; minimizou o estresse familiar/cuidador; diminuiu a ansiedade e ociosidade; melhorou a qualidade do sono; maior inserção do idoso na dinâmica familiar, assim como, encontros familiares; idoso mais orientado e organizado no tempo e no espaço; maior da sensação de

segurança; melhora do controle das alterações comportamentais; idoso mais ativo, autônomo e independente nas atividades cotidianas, assim como, maior participação social.

Identificou-se ainda que uma rotina estruturada favoreceu capacidade funcional e qualidade de vida tanto dos idosos sem diagnóstico quanto dos idosos acometidos por alguma patologia. Um estudo publicado pela revista *Neuroepidemiology* em 2019 afirma que pessoas mais organizadas podem estar menos propensas a desenvolver demência. Segundo os pesquisadores, para esses indivíduos – que tendem a ser mais responsáveis e focados nos próprios objetivos – o risco de ser diagnosticado com uma doença neurodegenerativa pode diminuir em 20%. A explicação para esse resultado é que bons níveis de organização garantem maiores reservas cognitivas – caracterizadas pela capacidade do cérebro de resistir a lesões que interferem no funcionamento cerebral (KAUP; HARMELL; YAFFE, 2019).

Através da análise de como os indivíduos agem sobre o tempo, pode-se verificar um retrato do seu cotidiano e, além disso, das atividades que esses escolhem para ocupá-lo (EMMEL; PAGANELLI; VALIO, 2015). O modo como o indivíduo utiliza seu tempo possui uma variedade de determinantes, incluindo oportunidades ambientais, personalidade, eventos particulares e saúde funcional, fazendo-os considerar o uso do tempo como um indicador de estilo de vida de uma pessoa ou grupo (DOIMO; DERNTL; LAGO, 2008).

Para o processo de ER conhecer a fundo o histórico ocupacional do idoso, o contexto que ele está inserido, identificar quais pessoas poderão colaborar nesse processo, listar as ocupações que possuem possibilidades de serem resgatadas, com ou sem necessidade de adaptação são fatores imprescindíveis para o processo de ER. É fundamental analisar a orquestração das ocupações, definida como a capacidade dos indivíduos de desempenharem suas ocupações diariamente para atender tanto às suas necessidades, como àquelas em seu mundo social. É uma composição rítmica e harmoniosa da vida diária que apresenta componentes habituais ou rotineiros, mas que também responde às modificações das demandas de um dia para o outro (LARSON, 2000)

Dessa forma, pode-se dizer que a orquestração ocupacional é a capacidade de administrar a rotina e tudo que envolve essa administração, como ter flexibilidade para os imprevistos, fazer ajustes, incorporar mudanças. Pessoas com dificuldade de orquestrar suas ocupações, por exemplo, tiveram uma dificuldade muito maior de se reorganizar nesse contexto de pandemia, diante da mudança brusca e inesperada da rotina, devido a dificuldade para se reorganizar e fazer um novo planejamento.

A ER é uma ferramenta utilizada pelo terapeuta ocupacional para facilitar a orquestração ocupacional. Para isso, é fundamental analisar como os clientes organizam suas ocupações durante o dia, semana

e em períodos mais longos; envolve pensar em vários aspectos como ocupações, significado, finalidade, rotina, organização da rotina, dentre outros aspectos.

Pontes; Polatajko, 2016 afirmam que a intervenção terapêutica ocupacional é focada em favorecer a participação do sujeito, visando aumentar a saúde e o bem-estar por meio do engajamento em ocupações e que as ferramentas de trabalho devem permitir habilitar os clientes em ocupações específicas, que eles desejem, precisem ou devam desempenhar. Seja pela modificação da ocupação ou dos ambientes, o terapeuta ocupacional irá intervir para facilitar e dar suporte ao engajamento ocupacional do indivíduo (MAGALHÃES, 2013).

Ao considerar pessoas como seres ocupacionais, fica implícita a necessidade que os seres humanos possuem de engajamento em ocupações, a fim de florescer, e que o uso intencional do tempo é uma necessidade biológica. O ser humano vai além das necessidades de sobrevivência, ele vai em busca de ocupações. Isto é, as pessoas são capazes de organizar um leque de ocupações diárias e significativas, com individualidade, propósitos, planejamento e reflexão (COSTA, et al., 2017).

A ER é o uso intencional da atividade significativa, de maneira organizada e de forma sistemática (cuidado estruturado), favorecendo a funcionalidade através da prática (GITLIN, et al., 2010). Sendo assim, corroborando com os autores, foi possível observar que a ER favoreceu o uso intencional do tempo por meio do engajamento dos idosos nas ocupações significativas para eles, com o objetivo de autocuidado, participação social e lazer. Observou-se ainda, melhor distribuição entre o tempo e as ocupações, o que favoreceu o equilíbrio ocupacional.

Pode-se dizer que a ER possibilita o terapeuta ocupacional incluir na vida das pessoas o hábito de engajar-se em atividades significativas, que vão promover sensação de prazer e bem-estar para além do horário da terapia. Ressalta-se que essa ferramenta possui limitações e que a aceitação, envolvimento e disciplina do cliente, assim como, suporte familiar são imprescindíveis para se estruturar uma rotina.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ER é uma ferramenta que favorece o envelhecimento ativo por meio da melhora ou manutenção da capacidade funcional do idoso. Possui limitações, visto que, depende de vários fatores para garantir a eficácia da intervenção. A aceitação, envolvimento e disciplina do cliente, assim como, suporte familiar são imprescindíveis para que a estruturação de rotina aconteça.

A experiência refletiu uma riqueza de possibilidades da ER vistas à Capacidade Funcional dos idosos. O uso de uma metodologia para essa ferramenta facilitou o trabalho do terapeuta ocupacional e garantiu experiências positivas. Observa-se uma necessidade de estudos futuros que considerem uma discussão maior acerca dessa temática.

REFERÊNCIAS

- AOTA. Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process fourth edition.
- The American Journal of Occupational Therapy, v. 74, s. 2, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Orientações Técnicas para A Implementação de Linha De Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único De Saúde – SUS: Edição 1. Brasília, 2018.
- BLACK, M. H. et al. Understanding the meaning and use of occupational engagement: Findings from a scoping review. *British Journal of Occupational Therapy*, 0(0), 2019
- COFFITO. Resolução nº 475, de 20 de dezembro de 2016. Normatiza a Intervenção Terapêutica Ocupacional Domiciliar/Home Care e dá outras providências. [S. l.], 2016.
- COSTA, E.F.; OLIVEIRA, L.S.M.; CORRÊA, V.A.C.; FOLHA, O.A.A.C. Ciência Ocupacional e Terapia Ocupacional: algumas reflexões. *Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup.* v.1, n.5, p. 650-663, 2017.
- DOIMO, LA; DERNTL, AM; LAGO, OC. O uso do tempo no cotidiano de mulheres idosas: um método indicador do estilo de vida de grupos populacionais. *Ciênc. Saude Coletiva*, Rio de Janeiro, Ago. 2008. v. 13. n. 4
- EMMEL, M. L. G.; PAGANELLI, L. O.; VALIO, G. T. Uso do tempo de um grupo de idosos do município de São Carlos (SP). *Revista Kairós Gerontologia [online]*. v. 18. n. 2, pp. 421-442 2015.
- GITLIN, L.N.; WINTER, L.; DENNIS, M.P.; HODGSON, N.; HAUCK, W.W. A biobehavioral home-based intervention and the well-being of patients with dementia and their caregivers: the COPE randomized trial. *JAMA*. 2010 Sep 1;304(9):983-91. doi: 10.1001/jama.2010.1253. PMID: 20810376; PMCID: PMC4091681.
- KAUP A, R, HARMELL A, L, YAFFE K: Conscientiousness Is Associated with Lower Risk of Dementia among Black and White Older Adults. *Neuroepidemiology* 2019;52:86-92. doi: 10.1159/000492821
- MAGALHÃES, L. Ocupação e atividade: tendências e tensões conceituais na literatura anglófona da terapia ocupacional e da ciência ocupacional. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos*, v. 21, n. 2, p. 255-263, 2013.
- MATTHEWS, M. M.; TIPTON-BURTON, M. Contextos de tratamento. In: PEDRETTI, L. W.; EARLY, M. B. *Terapia ocupacional. Capacidades práticas para as disfunções físicas*. 5. ed. São Paulo: Roca, 2004. p. 31-40
- PONTES, T.B.; POLATAJKO, H. Habilitando ocupações: prática baseada na ocupação e centrada no cliente na Terapia Ocupacional. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos*, v. 24, n. 2, p. 403-412, 2016.
- POLATAJKO, H. J.TOWNSEND, E.A. CRAIK, J. *Canadian Modelo Occupational Performance and Engagement (CMOP-E)*, 2007.
- SMALLFIELD, S.; HECKENLAIBLE, C. Effectiveness of Occupational Therapy Interventions to Enhance Occupational Performance for Adults With Alzheimer’s Disease and Related Major Neurocognitive

Disorders: A Systematic Review. The American Journal of Occupational Therapy, v. 71, n. 5, p. 7105180010p1, 9 ago. 2017.

WILCOCK, A. An occupational perspective of health. Thorofare: SLACK Incorporated, 2006.

Capítulo 13



10.37423/230808134

PERCEPÇÃO DA POPULAÇÃO SOBRE ATUAÇÃO DO MÉDICO VETERINÁRIO NA SAÚDE ÚNICA NA CIDADE DE SANTARÉM-PARÁ

Giovanna Oliveira Baia

Centro Universitário da Amazônia - Unama

Gabriel Oliveira Baia

Centro Universitário da Amazônia - Unama

Cássia Maria Pedroso dos Santos

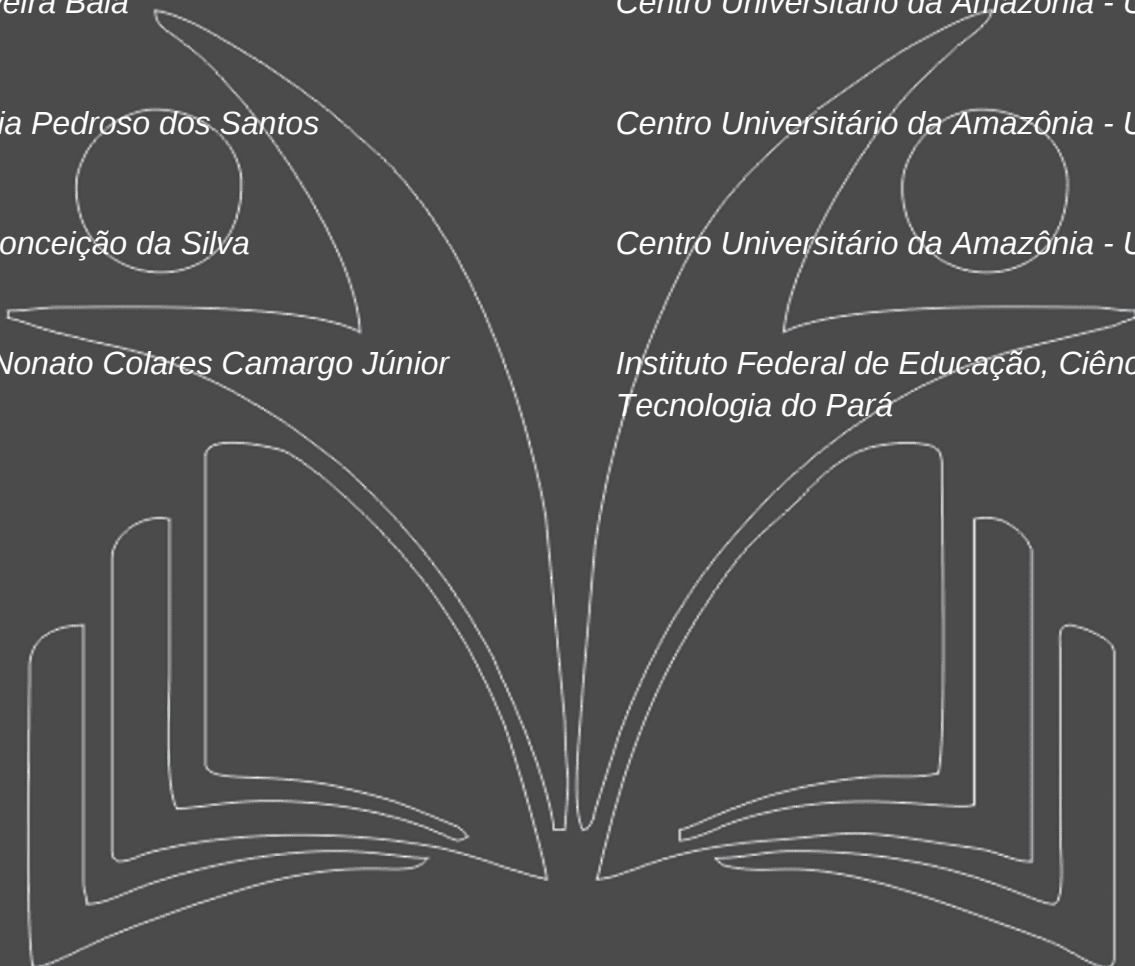
Centro Universitário da Amazônia - Unama

Welligton Conceição da Silva

Centro Universitário da Amazônia - Unama

Raimundo Nonato Colares Camargo Júnior

*Instituto Federal de Educação, Ciência e
Tecnologia do Pará*



Resumo: O médico veterinário na saúde pública brasileira apresenta vários papéis, entre eles está o controle de doenças emergentes, endemias e prevenção de zoonoses. A grande falta de conhecimento sobre a atuação do médico veterinário no sistema único de saúde cria a própria descrença que sua atuação ocorre singularmente no ambiente particular, efetuando tratamento apenas em animais de grande, médio e pequeno porte, gerando uma imagem errônea e descaracterizada desta profissão que é tão importante no meio da saúde coletiva, gerando então a desvalorização da profissão entre a população. O objetivo do presente estudo é avaliar o conhecimento da população sobre a importância do médico veterinário na saúde única, buscando identificar o nível de conscientização e compreensão desse tema pelos entrevistados. Este estudo foi realizado na cidade de Santarém no Pará, utilizando a aplicação de questionário padrão de caráter fechado. Ao todo foram 257 questionários respondidos pela população. A pesquisa demonstrou que (51,96%) das pessoas não tem conhecimento e nem ouviu falar que o médico veterinário atua na saúde pública, e que uma grande parcela da população entrevistada (67,2%) não tem conhecimento da atuação deste profissional no NASF, constatou-se que (85,2%) dos partícipes nunca tiveram contato com um veterinário que atua no SUS, e (96,4%) afirmaram que falta informação sobre esse assunto. Conclui-se que a percepção da população da cidade de Santarém sobre a medicina veterinária dentro do sistema único de saúde está fortemente atrelada a variável escolaridade. 14,8% das pessoas afirmaram conhecer e saber que há um veterinário atuando na saúde única, porém 62,9% não sabem qual sua função dentro desta área.

Palavras-chave: Saúde pública, zoonoses, vigilância em saúde.

INTRODUÇÃO

O médico veterinário é o profissional que possui a capacidade para prevenir e responder a novos surtos de doenças zoonóticas e pandêmicas. Que reúne competências e com sua atuação vai muito além do cuidado com a saúde, o bem-estar dos animais e dos atendimentos em clínicas, hospitais e consultórios veterinários (CFMV, 2021).

No Brasil, por volta dos anos 70, deu-se início a busca por um sistema de saúde mais eficiente, em 1988 surgiu então o sistema único de saúde (SUS) que foi regulamentado pelas leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90 (CONAS, 2011). Desde que a constituição de 1988 foi firmada, a saúde se tornou de alta relevância fazendo que cada estado se torne responsável pela garantia a suprir a necessidade da população. No SUS uma de suas prioridades é o controle de doenças emergentes, endemias e prevenção de zoonoses, onde o médico veterinário se faz responsável por elas (ARAÚJO, 2013).

O médico veterinário como agente da saúde pública, não atua somente para o diagnóstico e tratamento de doenças e zoonoses, este se faz necessário também para a transmissão informação e notificação para as pessoas sobre estas doenças, por isso, esse profissional se faz necessário na saúde do coletivo (CRMV-PR, 2011). No Brasil, o médico veterinário na saúde pública tem vários papéis como exemplo: vigilância em saúde, defesa sanitária, planejamento e gestão de serviço em saúde, inspeção higiênico sanitária de produtos de origem animal dentre outros (JUNIOR et al., 2013).

Para muitos, esta profissão está voltada apenas para a cura e o diagnóstico de enfermidades em animais, e desconhecem a importância da atuação de um médico veterinário dentro da saúde pública, mesmo que esta já se desenvolva a anos (WERGER, 2003; BARBOSA, 2014).

Muitas vezes a culpa da baixa representatividade dos médicos veterinários nas áreas de saúde pública e deles mesmos, já que não há uma integralidade e políticas profissionais, a participação destes nesse âmbito é muito baixa, a mudança neste quesito faria com que haja mudanças de estratégia de saúde coletiva e a valorização do profissional (NAPOLI, 2011).

Durante muitos anos o médico veterinário teve que competir para mostrar ser capaz de atuar nas áreas de saúde coletiva, apesar das poucas oportunidades, porém isso tem mudado com o passar dos anos, os profissionais vêm se mostrando cada vez mais capacitados para atuar nas áreas de saúde pública, pois o médico veterinário tem vasto conhecimento técnico e também atua no meio da pesquisa contribuindo com o desenvolvimento do país (COSTA, 2011).

Lamentavelmente a população desconhece a importância do médico veterinário no que diz respeito a saúde humana, tendo apenas o conhecimento básico de que estes profissionais só atuam no âmbito de clínica cirúrgica, porém, a OMS tem salientado a necessidade de seus países na participação destes profissionais nos programas de saúde (BRITES NETO, 2006).

Diante desta situação, esta pesquisa tem como objetivo avaliar o conhecimento da população sobre a importância do médico veterinário na saúde única, buscando identificar o nível de conscientização e compreensão desse tema pelos entrevistados.

MATERIAL E MÉTODOS

Local do estudo

O estudo foi realizado no município de Santarém, Pará, Brasil (02º 26' 35" S e 54º 42' 30" W) por meio da aplicação de questionário padrão de caráter fechado. Ao todo foram consultadas 257 pessoas, de diferentes bairros do município.

Aplicação do questionário

Para a obtenção das respostas foi utilizado um formulário digital disseminado em diferentes redes sociais e aplicativos de bate-papo, e um formulário de campo coletando informações em diversos pontos da cidade, caracterizando um modelo de amostragem por conveniência e modelo de recrutamento tipo snowball (bola de neve).

Os participantes antes de responder o questionário tinham acesso a informações referentes ao objetivo da aplicação do questionário, caso não fosse de seu interesse responder eles poderiam sair livremente da página que continha as perguntas ou no caso da pesquisa em campo tinham a opção de não responder.

No questionário os participantes tinham que possuir idade mínima de 18 anos, e inicialmente eram perguntados sobre o seu gênero (masculino, feminino). Faixa etária entre 18 a 20 anos, 21 a 30 anos, 31 a 40 anos; 41 a 50 anos, 51 a 60 e acima de 61 anos, escolaridade - fundamental incompleto, fundamental completo, médio incompleto, médio completo, superior incompleto e superior completo, pós graduado e nenhum. Renda familiar (entre 1 a 3 salários mínimos de 4 a 6 salários mínimos 7 a 9 salários mínimos mais de 10 salários mínimos, menos de 1 salário mínimo, nenhum salário sou desempregado, nenhum salário sou estudante), cidade (todos foram disponibilizados como opção de resposta),

O questionário aplicado especificamente relacionado à percepção da população sobre a importância do médico veterinário na saúde única. Continha 4 perguntas pessoais como idade, escolaridade, renda familiar e cidade, e 10 perguntas objetivas sobre o tema proposto com opção resposta apenas de sim ou não (Tabela 1).

Tabela 1. Perguntas realizadas durante a aplicação do questionário.

Número	Pergunta
1	Você conhece algum médico veterinário?
2	Você tem conhecimento ou já ouviu falar que o médico veterinário atua na saúde pública?
3	Você conhece o NASF (núcleo de apoio a saúde da família)?
4	Você já recebeu informativos ou práticas educacionais de maneira pública sobre o assunto vigilância em saúde?
5	Você já viu ou conhece algum veterinário que atua no SUS (Sistema único de saúde)?
6	Você sabia que o médico veterinário também é responsável pela saúde humana?
7	Você acha que falta informação sobre esse assunto?
8	Você tem conhecimento das outras áreas de atuação do médico veterinário?
9	Você acha importante ter o médico veterinário atuando na saúde pública?
10	Você já ouviu falar de zoonoses (doença transmitidas de animais para humanos, ex: leptospirose, leishmaniose e raiva) ou já recebeu informação de um médico veterinário sobre?

Análise dos dados

Os dados foram agrupados em tabelas cruzadas e foram analisadas pelo teste de qui-quadrado e/ou verossimilhança no software IBM SPSS versão 19, considerando um nível de 5% de significância.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com a entrevista realizada observou-se que do total de 257 entrevistados, a maioria dos entrevistados eram do gênero feminino (64,8%), com idade de predominante de 21 a 30 anos (41,8%), possuíam ensino superior completo e pós-graduação (60,2%) e renda familiar de 1 a 3 salários mínimos (50,4%). Na Figura 1 observa-se a percentagem de entrevistados em relação às perguntas do estudo. Nota-se que a maior parte (P1 – 76,9%), dos entrevistados conhecem algum médico veterinário, bem como já receberam informativos ou práticas educacionais de maneira pública sobre o assunto vigilância em saúde (P4 – 50,7%), sabem que o médico veterinário também é responsável pela saúde humana (P6 – 55,8%), acham que falta informação sobre esse assunto (P7 – 96,4%), pra eles é

importante ter o médico veterinário atuando na saúde pública (P9 – 97,6%), e também já ouviram em algum momento falar de zoonoses ou já receberam informação de um médico veterinário sobre o assunto (P10 – 92,9%).

No entanto, ainda existem informações que não alcançaram alguns cidadãos, em relação a saúde pública e o médico veterinário, como boa parte dos entrevistados não possuem conhecimento e nunca ouviram falar que o médico veterinário atua na saúde pública (P2 – 51,96%), este resultado difere do trabalho de pesquisa de Moraes et al, sobre o papel do médico veterinário na atenção básica. Moraes et. al (2020) em sua pesquisa sobre o conhecimento das áreas do veterinário na saúde pública constatou que (92,9%) respostas para sim e (7,1%) respostas para não, e notou em sua pesquisa dependência nas variáveis escolaridade e faixa etária. além de não possuírem conhecimento sobre o núcleo de apoio a saúde da família (NASF) (P3 – 67,2%), não conhecem médicos veterinários que atuam no sistema único de saúde (SUS) (P5 – 85,2%), e também não sabem que sobre as áreas de atuação do médico veterinário (P8 – 62,9%).

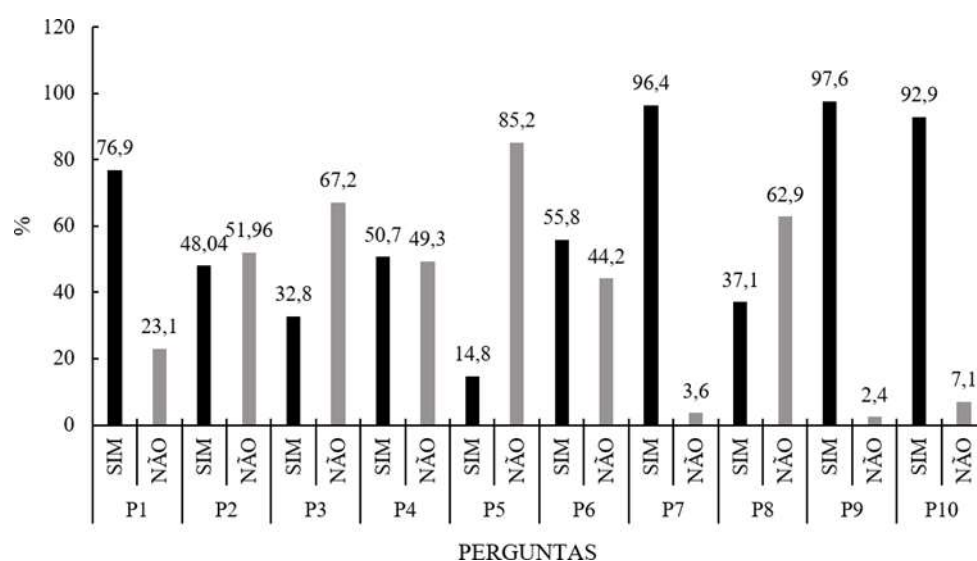


Figura 1. Percentagem das respostas de sim ou não para as perguntas avaliadas.

Na tabela 2 que se refere ao teste de qui-quadrado para perguntas vinculadas a idade, escolaridade e renda familiar e sexo, observou-se que a maior parte dos entrevistados já tinham ouvido falar sobre algum médico veterinário. Neste contexto evidencia-se que o p-valor relacionado a P1 não apresentou grau de dependência entre a pergunta e os dados socioeconômicos ($p > 0,05$), o que significa que independentemente da idade, escolaridade, sexo ou renda familiar, as pessoas souberam responder esta pergunta. Burger (2010), afirma que o profissional médico veterinário tem um papel importante

na saúde pública, desempenhando diversas atividades voltadas à produção alimentícia, proteção e gestão ambiental, vigilância ambiental e sanitária e combate a zoonoses.

Na P2 nota-se que houve um grau de dependência ($p < 0,05$), isso significa que pessoas com ensino fundamental completo (100.0%), fundamental incompleto (80%), ensino médio completo (65%) e 100,0% das pessoas analfabetas não possuíam conhecimento e nem sabiam que o médico veterinário pode atuar na saúde pública. Entretanto, pessoas com o ensino médio incompleto (63,6%) e ensino superior (62,3%) possuíam conhecimento sobre essa temática. Além disso, a renda familiar e o sexo não foram fatores determinantes para responder essa pergunta.

Nos estudos de Englar et al. (2018), constataram que embora em sua grande maioria (83,2%) as respostas dos partícipes apesar de relatar que a atuação do médico veterinário está atrelada a Saúde única, pouco se sabe sobre sua atuação nas áreas de saúde, apesar das várias áreas de atuação que existem para a profissão dentro deste meio. Victória et al. (2013), em sua pesquisa com pessoas que utilizam o SUS (sistema único de Saúde) no município de Botucatu-SP, observaram que (92,4%) dos partícipes do questionário consideravam importantes as participações do médico veterinário no SUS, e demonstrou que boa parte destes participantes tinham entendimento sobre a participação deste profissional nas áreas da saúde.

Observa-se na P3 que houve um grau de dependência ($p < 0,05$) em relação ao sexo, demonstrando que o público feminino (64.8%) possui mais conhecimento sobre a atuação do médico veterinário frente ao NASF. Notou-se também que não houve dependência para as classes de idade, escolaridade ou renda familiar, ou seja, todos os participantes tinham níveis de conhecimento similares sobre essa pergunta.

Tabela 2: Dados referentes ao teste do qui-quadrado para as perguntas vinculadas a idade, escolaridade, renda familiar e sexo.

Número	Pergunta	Idade	Escolaridade	Renda familiar	Sexo
				P-Valor	
1	Você conhece algum médico veterinário?	0,769	0,162	0,335	0,475
2	Você tem conhecimento ou já ouviu falar que o médico veterinário atua na saúde pública?	0,813	0.001	0,377	0,015
3	Você conhece o NASF (núcleo de apoio a saúde da família)?	0,784	0,013	0,608	0,001
4	Você já recebeu informativos ou práticas educacionais de maneira pública sobre o assunto vigilância em saúde?	0,016	0,083	0,051	0,380
5	Você já viu ou conhece algum veterinário que atua no SUS?	0,040	< 0,0001	0,539	0,106
6	Você sabia que o médico veterinário também é responsável pela saúde humana?	0,042	< 0,0001	0,663	0,090
7	Você acha que falta informação sobre esse assunto?	0,063	0,001	0,007	0,734
8	Você tem conhecimento das outras áreas de atuação do médico veterinário?	0,453	< 0,0001	0,669	0
9	Você acha importante ter o médico veterinário atuando na saúde pública?	0,004	0,309	0,171	0,888
10	Você já ouviu falar de zoonoses, ou já recebeu informação de um médicoveterinário sobre?	0,367	0,113	0,102	0,392

Tonin e Carlo (2016), em sua pesquisa com médicos que trabalham no NASF (Núcleo de apoio a saúde da família), constatam que grande parte das pessoas que utilizam o SUS e sabem da participação do médico veterinário nesta área da saúde única, não tem conhecimento realmente da área atuante do médico veterinário dentro do NASF, relatando que os mesmos acham que este profissional faz atendimento clínico de pequenos animais. Para o CFMV (2020) a importância da inclusão do médico veterinário no NASF solidifica a profissão medicina veterinária como parte da área de saúde ressignificando a participação destes profissionais com relação à atenção básica dentro do sistema único de saúde.

Quando perguntados na P4, constatou-se que grande parte dos entrevistados receberam informações sobre o assunto, havendo independência entre variáveis tanto de idade, escolaridade, renda familiar ou sexo ($p>0,05$). Pfuetzenreiter et. al. (2004) afirmam que é de suma importância a ênfase dos médicos veterinários na saúde pública, estes profissionais que estão intimamente ligados a propagação de informações e a consolidação de informações ligados a saúde, a participação do médico veterinário nas áreas de vigilância sanitária é imprescindível para a promoção da saúde única levando em consideração a sustentabilidade.

Na P5 houve dependência da variável escolaridade apontando que no total (80,1%) das pessoas não souberam responder esta pergunta. Sendo estas pessoas com: ensino fundamental completo (100,0%), ensino fundamental incompleto (80,0%), ensino médio completo (86,7%), ensino médio incompleto (54,5%), ensino superior (85,1%), e 100,0% das pessoas com nenhuma escolaridade não viram ou não conhecem um médico veterinário que atua no SUS (Sistema Único de Saúde). De acordo com Brasil (2020), foi sancionado segundo a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que a medicina veterinária é uma profissão essencial para o enfrentamento à pandemia do COVID-19.

Weiss (2019), que investigou cinco universidades federais do Rio Grande do Sul e constatou que a carga horária voltada para disciplinas das áreas de saúde pública varia entre (3,13%) e (10,78%) o que é insuficiente para preparar um profissional para o mercado de trabalho na área da saúde. Para Pfuetzenreiter e Zylbersztajn, (2008a) em uma pesquisa realizada na universidade de Santa Catarina com calouros e formandos de veterinária, afirmam que majoritariamente os calouros entram no curso com o objetivo de atuar nas áreas de clínicas, e que as organizações responsáveis pelo curso fortalecem esta visão. Em outra pesquisa dos mesmos autores com profissionais e professores da área que atuam na cidade de Santa Catarina, afirmaram que a desvalorização e o salário pouco estimulantes

são fatores limitantes para os profissionais na área da saúde. (PFÜTZENREITER E ZYLBERSZTAJN, 2008b).

Oliveira (2020), relata que o acadêmico que escolhe a área da saúde pública pouco tem fontes de informação e capacitação, buscando sempre os poucos professores das matérias voltadas para medicina preventiva e epidemiologia, ocasionando a formação de um profissional com deficiência na matéria. Também descreve que em seu curso na Universidade de Viçosas disciplinas direcionadas à saúde pública foram ministradas apenas no fim do curso de maneira reduzida, não havendo abordagem completa de certos assuntos ligados à saúde pública. A grande falta de reconhecimento dos profissionais nessa área gera dúvida naqueles que usufruem desses recursos levando o profissional ao constrangimento.

Em relação a P6 foi possível identificar dependência entre a escolaridade, o que totaliza (41,8%) sendo estes: ensino fundamental completo (75%), ensino fundamental incompleto (80,0%), ensino médio completo (58,3%), e 100% das pessoas iletradas não sabiam que o médico veterinário também é responsável pela saúde humana. Entretanto, pessoas com ensino médio incompleto (81,8%), e pessoas com pós-graduação (62,3%) sabiam que o médico veterinário também é responsável pela saúde humana.

Nos estudos de Brito et al. (2016), O profissional veterinário ajuda na prevenção contra zoonoses e pode ser disseminador de informações sobre os cuidados que devemos tomar com os animais, tendo que ser um profissional apto para atuar na educação em saúde. Dantas (2021), em sua pesquisa afirma que o médico veterinário passou a integrar o (NASF) Núcleo de apoio à saúde da família a partir do ano de 2011, consolidando a sua importância para a saúde humana. Esse profissional mostrou-se indispensável quando se fala em saúde única, na Atenção Primária à Saúde (APS) trazendo benefícios para população pelas suas competências. Porém sabe-se pouco sobre a atuação desse profissional na área, fazendo com que dificulte a sua inserção nas equipes e na assistência a aqueles que são usuários do SUS.

Nota-se que na P7 também houve dependência no tópico escolaridade ($p < 0,05$), na qual as pessoas com ensino fundamental completo (100,0%), ensino fundamental incompleto (100,0%), pessoas com ensino médio completo (95,0%), ensino médio incompleto (81,8%), das pessoas com pós-graduação (98,1%) e 100,0% das pessoas com nenhuma escolaridade responderam que falta informação sobre esse assunto.

Estes resultados corroboram com o descrito por Gomes (2020) sinaliza que a maior parte dos entrevistados ao longo de seu período escolar (45,5%) tinham conhecimento sobre a informação, e, apenas (32,1%) afirmaram nunca ter tido acesso a nenhuma informação sobre saberes veterinários, já com relação ao ensino médio (92%) afirmaram nunca ter tido acesso a palestras ou apresentações que conscientizem sobre a atuação do médico veterinário o que pode ser a causa da grande desvalorização no meio profissional e acadêmico. E ainda afirma em outro dado de sua pesquisa que (81,3%) dos partícipes nunca foram orientados e incentivados seja em ambiente escolar, famílias ou até em ambiente profissional a formularem trabalhos voltados para essa área, o que gera uma grande perda na propagação da profissão dentro das escolas.

Para P8 evidenciou-se dependência nas variáveis ($p < 0,05$), nas partes escolaridade e sexo. No qual as pessoas com ensino fundamental completo (100,0%), ensino fundamental incompleto (90,0%), ensino médio completo (76,7%), ensino médio incompleto (54,5%), ensino superior (57,1%), e 100,0% das pessoas com nenhuma escolaridade responderam que não tem conhecimento das outras áreas de atuação do médico veterinário. Segundo Pfuetzenreiter (2003), o médico veterinário tem formação multidisciplinar e abrangente, como na saúde pública, que possui especialistas que trabalham juntos com um único propósito. De acordo com Márcia Regina Pfuetzenreiter “A medicina veterinária pode ter outras atribuições como as pesquisas básicas e aplicadas em bacteriologia, virologia, parasitologia, genética, biotecnologia e engenharia genética”. CRMV-PR (2017), afirma que o médico veterinário tem sua atuação em conjunto com outros profissionais em trabalhos relacionados à prevenção ambiental na redução dos índices de contaminação do ar, água e solo na avaliação de áreas degradadas, minimização e mitigação de danos ambientais, em áreas urbanas e rurais, avaliação de planos de manejo ambiental entre outros.

Diante da P9 nota-se que há dependência no quesito idade o que constata alteração nas variáveis ($p < 0,05$), pessoas com idade de 18 a 20 anos (100,0%), pessoas com idade de 21 a 30 (99,1%), pessoas com idade entre 31 a 40 anos (93,8%), pessoas com idade entre 41 e 50 anos (83,3%), pessoas com idade entre 51 a 60 anos (100,0%) e 100,0% das pessoas com idade acima de 61 anos responderam que sim, acham importante ter um médico veterinário atuando na saúde pública. Escolaridade, renda familiar e sexo se mantiveram sem alterações e independentes. Observa-se na figura 1 que a maioria dos entrevistados (97,6%) afirmaram que sim é importante ter um médico veterinário na saúde pública, porém com o pensamento de que este faz atendimento a animais de maneira gratuita, e (2,4%) responderam que esse profissional não é essencial nas áreas de saúde.

Batista (2021), em seu trabalho de pesquisa, constatou que 74% acreditam que o veterinário está ligado a medicina humana, quando observado em relação às pessoas com ensino superior, destacou também que (16%) acreditavam apenas que o médico veterinário cuidava apenas de animais sem se envolver com a saúde humana. Assim faz-se necessário argumentarmos sobre a importância da medicina veterinária à saúde humana, que parte do princípio de contaminação por zoonoses, a própria higiene pessoal de forma mais rígida, ou mesmo de forma coletiva, nas políticas públicas sanitárias, no controle populacional de animais, e no planejamento sanitário.

Com relação a P10 houve independência das variáveis ($p>0,05$), na qual todas as pessoas souberam responder as perguntas e não há distinção de idade, escolaridade, renda familiar ou sexo. A grande parte dos participantes quando colocados diante da palavra zoonoses (92,9%) sabiam do que se tratava, maioritariamente possuíam um nível de escolaridade de ensino médio completo a superior completo ou pós-graduado. segundo Sugai et al. (2010), zoonoses são enfermidades que se transmite de animais vertebrados para humanos, sendo de grande importância para saúde pública. E ainda desconhecidas por grande parte da população, da mesma forma que o médico veterinário também é desconhecido e a sua importância para o controle destas doenças. Frias et al., (2012), afirma que há uma grande percentagem de pessoas agredidas por cães que apresentam mudanças de comportamento por influência de fatores como zoonoses, fica evidente a necessidade de uma constante vigilância em saúde, e que a orientação de médicos veterinários seja feita de forma correta os tratamentos pós-exposição para raiva em humanos e não sejam aplicados de maneira descontroladas.

CONCLUSÃO

A percepção da população da cidade de Santarém-Pará sobre a medicina veterinária dentro do sistema único de saúde está fortemente atrelada a variável escolaridade, 48,04% das pessoas afirmaram conhecer e saber que há um veterinário atuando na saúde única, porém 62,9% não sabem qual sua função dentro desta área. Além disso, o desconhecimento da população sobre o que o médico veterinário executa dentro da área de saúde foi evidente nesta pesquisa, 67,2% não conheciam a importante participação que este tem frente ao NASF. 50,7% das pessoas afirmaram ter participado de palestra e ações sobre vigilância em saúde, e saber que este profissional também se faz responsável pela saúde humana (55,8%), mas 85,2% relataram nunca ter visto um veterinário que atua no SUS ou não sabiam as outras áreas em que este atua além de clínica (62,9%), 97,6% declararam que há importância em ter um médico veterinário atuando nas áreas de saúde e que a falta de informação

dificulta a introdução das pessoas sobre esse assunto (96,4%). Diante deste contexto, recomenda-se a realização de programas que objetivem intensificar a disseminação das informações sobre a atuação do médico veterinário, com enfoque voltado ao grupo de pessoas que não conhecem as perguntas realizadas.

REFERÊNCIAS

- Araújo, M. M. D. (2013). Inserção do médico veterinário no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: estudos, perspectivas e propostas.
- Barbosa, D. S. (2014). A inserção do Médico Veterinário nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF): novos caminhos de atuação na saúde pública. Batista, A. D. S. (2021). Estereótipos do médico veterinário na sociedade: Uma abordagem sobre a valorização profissional.
- BRASIL. Diário oficial da união. Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 639, DE 31 DE MARÇO DE 2020. (2020). <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-639-de-31-de-marco-de-2020-250847738>
- BRITES NETO, J. (2006). O papel do médico veterinário no controle da saúde pública. Documento em hipertexto.
- BRITO, M., COSTA NETO, B. M., & AZEVEDO, C. (2016). EDUCAÇÃO SOCIOAMBIENTAL PELO BEM-ESTAR HUMANO E ANIMAL NA CIDADE DE CABACEIRAS/PB.
- Bürger, K. P. (2010). O ensino de saúde pública veterinária nos cursos de graduação em medicina veterinária do Estado de São Paulo.
- CFMV. O médico veterinário é profissional da saúde pública. (2021). <https://www.cfmv.gov.br/o-medico-veterinario-e-profissional-de-saude-publica/comunicacao/noticias>
- CFMV. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). (2020). <https://www.cfmv.gov.br/perguntas-e-respostas-sobre-o-nucleo-de-apoio-a-saude-da-familia-nasf/transparencia/perguntas-frequentes>
- COSTA, A. N. O. (2011). papel do médico veterinário no bem-estar animal. Revista CFMV, n. 54, p. 12 – 15. da Fonseca Junior, A. M., da Fonseca, A. G., Evangelista, I. L., de Sousa Segundo, F. A., & da Costa, P. W. L. (2013). Estratégias de atuação do médico veterinário no NASF. ANAIS DO CBMFC, (12), 600.
- CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema único de saúde: coleção para entender a gestão do SUS/2011 volume 1. 1 ed. Brasília: Editora. 2011
- CRMV-PR. (2017). Atribuições dos Médicos Veterinários no Setor Público Municipal - Cartilha Sindical; Curitiba, PR: SINDIVET / PR. P.16.
- CRMV-PR. O papel e a importância do médico veterinário na saúde publicam. (2011). https://www.crmv-pr.org.br/artigosView/91_O-papel-e-a-importancia-do-Medico-Veterinario-na-Saude-Publica.html
- Dantas, O. K. D. M. (2021). Aplicação do conceito “saúde única” na Rede Cegonha: uma proposta de manual para as Unidades Básicas de Saúde.
- Englar, R. E., Show-Ridgway, A., Noah, D. L., Appelt, E., & Kosinski, R. (2018). Perceptions of the veterinary profession among human health care students before an inter-professional education course at Midwestern University. Journal of veterinary medical education, 45(3), 423-436.

Frias, D. F. R., Nunes, J. O. R., & Carvalho, A. A. B. (2012). Caracterização de agravos causados por cães e gatos a seres humanos no município de Jaboticabal, São Paulo, durante o período de 2000 a 2009. *Archives of veterinary Science*, 17(3).

Gomes, A. E. D. S. (2020). Medicina Veterinária, informação e educação: uma integração possível?

JUNIOR, A.M.F.; FONSECA, A. G.; EVANGELISTA, L.I.; SEGUNDO, F.A.S.; COSTA, P.W.L. (2013). Estratégias de atuação do médico veterinário no NASF. *An Congr Bras Med Fam Comunidade*. Belém, v.12, p.600.

Moraes, F. C., da Costa Filho, R. I., Oliveira, R. A., Galvão, L. B., de Souza Ramos, D. G., do Amaral, A. V. C., ... & Meirelles-Bartoli, R. B. (2020). Conhecimento da população sobre a atuação do médico veterinário na atenção básica à saúde. *Research, Society and Development*, 9(7), e556974386-e556974386.

Napoli, L. O. (2011). Contexto do médico veterinário na saúde pública contemporânea. *Conselho Regional de Medicina Veterinária do Paraná*, 1-5. Oliveira, D. C. B. S. D. (2020). O papel do Médico Veterinário na Saúde Pública e sua visibilidade como profissional de saúde: experiência e reflexões.

Pfuetzenreiter, M. R. (2003). O ensino da medicina veterinária preventiva e saúde pública nos cursos de medicina veterinária: estudo de caso realizado na Universidade do Estado de Santa Catarina.

Pfuetzenreiter, M. R., Zylbersztajn, A., & Avila-Pires, F. D. D. (2004). Evolução histórica da medicina veterinária preventiva e saúde pública. *Ciência Rural*, 34(5), 1661-1668.

Pfuetzenreiter, M. R., & Zylbersztajn, A. (2008a). Percepções de estudantes de medicina veterinária sobre a atuação na área da saúde: um estudo baseado na ideia de "estilo de pensamento" de Ludwik Fleck. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13, 2105-2114.

Capítulo 14



10.37423/230908260

CONHECIMENTO DA HIGIENIZAÇÃO EM USUÁRIOS DE PRÓTESES DENTÁRIAS REMOVÍVEIS

Wellington Danilo Soares

*Instituto de Ciências da Saúde, Montes
Claros – Minas Gerais, Brasil*

Ana Paula Costa Santos

*Instituto de Ciências da Saúde, Montes
Claros – Minas Gerais, Brasil*

João Victor Neres Cardoso

*Instituto de Ciências da Saúde, Montes
Claros – Minas Gerais, Brasil*

Larissa Mendes Vilas Boas Alves

*Instituto de Ciências da Saúde, Montes
Claros – Minas Gerais, Brasil*

Gustavo Fagundes Eulálio dos Anjos

*Universidade Estadual de Montes Claros
(Unimontes)- Montes Claros-MG*

Amanda Nayara Silva Siqueira

*Universidade Estadual de Montes Claros
(Unimontes)- Montes Claros-MG e Secretaria
Municipal de Saú
Secretaria Municipal de Saúde de Montes
Claros, MG*

Dulce Pimenta Gonçalves

*Secretaria Municipal de Saúde de Montes
Claros, MG*

João Paulo Rodrigues Pacheco

*Universidade Federal do Rio Grande do Sul-
UFRGS- Porto Alegre-RS*

Tatiana Almeida de Magalhães

Jairo Evangelista Nascimento

*Universidade Federal dos Vales
Jequitinhonha e Mucuri- Diamantina-MG*

Resumo

Objetivo: Avaliar o conhecimento da higienização em usuários de próteses removíveis na cidade de Montes Claros - MG. **Materiais e métodos:** Trata de um estudo de caráter descritivo, com abordagem quantitativa e transversal, com amostra constituída de 30 pacientes adultos que responderam um questionário composto por quatorze perguntas. Os dados coletados foram submetidos a uma análise descritiva através do *Statistical Package for the Social Science (SPSS)*. **Resultados:** O sexo predominante dos participantes foi o feminino (76,7%), a faixa etária de mais de 60 anos (53,3%) e que realizavam a higienização da prótese dentária de 2 a 3 vezes ao dia (40%). Os participantes relataram que haviam recebido instruções de higiene da prótese (53,3%) e que o método que eles mais utilizam é o método mecânico (83,3%). **Conclusão:** Apesar da maioria dos usuários de próteses removíveis relatarem terem recebidos instruções no momento do recebimento da prótese e considerarem sua higienização boa, foi possível observar que muitos ainda assim possuem hábitos que não favorecem a manutenção da prótese dentária.

Palavras-chave: Higiene Bucal. Prótese Dentária. Saúde Bucal.

INTRODUÇÃO

A perda dentária, que acomete sobretudo na população idosa, pode ocorrer por diversos fatores, dentre eles a cárie e a doença periodontal. Como seqüela, a perda dos dentes repercute na qualidade de vida dos pacientes edêntulos, trazendo prejuízos tanto funcionais, influenciando na mastigação e fala, quanto psicossociais, tendo efeitos na sua autoestima e bem-estar social, o que leva a uma necessidade de um tratamento reabilitador protético a fim de substituir os elementos dentários perdidos (NASCIMENTO; FARIAS; BRASIL, 2020).

Existem dois tipos de próteses a serem utilizadas na reabilitação oral desses pacientes: as próteses fixas ou próteses removíveis, estas podendo ser parciais - Prótese Parcial Removível (PPR) - para pacientes com desdentamento parcial, e totais - Prótese Total Removível (PT) - indicadas quando houver perda total dos dentes. As próteses removíveis são mais recomendadas devido o preço ser baixo em relação a próteses fixas ou sobre implantes, e ainda assim promoverem ao paciente um tratamento com eficácia, qualidade e suprimindo as demandas estéticas, funcionais e fonéticas (FERREIRA FILHO *et al.*, 2021).

Uma má higienização da prótese dentária traz grandes riscos de infecção, principalmente para pacientes idosos que possuem alguma vulnerabilidade ou condição sistêmica (OLIVEIRA *et al.*, 2022). Dessa forma, a má higienização junto com a má adaptação pode resultar em uma alteração da microbiota oral, e o paciente ficar suscetível a desenvolver lesões, como estomatite protética, queilite angular, hiperplasia fibrosa inflamatória e úlcera traumática, causando um grande incômodo para o paciente (SILVA *et al.*, 2019).

É necessário que os portadores de próteses dentárias sobretudo sejam capazes de realizar uma higiene eficaz desses aparelhos, porém grande parte não a realizam de tal maneira já que não recebem uma orientação adequada dos cirurgiões-dentistas, ou quando recebem, não colocam em prática. Os materiais utilizados na limpeza devem ser capazes de eliminar as bactérias, fungos, material tanto inorgânico quanto orgânico e não causar danos ao material da prótese. Para a higienização, há três métodos possíveis utilizados: químico, mecânico e a combinação de ambos mecânico-químico (ARAÚJO; CRUZ; MENESES, 2016).

O método mecânico, o mais utilizado conforme alguns estudos mostram, corresponde ao uso de água, escova e algum tipo de sabão ou dentífrico em conjunto. Deve-se atentar ao qual tipo de dentífrico o paciente utiliza e orientá-lo, uma vez que caso muito abrasivos, podem danificar a estrutura da

prótese e levar a um acúmulo maior de biofilme, e a escova deve ser dura para maior eficácia no momento de higienizar (OLIVEIRA *et al.*, 2022).

O método químico consiste em colocar a prótese dentro de uma solução. É importante e comum em pacientes idosos com alguma dificuldade, tornando-se um ótimo método, devido sua facilidade de higienização. Entretanto, o uso inadequado pode acarretar riscos para a prótese. O método associado consiste no conjunto do método mecânico com o método químico, ou seja, na escovação e imersão com substância química. Ele é indicado para pacientes idosos que possuem dificuldade de realizar movimentos (VASCONCELOS *et al.*, 2019).

Conhecendo então os métodos mecânicos e químicos, alguns pesquisadores afirmam que a conduta mais eficaz para a higienização consiste na associação desses dois métodos, pois remove de maneira mais efetiva os microrganismos e debris que se acumulam sobre a superfície das próteses (LEAL *et al.* 2019).

Devido o aumento da expectativa de vida no Brasil, resultando em uma população composta em grande parte por pessoas idosas, principais utilizadores de prótese dentárias, percebe-se à importância para a saúde oral e geral dos pacientes de se realizar uma boa higienização desses dispositivos protéticos, prevenindo o surgimento de doenças bucais e garantindo a longevidade da prótese, é necessário que estudos sejam feitos para que se identifique possíveis problemas no momento da higienização, podendo assim instruir corretamente os usuários e contribuir para seu conhecimento dos diversos métodos e qual o mais eficaz.

Nesta perspectiva, o estudo objetivou avaliar o conhecimento da higienização em usuários de próteses removíveis na cidade de Montes Claros – MG, verificando se possuem uma correta orientação quanto as técnicas existentes e a detecção da mais utilizada.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa com caráter descritivo, quantitativa e transversal. O estudo foi realizado através da aplicação do questionário em pacientes utilizadores de próteses dentárias removíveis nas clínicas integradas, clínica de prótese avançada e clínica de geriatria do curso de Odontologia de instituições privadas da cidade de Montes Claros – MG.

A amostra foi por conveniência sendo constituída de 30 adultos, de ambos os sexos, utilizadores de próteses dentárias removíveis. Foram incluídos todos aqueles que aceitaram participar da pesquisa de forma voluntária e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, foram

excluídos aqueles pacientes que utilizavam prótese fixa ou sobre implantes e que responderam o questionário de maneira incorreta ou incompleta.

O instrumento utilizado foi elaborado pelos próprios pesquisadores a partir de outros questionários presentes em um inventário em inglês e português, no qual 3 perguntas foram retiradas do questionário em inglês⁸ e acrescentadas a outras 11 retiradas de um questionário em português⁹, totalizando 14 perguntas. Dentre essas perguntas, pergunta-se há quanto tempo o participante extraiu os dentes, o tempo que ele utiliza a prótese dentária, se já recebeu instrução de higiene, como ele limpa a sua prótese dentária, qual a frequência, e se ele possui alguma dificuldade para higienizar. Além disso, o questionário conta com informações de identificação do participante, como nome completo e idade.

Inicialmente, foi feito a abordagem aos pacientes para saber se utilizavam prótese dentária e qual o tipo da prótese, caso se enquadrassem nos critérios de inclusão da pesquisa, o paciente recebeu uma explicação acerca dos objetivos do estudo e a metodologia a ser utilizada com espaço para o mesmo sanar possíveis dúvidas. Aqueles que aceitavam participar da pesquisa, assinaram o TCLE.

A coleta de dados foi desenvolvida entre os meses de março e abril de 2023, por meio da aplicação dos questionários pelos próprios pesquisadores, em salas reservadas para este fim nas instituições da pesquisa.

Os dados coletados foram submetidos a uma análise descritiva com frequência absoluta e relativa, através do *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) 26.0.

O presente estudo foi submetido e aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes, sob o parecer nº 5.836.389/2022 e CAAE: 65250822.0.0000.5146.

RESULTADOS

Participaram desse estudo 30 pacientes atendidos nas clínicas do curso de Odontologia de instituições privadas da cidade de Montes Claros – MG.

Na tabela 1, pode-se verificar que o sexo predominante observado na pesquisa foi o feminino (76,7 %), enquanto o sexo masculino representava a minoria. A maior parte dos pacientes possuía mais de 60 anos (53,3 %), 11 possuíam entre 41 e 60 anos (36,7 %), e apenas 3 tinham 20 a 40 anos (10 %). Em relação à escolaridade, 60% dos participantes concluíram somente o ensino fundamental e 33,3%

fizeram o ensino médio. Além disso, grande parte da população estudada (60%) tinha renda mensal de até um salário mínimo. Dos 30 participantes incluídos no estudo, 56,7% utilizavam próteses parciais removíveis, 40% próteses totais removíveis e 3,3% prótese total e parcial, sendo o período de edentulismo maior que 5 anos em 86,7% dos casos.

Tabela 1 – Perfil sociodemográficos dos pacientes atendidos nas clínicas do curso de Odontologia de instituições privadas da cidade de Montes Claros – MG, 2023.

Variáveis	n	%
Idade		
20 a 40 anos	3	10,0
41 a 60 anos	11	36,7
Mais de 60 anos	16	53,3
Sexo		
Feminino	23	76,7
Masculino	7	23,3
Renda familiar		
Até um salário mínimo	23	76,7
2 a 4 salários mínimos	6	20,0
Mais de 4 salários mínimos	1	3,3
Escolaridade		
Ensino fundamental	18	60,0
Ensino médio	10	33,3
Nível superior	1	3,3
Nenhum	1	3,3
Tipo de prótese		
Total	12	40,0
Parcial removível	17	56,7
Total e parcial removível	1	3,3
Tempo de uso de prótese		
Até um ano	1	3,3
1 a 3 anos	2	6,7
3 a 5 anos	1	3,3
Mais de 5 anos	26	86,7

Fonte: Os autores, 2023.

Na tabela 2, pode-se observar que em relação as orientações de higiene e cuidados com os dispositivos protéticos, a maior parte (53,3%) dos pacientes relataram terem recebido instruções e conselhos no momento em que receberam as próteses. Entretanto, a maior parte (73,3%) dos entrevistados responderam que não removem a prótese para dormir quando questionados. Dentre aqueles que removem, o local mais utilizado para armazenar a prótese quando retirada da boca é dentro de um copo com água 26,7%. Quanto a frequência de higienização das próteses, 40% dos participantes informaram que as higienizam 3 vezes por dia, e 40% as higienizam 2 vezes ao dia. O método mecânico

utilizando água, creme dental e escova de dentes é o mais utilizado (83,3%). Todos realizam a higienização com a prótese fora da boca. A respeito da frequência de ida ao dentista, 33,3% responderam fazerem visitas de rotina apenas uma vez por ano. A maioria dos participantes incluídos na pesquisa disseram que consideram boa a higienização da prótese realizada por eles (73,3%).

Tabela 2 – Hábitos dos pacientes dos pacientes atendidos nas clínicas do curso de Odontologia de instituições privadas da cidade de Montes Claros – MG, 2023.

Variáveis	n	%
Recebeu instruções sobre a limpeza e cuidado da prótese dentária		
Sim	16	53,3
Não	14	46,7
Frequência diária de limpeza da prótese		
Uma vez	4	13,3
Duas vezes	12	40,0
Três vezes	12	40,0
Mais de três vezes	2	6,7
Material que usa para limpar a prótese		
Escova dental	1	3,3
Pasta de dentes e escova dental	1	3,3
Água, pasta de dentes e escova dental	25	83,3
Água, pasta de dentes, escova dental e sabonete	1	3,3
Água, pasta de dentes, escova dental e enxaguante bucal	1	3,3
Água, pasta de dentes, escova dental e bicarbonato	1	3,3
Local de armazenamento da prótese quando sai da boca		
Só retira durante a higienização	17	56,7
Recipiente com água	8	26,7
Recipiente com cloro	1	3,3
Bolsa	1	3,3
Debaixo do travesseiro	1	3,3
Em cima de alguma superfície	2	6,7
Remoção da prótese antes de dormir		
Sim	8	26,7
Não	22	79,3
Frequência ao dentista para exames de rotina		
Uma vez a cada 6 meses	5	16,7
Uma vez por ano	10	33,3
Uma vez a cada dois anos	6	20
Outro	5	16,7
Nunca	4	13,3
Como você avalia a higienização da sua prótese		
Fraca	6	20
Moderada	2	6,7
Boa	22	73,3

Fonte: Os autores, 2023.

DISCUSSÃO

Esse estudo buscou avaliar o nível de conhecimento da higienização em usuários de próteses dentárias removíveis da cidade de Montes Claros-MG, em relação se esses indivíduos possuíam uma correta orientação quanto a higiene e as técnicas de higienização dos aparelhos protéticos.

Pôde-se observar uma maior prevalência do sexo feminino entre os indivíduos, uma vez que as mulheres vivem por mais tempo e possuem a tendência de procurarem mais os serviços de saúde pública do que os homens, e uma renda de até um salário mínimo entre a maioria, corroborando com dados informados no estudo Alencar *et al.* (2021).

Verificou-se um predomínio do uso dos dispositivos protéticos por parte de pessoas com faixa etária de mais de 60 anos, o que vai ao encontro ao estudo de Colussi e Patel (2016), que constataram a maior necessidade de prótese entre os idosos .

Em relação a escolaridade, pode-se observar que há um maior uso de prótese dentária entre indivíduos com grau de escolaridade baixa, assim como no estudo de Leal *et al.* (2019), onde os autores observaram que visto os idosos de hoje em dia, quando mais jovens, não priorizavam tanto a educação.

No que se refere ao tipo de prótese, houve prevalência de uso da prótese parcial removível. Em um estudo anterior a este, realizado por Leal *et al.* (2019), os autores avaliaram os hábitos de higiene bucal e das próteses, bem como o grau de satisfação de idosos usuários de próteses removíveis residentes em quatro Instituições de Longa Permanência na Cidade de Caxias do Sul - Rio Grande do Sul, e verificaram que a maioria dos participantes utilizavam prótese total.

Condizente com o estudo de Nóbrega *et al.* (2016) observou-se nesse estudo que um grande percentual de entrevistados utilizam a prótese dentária há mais de 5 anos, o que representa um fator de risco, uma vez que o uso prolongado da prótese favorece o surgimento de lesões orais.

Quanto ao recebimento de instruções acerca do uso e higiene da prótese pelo cirurgião-dentista, pode-se observar que a maioria dos portadores de próteses receberam tais instruções do seu dentista, dados diferentes ao estudo de Nóbrega *et al.* (2016) que avaliaram o comportamento e hábitos de higiene de usuários de próteses dentárias removíveis totais e parciais em resina acrílica, atendidas no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), em Parintins - Amazonas, onde a maior parte dos participantes não haviam recebido instruções acerca do uso e higiene da prótese.

Houve a predominância da higienização apenas pelo método mecânico utilizando água, dentífrico e escova e um baixo número de indivíduos que costumam realizar o método químico imergindo a prótese dentro de um copo com água e alguma substância química, resultado semelhante encontrado no trabalho de Alencar *et al.* (2021).

Com relação a frequência de higienização, constatou-se uma mesma quantidade de pessoas que escovam a prótese 3 vezes ao dia e 2 ao vezes ao dia, resultados que corroboram com outros estudos, como o de Oliveira *et al.* (2022), em que a maior parte realizam a higienização por pelo menos 3 vezes ao dia.

Ao questionamento relacionado à remoção da prótese durante a noite antes de dormir, em nosso estudo se averiguou que a maioria não remove para dormir, da mesma forma que no estudo de Falcão *et al.* (2019). Contudo, diferindo-se do estudo de Miranzi *et al.* (2015), efetuado em um município no interior de Minas Gerais que objetivou conhecer e descrever características sócio-demográficas, cuidados na conservação, tipo de limitação ou interferência oriunda do uso de próteses dentárias, em que muitos possuem o hábito tido como correto de se remover o dispositivo protético durante o sono, evitando a proliferação de microrganismos e permitindo que a mucosa descanse.

Quanto a percepção a respeito do nível de higienização, um percentual alto de indivíduos declaram considerar sua higienização da prótese boa, mesma relação encontrada no estudo de Aguiar *et al.* (2019), a qual contudo não garante que de fato os participantes tenham uma higiene e cuidados efetivamente de qualidade, dado que muitos ainda assim realizam atitudes prejudiciais para uma adequada conservação da saúde bucal e da prótese dentária.

O presente estudo tornou-se limitado devido a dificuldade de encontrar pessoas que se encaixassem nos critérios de inclusão e que concordassem em participar e responder o questionário. Através da pesquisa, tornou-se claro a necessidade dos cirurgiões-dentistas reforçarem mais aos pacientes qual o método mais eficaz de se higienizar as próteses dentárias e quais cuidados e hábitos adotarem para garantir a manutenção, durabilidade e boa higienização desses dispositivos, devendo ser ressaltado durante as consultas de rotina, que também devem ser incentivadas a acontecerem com mais frequência.

CONCLUSÃO

Apesar da maioria dos usuários de próteses removíveis relatarem terem recebidos instruções no momento do recebimento da prótese e considerarem sua higienização boa, foi possível observar que

muitos ainda assim possuem hábitos que não favorecem a manutenção da prótese dentária e não conhecem e realizam o método considerado mais correto de se higienizar esses dispositivos.

Portanto, é de suma importância que o conhecimento desses usuários seja melhorado, de modo que as informações passadas a esses indivíduos sejam realmente compreendidas e eles sejam cada vez mais incentivados a mudarem e melhorarem suas atitudes quanto à saúde bucal.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Luíza de Oliveira. Conhecimentos e práticas de higiene em pacientes portadores de próteses dentárias – estudo randomizado, observacional, transversal – estudo piloto. [monografia] [internet]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2019. [citado em 2023 jun. 01]. Available from: <https://app.uff.br/riuff/handle/1/11282>
- ALENCAR, Andressa Aires et al. Avaliação dos hábitos de higiene bucal de usuários de prótese dentária removível. ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION, v. 10, n. 4, p. 584-590, 2021.
- ARAÚJO, L. M. P.; CRUZ, M. J. C.; MENESES, S. S. Materiais e métodos utilizados na higienização de próteses totais: revisão da literatura. Rev. Interfaces, v. 3, n. 9, p. 18-24, 2016.
- COLUSSI, Claudia Flemming; PATEL, Franciny Scharf. Uso e Necessidade de Prótese Dentária no Brasil: avanços, perspectivas e desafios. Saúde & Transformação Social/Health & Social Change, v. 7, n. 1, p. 41-48, 2016.
- FALCÃO, Tainá Nascimento et al. Qualidade de Vida e Condições de Higiene de Próteses Dentárias de Idosos Institucionalizados. Rev. bras. ciênc. saúde, p. 73-80, 2019.
- FERREIRA FILHO, Mário Jorge Souza et al. Reabilitação oral com prótese parcial removível dupla: revisão de literatura. Brazilian Journal of Development, v. 7, n. 2, p. 16934-16947, 2021.
- LEAL, Luana Raimann et al. Avaliação dos hábitos de higiene e satisfação de idosos institucionalizados usuários de próteses removíveis. Rev. Odontol. Araçatuba (Impr.), p. 14-18, 2019.
- MIRANZI, Mário Alfredo Silveira et al. Uso da prótese dentária entre idosos: um problema social. Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social, v. 3, n. 1, 2015.
- NASCIMENTO, Elayne Frota; FARIAS, Sindiany Sobral; BRASIL, Sarah Pereira Alves. Uso e necessidade de prótese dentária em idosos: Revisão de literatura. Brazilian Journal of Development, v. 6, n. 11, p. 93584-93596, 2020.
- NÓBREGA, Danúbia Roberta de Medeiros et al. Avaliação da utilização e hábitos de higiene em usuários de prótese dentária removível. Revista Brasileira de Odontologia, v. 73, n. 3, p. 193, 2016.
- OLIVEIRA, Sejane Sousa Barros et al. A influência dos métodos de higiene na longevidade das próteses totais e parciais removíveis. ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION, v. 11, n. 2, p. 220-225, 2022.
- SILVA, João Rubens Teixeira Castro et al. Lesões bucais decorrentes do uso de próteses dentárias removíveis. Revista Baiana de Saúde Pública, v. 43, n. 1, p. 165-179, 2019.
- VASCONCELOS, Glenda Lara Lopes et al. Higienização de próteses dentárias removíveis: uma revisão da literatura. Journal of Orofacial Investigation, v. 6, n. 2, 2019

MULTIDISCIPLINARIDADE EM SAÚDE: A NECESSIDADE DA INTEGRAÇÃO

VOLUME V



conhecimentolivre.org/home



contato@conhecimentolivre.org



[editoraconhecimentolivre](https://www.instagram.com/editoraconhecimentolivre)



EDITORA CONHECIMENTO LIVRE