

ANAIS DO
II CONGRESSO
INTERNACIONAL
de Enfermagem



Anais do II Congresso Internacional de Enfermagem do UNIPTAN

Número 1

Curso de Enfermagem

Coordenação Editorial: Núcleo de Publicações Científicas e Coordenação de Pesquisa – UNIPTAN/AFYA

Editoração: Larissa Mirelle de Oliveira Pereira e Eliane Moreto Silva Oliveira

Capa: Larissa Mirelle de Oliveira Pereira

1ª Revisão: Ana Claudia Silva Lima

2ª Revisão: Larissa Mirelle de Oliveira Pereira e Eliane Moreto Silva Oliveira

Preparação de originais: Ana Claudia Silva Lima, Ana Karla Silva, Marcela Nolasco, Jussara Cristina Aparecida de Souza Monteiro, Naylson Aparecido Rodrigues

C749a Congresso Internacional de Enfermagem do UNIPTAN (1. : 2023 : São João del Rei, MG)
Anais [recurso eletrônico] do II Congresso Internacional de Enfermagem do UNIPTAN,
08 a 13 de maio de 2023, São João del Rei, MG / Organizado por: Eliane Moreto
Silva Oliveira, Ana Claudia Silva Lima, Larissa Mirelle de Oliveira Pereira, Naylson Aparecido
Rodrigues -- São João del Rei, MG: UNIPTAN, 2023.

Realização Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves
Disponível via internet: www.uniptan.edu.br
ISSN: 978-65-01-09725-1

1. Enfermagem - Congresso. 2. Evento acadêmico. I. Centro Universitário
Presidente Tancredo de Almeida Neves. II. Título.

CDU – 616-083

Ficha catalográfica elaborada por Ludmilla Vieira Silva CRB-6/3340

NÚCLEO DE PUBLICAÇÕES CIENTÍFICAS - NPC
Av. Dr. José Caetano de Carvalho, 2199 - Jardim Central,
São João del Rei - MG, 36307-251
nucleodepublicacoes@uniptan.edu.br
2022 – Recurso Eletrônico.

II CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM DO UNIPTAN**UNIPTAN**

Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves

REITORA

Maria Tereza Gomes de Almeida Lima

PRÓ-REITOR DE PESQUISA E EXTENSÃO

Heberth Paulo de Souza

PRÓ-REITORA DE ENSINO E ASSUNTOS ACADÊMICOS

Kelly Aparecida Torres

COMISSÃO ORGANIZADORA

Ana Claudia Silva Lima

Ana Karla Silva

Marcela Nolasco

Jussara Cristina Aparecida de Souza Monteiro

Naylson Aparecido Rodrigues

COMISSÃO CIENTÍFICA

Ana Claudia Silva Lima

Andréia Andrade dos Santos

Bárbara Fabrícia Silva Lopes

Jane Daisy de Souza Almada Resende

Marcela Nolasco

Naylson Aparecido Rodrigues

Regina Aparecida de Melo Bagnolli

Samyra Giarola Cecílio

APRESENTAÇÃO

O II Congresso Internacional de Enfermagem do UNIPTAN foi um evento de abrangência internacional, realizado de modo on-line e em São João del-Rei, nas dependências do UNIPTAN no primeiro semestre de 2023 e organizado pelos docentes do curso de Enfermagem do Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves – UNIPTAN.

O objetivo do evento foi enfatizar a atuação do enfermeiro nas diferentes áreas por meio da troca de experiência de profissionais já consolidados no mercado de trabalho. O evento também possibilitou o intercâmbio do conhecimento técnico e científico por meio da apresentação de resultados de pesquisas e de relatos de atividades de extensão realizados por discentes do UNIPTAN.

Na presente publicação, o leitor pode conferir os trabalhos apresentados no evento e que representam a produção científica de alunos e professores do Curso de Enfermagem do UNIPTAN.

Desejamos a todos uma boa leitura!

Ana Claudia Silva Lima

Docente do Curso de Enfermagem e
Coordenadora de Extensão do UNIPTAN

Naylson Aparecido Rodrigues

Docente e Coordenador do Curso de Enfermagem do UNIPTAN

SUMÁRIO

ARTIGOS

Segurança do paciente e atenção primária: uma união ainda negligenciada	10
Segurança do paciente em urgência e emergência	23
Auditoria na enfermagem na atenção primária da saúde: uma atribuição do enfermeiro	34
Implantação e fortalecimento da política nacional de atenção integral à saúde do homem em São João Del Rei – Minas Gerais	45
Sobrecarga de trabalho de profissionais da aps e seus fatores associados: revisão integrativa da literatura	66
Educação permanente no âmbito da atenção primária à saúde direcionada à urgência e emergência	82

RESUMOS EXPANDIDOS

Satisfação e sobrecarga nos processos de trabalho na atenção primária à saúde	95
A perspectiva da equipe de saúde da atenção primária a respeito dos cuidados paliativos	102
Redução de danos: fragilidades encontradas no programa	109
Relato de experiência: projeto de extensão ser criança em minas	114
Importância da auditoria em ambiente hospitalar	119
A importância da enfermagem de Florence nos dias atuais	125
Violência doméstica	131
A atuação do enfermeiro frente às mulheres lésbicas: uma perspectiva de cuidado e inclusão	136

A prática de estágio em enfermagem no contexto dos mutirões de vacina contra covid 19 um relato de experiência	141
Gravidez atrás das grades: a realidade das gestantes privadas de liberdade e seus desafios de saúde	145
A estratégia de saúde da família e o cuidado ao paciente em saúde mental	150

SEGURANÇA DO PACIENTE E ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA UNIÃO AINDA NEGLIGENCIADA

Carolina Gatti Caldas¹
Jane Daisy de Sousa Almada Resende²
Lauren Gabriella Cunha Silva¹
Mileide Cristinne Santos Brito¹
Tamires de Paiva Carvalho¹
Ana Clara Almada Resende¹

RESUMO: A segurança do paciente na atenção primária é fundamental para garantir a qualidade do cuidado de saúde. A adoção de práticas seguras, como a comunicação efetiva e a identificação precoce de riscos, pode prevenir danos e melhorar os resultados de saúde dos pacientes. O objetivo do presente artigo é discutir sobre segurança do paciente no contexto da atenção primária de saúde e ampliar o conhecimento sobre este assunto no Brasil. A metodologia se trata de um estudo reflexivo sobre o tema através de levantamento literário nas bases de dados voltadas para saúde, no qual possibilitou uma compreensão contextualizada e centrada na temática estudada. Resultado: Neste estudo, evidenciou-se a importância da segurança do paciente na atenção primária e como a ausência de estratégias e ações impactam diretamente na rede de atenção em saúde sistematicamente. Conclusão: Nota-se que se faz imprescindível o estabelecimento de um Núcleo de Segurança do Paciente na atenção básica para solucionar a falta de planejamento e execução dos serviços de saúde e promover ações que deveriam ser construídas juntamente com gestores, usuários e trabalhadores da saúde para a melhoria do clima de segurança. Tais atitudes podem proporcionar melhorias na qualidade do cuidado prestado.

Palavras-Chave: Segurança do Paciente 1. Cuidado Primário Seguro 2. Atenção Primária de Saúde 3

1 INTRODUÇÃO

A excelência no atendimento à saúde e a proteção do paciente são princípios fundamentais que remontam aos primórdios da medicina, tendo sido expressos pelo pai da medicina, Hipócrates, através do famoso provérbio "Primum non nocere". Destacando a importância crucial de evitar causar danos aos pacientes, sendo considerado uma base fundamental do pensamento de todos os profissionais de saúde. Atualmente, a questão da qualidade da assistência médica tem sido alvo de constante atenção, especialmente após a

¹ Discente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves – UNIPTAN.

² Mestre em Ciências Biológicas (UFJF). Docente do Curso de Enfermagem do UNIPTAN.

E-mail para contato: mileidecristinnesbrito@gmail.com

publicação em 2000 do relatório "Errar é Humano" pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos (IOM) (André *et al.*, 2021; Silva *et al.*, 2022).

A fim de evitar tais danos, a segurança do paciente (SP) deve ser vista como um conjunto harmônico de ações que visa influenciar a cultura, os processos, os comportamentos, a tecnologia e o ambiente na área da saúde, com o objetivo de reduzir riscos, prevenir a ocorrência de danos evitáveis e minimizar seu impacto nos pacientes, profissionais e organizações (Bohrer *et al.*, 2021). Essa abordagem busca solucionar problemas comuns relacionados a falhas de comunicação, tecnologia e produtos, a fim de minimizar os riscos e danos associados à assistência à saúde (Macedo *et al.*, 2020).

Importante ressaltar que a Organização Mundial da Saúde (OMS) incentiva a adoção das estratégias de cuidado seguro na atenção primária e a estabelece como uma prioridade global (Bohrer *et al.*, 2021), uma vez que na atenção primária à saúde não há tanto reconhecimento da segurança do paciente como em âmbito hospitalar (Macedo *et al.*, 2020).

Assim sendo, a segurança do paciente é um tema amplamente discutido, já que eventos que resultam em danos ao paciente ocorrem em todas as esferas da saúde. Embora haja cuidados em saúde, é possível que erros ocorram, acarretando graves consequências aos pacientes (Abreu *et al.*, 2020). Em comparação com o Brasil, países como Estados Unidos, Austrália e Portugal dão maior ênfase à segurança do paciente. Mesmo que o Brasil tenha implementado o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), ainda há poucas informações e o assunto só recentemente começou a receber mais notoriedade (Souza *et al.*, 2019).

Ainda que haja um reconhecimento crescente sobre a importância da atenção primária à saúde na promoção da segurança do paciente, até o presente momento há uma lacuna considerável no conhecimento sobre as desigualdades sociais que afetam esse processo. A falta de estudos científicos sobre o tema limita a compreensão dos determinantes individuais e sociais que têm um impacto significativo nas condições de saúde da população (Piccardi *et al.*, 2018). No entanto, é inegável que existem vários fatores que influenciam essa dinâmica complexa e é fundamental que sejam realizadas mais pesquisas para o entendimento dessa questão crítica.

Em 2013, o Governo Federal Brasileiro instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), juntamente com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, que previa a adoção de estratégias básicas para o desenvolvimento da segurança do paciente e a criação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP). O objetivo dessas medidas era integrar estratégias que promovessem a segurança do paciente em diversos ambientes de atenção à saúde, incluindo a atenção primária (Silva *et al.*, 2019).

Destaca-se que os cuidados primários representam a primeira linha de cuidados de saúde e desempenham um papel crucial na promoção da saúde de indivíduos, comunidades e sociedades. Todavia, garantir a segurança do paciente durante a prestação desses cuidados ainda é um desafio, mesmo que as ações desenvolvidas na atenção secundária tenham progredido significativamente, a cultura de aprendizado a partir dos erros no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) ainda é insuficiente. Isso significa que, frequentemente, quando ocorrem incidentes, não há um processo efetivo para relatar, analisar e aprender com esses erros (Paranaguá *et al.*, 2022). Portanto, é essencial que haja um esforço contínuo para promover uma cultura de segurança e aprendizado na APS, a fim de garantir a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados e, conseqüentemente, a segurança e o bem-estar dos pacientes.

Cumprase dizer que a APS é responsável por resolver até 80% dos problemas de saúde da população. Entende-se, portanto, que são múltiplas as condições de saúde a serem abordadas nesse nível de atenção, o que requer competência profissional, conhecimento técnico, atendimento individualizado, envolve escuta ativa e competente, entre outros fatores (Campos; Guerrero, 2010).

No entanto, a atuação dos profissionais na assistência a essas condições de saúde está sujeita ao fracasso, seja por falta de técnica, atitude empática ou gestão de cuidado eficaz (Macedo *et al.*, 2020). Sendo assim, a segurança do paciente na APS é um desafio complexo, em parte devido à impossibilidade dos profissionais de saúde observarem continuamente seus pacientes, especialmente quando incidentes ocorrem fora da unidade de saúde, o que pode dificultar a identificação de sua origem (Bohrer *et al.*, 2021).

Além disso, a prestação de cuidados primários inseguros é um problema universal nos serviços de saúde, resultando em maior morbidade, uso excessivo de recursos e custos econômicos. Em países de baixa e média renda, a ocorrência de incidentes de segurança na APS pode atingir de 25% a 40% dos cuidados prestados, sendo que 80% desses incidentes são evitáveis (Paranaguá *et al.*, 2022; Kuriakose *et al.*, 2020).

Ressalta-se que embora existam mecanismos para a notificação de eventos adversos na assistência primária à saúde, sua efetivação ainda é falha, evidenciando a necessidade de consolidar estratégias de cuidado seguro na APS. A implementação dessas estratégias é crítica para garantir a sustentabilidade e o cumprimento da segurança do paciente, além de refletir no alcance dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas (ODS) relacionados à promoção da saúde e do bem-estar de todos (Crisigiovanni *et al.*, 2022). Logo, é essencial que sejam promovidas ações para incentivar a notificação e a análise de eventos adversos na APS,

bem como a implementação de medidas preventivas, a fim de assegurar a qualidade e a segurança dos cuidados prestados aos pacientes.

Os erros mais comuns na APS podem estar associados a comunicação ineficaz, gestão ineficiente, problemas na infraestrutura, formação dos profissionais de saúde e o mais comum são erros de medicação e diagnóstico. Segundo um estudo brasileiro na APS, foram identificados 3 incidentes por 1.000 atendimentos no trimestre do ano de 2018 por erros administrativos acompanhados de erros no tratamento. Esses erros acabam gerando complicações maiores e terminam na hospitalização, por ineficiência da segurança na atenção primária à saúde APS (Silva *et al.*, 2019).

Com base nestas informações, pode-se afirmar que a cultura de segurança do paciente é um conjunto de valores, atitudes e comportamentos que todos os profissionais devem ter em relação à segurança no local de trabalho. Isso permite que os profissionais se envolvam diretamente na prevenção de acidentes, contribuindo com suas opiniões na criação e funcionamento dos processos de segurança. Uma das formas de fortalecer a segurança é através do trabalho em equipe e da implementação de ações que substituem a culpa e a punição por oportunidades de aprendizado com os erros. Para isso, é fundamental compreender as crenças, valores e normas da instituição, para que a implementação de mudanças, sejam temporárias ou definitivas (Dal Pai *et al.*, 2020).

Assim sendo, este trabalho teve como objetivo mostrar a importância de instituir o Núcleo de Segurança do Paciente na Atenção Primária da Saúde como forma de prevenção de eventos adversos e análise destes eventos evitáveis gerados aos pacientes a partir da literatura analisada.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A segurança do paciente é um tema fundamental em qualquer área da saúde, mas ainda negligenciada em muitos aspectos, especialmente na atenção primária da saúde. A APS é a porta de entrada para o sistema de saúde e é responsável por fornecer cuidados de saúde básicos, além de promover a saúde e prevenir doenças, entretanto, garantir a segurança do paciente nesse contexto ainda é um desafio.

Embora haja avanços na promoção da segurança do paciente na atenção secundária, a cultura de aprendizagem a partir do erro na atenção primária ainda é incipiente. É necessário fortalecer a cultura de segurança do paciente e implementar estratégias que visem a prevenção

de incidentes e a melhoria da qualidade do atendimento na atenção primária à saúde (Silva *et al.*, 2019; Vincent; AmalbertI, 2016).

Há também a preocupação em conhecer as lacunas na assistência em saúde para detectar os possíveis porquês que motivam as barreiras na SP. Tendo esta visão, pode-se reestruturar a qualidade no atendimento, por isso, a notificação de incidentes é um mecanismo de controle e análise eficiente para entender as causas de situações de risco (Amaro; Bohomol, 2020).

Neste sentido, para construir um ambiente seguro é necessário que se tenha a percepção de que a falha está na manutenção do processo de trabalho, onde os colaboradores não estão atentos o suficiente para evitar danos. O papel dos envolvidos no processo de trabalho é prever as falhas e providenciar meios para contê-las com ações cautelosas que visem a construção da cultura de segurança (Macedo, *et al.*, 2020; Bohrer, *et al.*, 2021).

2.1 Segurança do Paciente

A segurança do paciente melhora a qualidade da assistência à saúde pela capacidade de gerenciar e prevenir riscos aos quais os usuários estão expostos. Por isso, age com diminuição planejada e constante de possíveis prejuízos na assistência (Raimondi *et al.*, 2019).

No Brasil, as iniciativas de diversas organizações e movimentos da rede de saúde, como a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) e o Centro Colaborador para a Qualidade da Assistência e Segurança do Paciente (PROQUALIS), têm contribuído para estimular a discussão e a estratégia entre o público e o setor privado, culminando com a criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) em 2013 e seus protocolos (Souza *et al.*, 2018).

Este Programa (PNSP) criado pelo Ministério da Saúde tem o intuito de melhorar a qualidade do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do país. Ele foi estabelecido por meio das Portarias GM/MS nº 529/2013, juntamente com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, que exigiam a criação de seis protocolos básicos de segurança do paciente e a instituição dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP). Esses núcleos deveriam promover e apoiar a implementação de ações relacionadas à segurança do paciente em diferentes locais de assistência à saúde, como hospitais, unidades básicas de saúde (UBS), clínicas e serviços especializados de diagnóstico e tratamento (Silva *et al.*, 2022; SANTOS; Valente, 2020).

Tal programa incluía componentes focados na avaliação externa, como licenciamento e creditações; monitoramento do índice de desempenho do Sistema Único de Saúde (SUS) e

melhoria da qualidade, incluindo o Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade da Rede de Atenção à Saúde (QualiSUS-Rede) e o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (André *et al.*, 2021).

A Resolução 36/2013, citada anteriormente, estabelece ações para a segurança do paciente nos serviços de saúde e dispõe sobre medidas preventivas. Este regulamento prescreve e estabelece pontos básicos de segurança do paciente, como um centro de segurança do paciente, notificação obrigatória de eventos adversos e o desenvolvimento de um plano de segurança do paciente (Santos; Valente, 2020).

Sendo assim, o Ministério da Saúde tornou obrigatória a notificação de incidentes pelos serviços de saúde no Brasil, atribuindo aos profissionais a responsabilidade de reportar esses eventos em um ambiente que priorize a cultura de segurança (BRASIL, 2013). No entanto, o Boletim de Segurança do Paciente revelou que os hospitais notificaram 94% dos incidentes, enquanto os serviços de atenção primária à saúde (APS) notificaram apenas 0,4% no ano de 2016, evidenciando uma baixa adesão da APS ao processo de notificação (Amaro; Bohomol, 2020). Importante ressaltar que evento adverso é um incidente não intencional que resulta em dano desnecessário ao paciente, sendo na maioria das vezes evitáveis, durante o cuidado de saúde (Zambon, 2014).

Embora a segurança do paciente seja uma questão discutida com mais ênfase em ambientes hospitalares, é necessário avançar na APS, uma vez que erros e eventos adversos também podem ocorrer nesse nível de atenção (Silva *et al.*, 2022). É importante ressaltar que, na APS, o termo "paciente" é comumente utilizado em vez de "usuário", pois se refere não apenas ao indivíduo que utiliza o serviço de saúde, mas também ao acompanhante, família, trabalhador, gerente da instituição e gestor do sistema de saúde que precisa de um cuidado contínuo (Amaro; Bohomol, 2020).

2.2 Segurança do Paciente na Atenção Primária da Saúde

No contexto brasileiro, os termos "atenção básica" e "atenção primária" são frequentemente usados como sinônimos. Todavia, durante a implantação do SUS, a atenção primária tem diferença na semântica pois é um nível que estabelece cuidados iniciais enquanto atenção básica é um programa internacional voltado para atender um número limitado de pacientes, problemas e serviços de saúde materno-infantil, como reidratação oral, imunização e planejamento familiar (Silva, *et al.*, 2019).

É importante destacar que a equipe de saúde da família desempenha um papel relevante na segurança do paciente, e, portanto, deve orientar de forma clara os indivíduos de sua comunidade para que reduzam os riscos existentes em suas residências (Santos; Valente, 2020). Essa equipe é um modelo de atenção primária à saúde composto por profissionais multidisciplinares que atuam em uma determinada área geográfica. O objetivo é promover a saúde da população por meio da prevenção, diagnóstico precoce e tratamento de doenças, além de desenvolver ações de promoção e prevenção em saúde. Esse modelo de atenção visa a integralidade, longitudinalidade e resolutividade da atenção à saúde. Nesse sentido, é preciso compreender as consequências dos eventos adversos e identificar as causas dos incidentes como os near miss, a fim de contribuir para a busca de um atendimento mais seguro (Amaro *et al.*, 2021).

Desta forma, a APS tem como papel a implementação de ações multiprofissionais para contribuir com a efetivação das políticas de atenção à saúde, especialmente nas áreas prioritárias. Isso permite que a equipe execute medidas para garantir a segurança do paciente e proponha estratégias para reduzir riscos e minimizar eventos adversos (Raimond *et al.*, 2019).

3 METODOLOGIA

O presente estudo refere-se a uma análise reflexiva sobre a temática segurança do paciente em nível primário da saúde e a importância da implementação do Núcleo de Segurança do Paciente como um fator de reversão dos agravos na negligência deste tema na saúde básica brasileira.

Na pesquisa, foram utilizados estudos de referência propostos pela orientadora e realizado uma pesquisa literária nos bancos de dados disponíveis para o levantamento de argumentos acerca do tema. Os portais que possibilitaram uma análise contextualizada e ampla a respeito do tema proposto foram PUBMED, MEDLINE, LILACS e BDEF.

Para a pesquisa bibliográfica foram escolhidos artigos relevantes e ao tema e gratuitos da seguinte forma: a) acessou-se o link <https://bvsalud.org/> e foram pesquisados com os seguintes descritores "segurança do paciente" and "atenção básica" com filtros de "texto completo", "últimos 5 anos", "Lilacs", "BDEF" e "Medline", dos 220 artigos encontrados foram selecionados 24 após a leitura e compreensão das ideias; b) acessou-se o endereço <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/> e foram pesquisados com os seguintes descritores "patient safety" and "primary health care" com filtros de "5 years", "free full text" e "full text", dos 389 artigos encontrados foram selecionados 4 após a leitura e compreensão das ideias.

Na seleção, os critérios de elegibilidade se encaixavam com todo artigo que abordasse a segurança do paciente na atenção primária de saúde e os impactos que a implementação ou a falta dela fazem na atenção básica.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Diante dos obstáculos enfrentados para melhorar a segurança do paciente na atenção primária, Bohrer *et al.* (2021) refere-se a investigação da cultura de segurança como uma importante ferramenta para auxiliar na identificação de falhas sistêmicas e promover mudanças no processo de trabalho. Assim como Silva *et al.* (2022) cita que em 2017, a segurança do paciente foi oficialmente incluída na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) para incentivar o desenvolvimento de cuidados seguros e a promoção da cultura de segurança entre os profissionais que atuam na APS.

Já Souza *et al.* (2018) relata que embora a maioria dos cuidados de saúde ocorram fora do ambiente hospitalar, as pesquisas relacionadas à segurança do paciente ainda são predominantemente realizadas na assistência hospitalar. E isso é prejudicial, pois APS tem se mostrado cada vez mais importante, uma vez que é porta de entrada do paciente na rede de assistência à saúde (RAS), sendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) local onde o brasileiro tem acesso aos serviços de saúde.

Conforme descrito por Silva *et al.* (2019) a reorganização e o fortalecimento da atenção primária ocorrem por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e esta estratégia visa à expansão, qualificação e consolidação da atenção primária, reorientando o processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades. Assim, a abordagem da ESF é centrada na família e não somente no indivíduo, o que resulta em práticas focadas na integralidade do cuidado e na promoção da saúde.

Dal Pai *et al.* (2020) enfatizam que uma cultura de segurança positiva deve ser incorporada nos serviços que compõem a RAS, a fim de reduzir a ocorrência de eventos adversos (EAs) e melhorar o ambiente de segurança. É necessária uma padronização do cuidado pela equipe de saúde na atenção básica, que deve ser a coordenadora do cuidado na RAS e o centro de comunicação entre os serviços de saúde. Para isso, é essencial a reorganização do trabalho em equipe, a padronização de estratégias em cuidado e a incorporação da cultura da notificação para proporcionar dados fidedignos sobre a ocorrência de tais eventos.

Assim sendo, Paranaguá *et al.* (2022) revelam que no contexto da APS, as condições profissionais e estruturas organizacionais são obstáculos para a prestação de cuidados de

qualidade. Portanto, o modelo educacional deve levar em consideração o panorama do ambiente de trabalho dos profissionais e o compartilhamento de conhecimento na APS. Um treinamento adequado alinhado às necessidades do ambiente pode contribuir significativamente para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados.

Os mesmos autores relatam que a APS é formada por uma equipe multiprofissional, que depende do conhecimento e das habilidades de seus membros. Essa equipe é caracterizada por relações interpessoais, que precisam ser bem gerenciadas para evitar conflitos no local de trabalho. Em vista disso, é essencial promover ações de saúde no ambiente de trabalho que favoreçam o processo de aprendizado e tornem os profissionais mais receptivos às competências desenvolvidas nos treinamentos.

Sendo assim, tais treinamentos devem contemplar as análises de near miss, uma vez que é uma importante ferramenta para identificar a recorrência dos incidentes, e dá a chance de aprender com os erros, a fim de melhorar o gerenciamento da segurança dos indivíduos no cenário da saúde.

Conforme apontado por Amaro *et al.* (2021), alguns estudos mostraram que o Sistema de Notificação de Incidentes (SNI) deve ser utilizado para reduzir o número de incidentes e tornar a assistência mais eficaz e segura, ressaltando a grande relevância de se ter dados dos erros e transformando em boas informações para gerar mudanças na assistência do cuidado. Entretanto, o uso do SNI ainda é fortuito e possui alguns obstáculos em diferentes locais. Sugere-se que uma das justificativas para o fato se dá é pelo aumento da sobrecarga de documentos e burocracias, resultando no costume de “corrigir e esquecer” e não o de “consertar e informar”.

Neste contexto, lembrado por Oliveira *et al.* (2018), deve-se focar que o autocuidado não se resume apenas a tomar medicamentos e seguir prescrições médicas, mas envolve também mudanças de hábitos de vida e comportamentos saudáveis que podem prevenir a ocorrência de doenças ou melhorar a condição de saúde do paciente. Para isso, é imprescindível que os profissionais de saúde tenham uma abordagem integrada e multidisciplinar, considerando não apenas os aspectos físicos, mas também emocionais e sociais do paciente.

Ademais, Raimondi *et al.* (2019) diz ser fundamental que o paciente seja visto como um agente ativo no seu próprio cuidado, e não apenas como um receptor passivo de informações e prescrições. Para isso, as estratégias educacionais devem ser adaptadas às necessidades e características individuais de cada paciente, levando em conta sua cultura, crenças, valores e habilidades.

No entanto, Solbiati *et al.* (2018) relatam que alguns fatores, como a condição socioeconômica precária e a baixa escolaridade, tornam a implementação dessas ações desafiadora, uma vez que historicamente esses grupos têm sido desprovidos de políticas públicas que auxiliem na superação das adversidades.

Segundo Vasconcelos *et al.* (2021), é fundamental que os profissionais estejam comprometidos com o tema de segurança do paciente e com o gerenciamento de riscos. Para isso, é necessário fortalecer as capacitações da equipe, incluindo treinamentos voltados para habilidades não técnicas, como comunicação, diplomacia, gerenciamento de conflitos e feedback. É importante considerar que os profissionais que não atuam diretamente na assistência, como recepcionistas e atendentes, muitas vezes são o primeiro contato do usuário e devem receber capacitações adequadas.

De acordo com a literatura de Felix, Maia e Soares (2019), é fundamental que haja um corpo docente especializado em saúde pública, capaz de garantir a formação de futuros profissionais alinhados às estratégias preconizadas pelo SUS. Essa formação deve priorizar o ensino do atendimento ao indivíduo, família e comunidade em situações de saúde e doença, bem como habilidades para gerar mudanças no comportamento das pessoas para que adotem um estilo saudável. Além disso, é importante que essa formação profissional inclua conhecimento sobre epidemiologia e vigilância em saúde, pesquisa, comunicação, educação, administração e gestão em saúde.

Para isso, Silva *et al.* (2017) destacam a importância da educação em saúde permanente para todos os envolvidos no processo de saúde do indivíduo, incluindo aqueles sem conhecimento prévio, como um parâmetro para o desenvolvimento de uma cultura educativa que previne doenças e promove a saúde.

Assim, André *et al.* (2021) destacam a criação do Núcleo de Segurança do Paciente como uma iniciativa importante para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente nos estabelecimentos de saúde. Esse núcleo permite a inclusão de ações de identificação, análise, tratamento e monitoramento dos riscos assistenciais, visando a redução de eventos adversos e a construção de um ambiente seguro para o paciente. Além disso, o NSP pode fortalecer a capacitação da equipe, focar na qualidade e segurança do paciente e aprimorar o gerenciamento de riscos.

Os mesmos autores indicam também que é importante a implementação da cultura de segurança justa, que ajude os profissionais a notificarem os eventos que ocorrerem sem medo de ser punidos. Outro ponto relevante é o melhoramento da organização dos fluxos/processos do serviço de cuidado, por meio de documentos padronizados, uma boa comunicação entre

equipe e a pessoa/família, focando nos serviços necessários, realização de planejamento e continuidade. Isso pode ser alcançado através da inserção eficaz de um NSP comprometido com planejamento em cuidado e gestão eficiente, ações em capacitação e estratégias de prevenção de danos e erros evitáveis, visto que, a segurança do paciente é um critério mundial de qualidade nos serviços em saúde.

Essa estrutura deficiente de segurança do paciente na APS precisa ser entendida e discutida, porque, segundo Schon (2000), a melhor forma de resolver problemas técnicos é designar e entender o conceito do problema para avaliar os mecanismos de onde eles se originam e daí converter as situações problemáticas bem definidas em uma possível solução a ser aplicada.

Além disso, Segundo Paranaguá *et al.* (2022) e Kuriakose *et al.* (2020) a prestação de cuidados primários inseguros é um problema universal nos serviços de saúde, resultando em maior morbidade, uso excessivo de recursos e custos econômicos. Em países de baixa e média renda, a ocorrência de incidentes de segurança na APS pode atingir de 25% a 40% dos cuidados prestados, sendo que 80% desses incidentes são evitáveis.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo revelou que, embora a segurança do paciente seja um assunto discutido em âmbito global, ainda não recebe a atenção necessária na atenção primária à saúde no Brasil. Embora tenham sido criadas leis, normativas e programas, a falta de execução por parte dos gestores de saúde e a complexidade do tema têm contribuído para a negligência em relação à segurança do paciente. No entanto, é essencial que todos os profissionais da atenção primária se comprometam a aprimorar seus conhecimentos e habilidades para prestar assistência de qualidade e ensinar os usuários do sistema de saúde sobre o tema.

Para isso, os gestores de saúde devem promover ações que organizem o trabalho das equipes, padronizem o cuidado, melhorem a interação do usuário com o serviço de saúde, motivem os profissionais e tornem a comunicação mais eficiente. Além disso, é importante que sejam desenvolvidas novas pesquisas sobre a segurança do paciente na atenção primária, a fim de instigar reflexões futuras e sensibilizar os líderes sobre a relevância e transformação que a implementação de iniciativas como o NSP traria para a atenção primária e para os demais níveis de atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

- ABREU, I. M.; MENDES, P. M.; TAVARES, A. P. M.; AVELINO, F. V. S. D.; NOGUEIRA, L. T.; ROCHA, S. S. Análise reflexiva sobre a segurança do paciente no contexto hospitalar e da atenção primária. *Rev. Enferm. UFPI*, v. 9, p. 26-37, 2020. Disponível em: <https://ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/8939/pdf>. Acesso em: 27 mar. 2023.
- AMARO, M. A. C.; BOHOMOL, E. Notificação de eventos near miss na atenção primária à saúde. *Enfermagem em Foco*, v. 11, n. 5, p. 172-178, 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/4145/1041>. Acesso em: 17 abr. 2023.
- AMARO, M. A. C.; SCHVEITZER, M. C.; BOHOMOL, E. Near miss na atenção primária à saúde e a Segurança do paciente: revisão integrativa. *Enfermagem em foco*, v. 24, n. 273, p.5279–5288, 2021. Disponível em: <https://revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/675>. Acesso em: 17 abr. 2023.
- ANDRÉ C. U.; SILVA, A. R.; LOPES, L. T.; SANTOS, E. F.; EVANGELISTA, M. J.; FARIA, E. C. Núcleo de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde: a transversalidade do cuidado seguro. *Enfermagem em Foco*, v. 12 p. 175-80, 2021. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/5234/1180>. Acesso em: 27 mar. 2023.
- BOHRER, J. K. L.; VASCONCELOS, A. C. L.; BEZERRA, A. L. Q.; TEIXEIRA, C. C.; ANDRADE, J.; SANTOS, P. H. F.; PARANAGUÁ, T. T. B. Patient safety culture in Primary Health Care. *Rev Rene*, v. 22, p. e70874, 12 Aug. 2021. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/70874/197196>. Acesso em: 27 mar. 2023.
- BRASIL. Anvisa. RDC nº 36, de 25 de julho de 2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*, 26 jul 2013.
- CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2010.
- DAL PAI, S. D.; ALVES, D. F. B.; PLUTA, P.; WINTER, V. D. B. Avaliação da Cultura de Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde. *Rev. Baiana Enferm.*, Salvador, v. 34, 2020. Disponível em http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-86502020000100321&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 04 maio 2023
- CRISIGIOVANNI, A. B. R.; FIGUEIREDO, K. C.; POL, T. A. S.; COSTA, A. K. R. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: elaboração de ficha e fluxograma de notificação. *Nursing*, v. 25, n. 290, p. 8103–8112, 2022. Disponível em: <https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/2604>. Acesso em: 27 mar. 2023.
- FELIX, A. M. da S.; MAIA, F. de O. M.; SOARES, R. Â. de Q. Atenção primária à saúde e educação em enfermagem no Brasil. *Enferm. foco*, v. 10, n. 6, p. 175-181, 2019.
- KURIAKOSE R. ; AGGARWAL A. ; SOHI RK. ; GOEL R.; RASHMI NC.; GAMBHIR RS. Patient Safety in primary and outpatient health care. *J Family Med Prim Care*, v. 9, n. 1, p. 7-11, 2020.
- MACEDO L. L.; SILVA, A. M. R.; SILVA, J. F. M. da; HADDAD, M. do C. F. L.; GIROTTO, E. A Cultura em Torno da Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde: Distinções Entre Categorias Profissionais. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 18, n. 1, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/TvdQ6vtpf3PG9bpRBxHV9rs/?lang=pt#>. Acesso em: 27 mar. 2023.
- OLIVEIRA F. A., SOUSA F. S., CAVALCANTE S. L., COUTO A. R. M., ALMEIDA A. N. S., BRANCO M. F. C. C. Health education activities carried out with the elderly group for the promotion of self-health care in health. *Rev. Eletrôn. Extensão*. v. 15, n. 28, p. 137-150, 2018.
- PARANAGUÁ T. T.; TEIXEIRA C. C.; SANTANA T. S.; AFONSO T. C.; OLIVEIRA M. G.; BEZERRA A. L. Aplicação do aprendizado em treinamento sobre segurança do paciente: estratégias utilizadas por profissionais

da atenção primária à saúde. *Enfermagem em Foco*, v. 13, p. e-202220, 2022. DOI: 10.21675/2357-707X.2022.v13.e-202220. Disponível em: https://enfermfoco.org/wp-content/uploads/articles_xml/2357-707X-enfoco-13-e-202220/2357-707X-enfoco-13-e-202220.pdf. Acesso em: 27 mar. 2023.

PICCARDI, C.; DETOLLENAERE, J.; VANDEN BUSSCHE, P. WILLEMS, S. Social disparities in patient safety in primary care: a systematic review. *International Journal for Equity in Health*, v. 17, p. 114, 2018. Disponível em: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-018-0828-7#citeas>. Acesso em: 27 mar. 2023.

RAIMONDI D. C, BERNAL S. C. Z, OLIVEIRA J. L. C. D. , MATSUDA L. M. Patient safety culture in primary health care: analysis by professional categories. *Rev. Gaúch.Enferm.* v. 40, 2019.

SANTOS, F. B.; VALENTE, G. S. C. Sistematização da Assistência de Enfermagem e a Segurança do Paciente no Ambiente Domiciliar. *Enfermagem em Foco*, v. 11, n. 1, p. 106-113, 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2679/713>. Acesso em: 17 abr. 2023.

SCHÖN D.A. Educando o profissional reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem. Porto Alegre: Artmed, 2000.

SILVA L.A. ; SODER RM .; PETRY L. ; OLIVEIRA IC.; Permanent educativo in primary health care: perceptivo pf local health manegers. *Rev Gaúcha Enferm.*, v. 38, n. 1, p.e58779, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.58779>.

SILVA, A. P. F. DA . *et al.*. Segurança do paciente na atenção primária: concepções de enfermeiras da estratégia de saúde da família. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 40, n. spe, p. e20180164, 2019.

SILVA, L. de L. T.; DIAS, F. C. de S.; MAFORTE, N. T. P.; MENEZES, A. C. Segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde: percepção da equipe de enfermagem. *Esc. Anna Nery*, v. 26, 2022. Disponível em:

http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452022000100216&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 27 mar. 2023.

SOLBIATI V. P., OLIVEIRA N. R. C, TEIXEIRA C. V. L. S., GOMES R. J. Adherence to treatment to prevent health problems related to high blood pressure and diabetes. *Rev. Bras. Obes. Nutr. Emagr.*, v. 12, n. 73, p. 629-633, 2018. Disponível em: <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/755>.

SOUZA, L. M; DA SILVA, M. C. S; ZAVALHIA, S. R; COPPOLA, I. S; DA ROCHA, B. P. Percepção de enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre segurança do paciente. *J. nurs. health*, v. 8, n. 2, p. e188205, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/12721>. Acesso em: 17 abr. 2023.

SOUZA, M. M.; ONGARO, J. D.; LANES, T. C.; ANDOLHE, R.; KOLANKIEWICZ, A. C. B.; MAGNAGO, T. S. B.S. Patient safety culture in the Primary Health Care. *Rev. Bras. Enferm.*, v. 72, n. 1, p. 27-34, 2019. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000100027&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 27 mar. 2023.

VASCONCELOS, P. F. *et al.* Clima de Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde: Análise de Causa-Raiz. *Reme : Rev. Min. Enferm.*, Belo Horizonte , v. 25, p. 1371, 2021. Disponível em

http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622021000100212&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 04 Mai. 2023.

VINCENT C.; AMALBERTI R. Cuidado de Saúde mais Seguro: estratégias para o cotidiano do cuidado. Rio de Janeiro: Proqualis, 2016.

ZAMBON L. S. Segurança do paciente em terapia intensiva: caracterização de eventos adversos em pacientes críticos, avaliação de sua relação com mortalidade e identificação de fatores de risco para sua ocorrência [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2014

SEGURANÇA DO PACIENTE EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Maria Paula Silva Pereira¹
Tatiane Laura Do Nascimento¹
Evelyn Káren Alves Teixeira¹
Luana Casagrande Neves¹
Jane Daisy De Sousa Almada Resende²
Barbara Fabricia Silva Lopes³

RESUMO: A segurança do paciente (SP) em urgência e emergência é fundamental para garantir um atendimento eficaz e evitar possíveis danos ou riscos à saúde. Profissionais de saúde capacitados e protocolos bem estabelecidos são cruciais para garantir a segurança nesses contextos. Este artigo tem como **objetivo** realizar uma revisão integrativa da literatura nas principais bases de dados e nos livros-textos relacionados a segurança do paciente no serviço de Urgência e Emergência (UE) em território nacional. Como **metodologia**, foi utilizado uma revisão integrativa da literatura conforme as etapas: identificação do tema e questão norteadora; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão para os estudos; busca na literatura de estudos primários e avaliação da amostra de estudos incluídos na revisão. Para extração dos dados, utilizou-se as seguintes etapas: pré-análise, na qual foi realizada a leitura e familiarização com os textos selecionados; exploração do material, tratamento e inferência/interpretação dos resultados. **Resultado:** em consonância com a literatura de diversos autores, foi evidenciado a necessidade da implantação de ações que visam a garantia de uma assistência em saúde segura e de qualidade. **Conclusão:** a partir da temática em questão, foi apresentada formas de implementar uma educação continuada nas instituições hospitalares para os profissionais, como capacitá-los, bem como a importância de seguir e cumprir normas e protocolos durante a assistência, monitorar tratamentos e resultados para melhoria da SP em UE. Concomitante a isso, foi citado melhorias contínuas como forma de prevenir eventos adversos que são evitáveis e, conseqüentemente, garantir a segurança do paciente e a sua integralidade.

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do paciente 1. Serviços de urgência e emergência 2. Enfermagem. Eventos adversos 3.

1 INTRODUÇÃO

Os serviços de Urgência e Emergência são elementos fundamentais na assistência à saúde. A Urgência refere-se a situações imprevistas, com ou sem risco de vida, que requer atendimento médico imediato. Por outro lado, a Emergência caracteriza-se por condições graves de saúde, sofrimento e risco iminente à vida, exigindo tratamento médico rápido e eficaz.

¹ Discente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves – UNIPTAN.

² Mestre em Ciências Biológicas (UFJF). Docente do Curso de Enfermagem do UNIPTAN.

³ Doutor em Saúde Coletiva (UFJF). Docente do Curso Enfermagem do UNIPTAN
E-mail para contato: casagrande.luana.neves@gmail.com

Ambos os serviços são essenciais para garantir a saúde e a segurança dos pacientes e devem ser oferecidos com excelência pelos profissionais de saúde. Logo, o atendimento de urgência e emergência pode ser a diferença entre a vida e a morte de um paciente, tornando esses serviços uma parte vital do sistema de saúde (Romani, 2009).

No entanto, para que esses serviços possam atender adequadamente às necessidades dos pacientes, é preciso que haja uma infraestrutura adequada e uma equipe multiprofissional qualificada para prestar atendimento imediato e lidar com situações críticas de saúde (Starfield, 2002).

Além disso, é crucial que esses serviços sejam amplamente acessíveis e disponíveis em todas as regiões do país, sendo de responsabilidade do sistema de saúde garantir que todos os pacientes tenham acesso, independentemente de sua localização ou condição financeira. Logo, é essencial a garantia do acesso, para o paciente que muitas vezes entrou pela “porta de entrada” (Atenção Básica de Saúde), e, portanto, tenha todas as possibilidades tecnológicas que o sistema de saúde dispusesse para enfrentar a dor, a doença e o risco da morte (Cecílio, 1997).

Neste contexto, ressalta-se que a segurança do paciente durante o atendimento prestado é um aspecto fundamental que deve ser considerado em qualquer serviço de saúde, especialmente em serviços de urgência e emergência, onde a rapidez no atendimento pode ser crucial para a sobrevivência do paciente. Os serviços de urgência e emergência são caracterizados por situações de alta complexidade e incerteza, e os profissionais de saúde que atuam nessas áreas enfrentam desafios significativos para garantir a devida segurança (Gomes *et al.*, 2019).

Assegurar que essa assistência seja segura para o paciente é imprescindível que os profissionais de saúde estejam atualizados sobre as melhores práticas em termos de atendimento e segurança do paciente. A comunicação eficaz entre os profissionais de saúde permite que as informações relevantes sejam compartilhadas e ações coordenadas sejam tomadas (Who, 2009).

Além disso, é importante que os serviços de urgência e emergência tenham protocolos claros e eficazes para a identificação de riscos e prevenção de eventos adversos, como quedas, erros de medicação e infecções hospitalares. Logo, esses protocolos devem ser rigorosamente seguidos para garantir que os pacientes recebam o tratamento adequado e sejam protegidos de riscos desnecessários. (Magalhães, *et al.*, 2017)

No entanto, este cenário leva a necessidade de estabelecer meios no qual garantem um atendimento de qualidade e que atenda de fato, as necessidades do paciente. Sendo assim, o presente artigo tem como objetivo realizar uma revisão integrativa da literatura nas principais

bases de dados e nos livros-textos relacionados a segurança do paciente no serviço de Urgência e Emergência no Brasil.

2 DESENVOLVIMENTO (REFERENCIAL TEÓRICO)

Atualmente, os profissionais da área da saúde compreendem a segurança do paciente como um tema de extrema relevância para suas práticas, buscando prevenir, mitigar riscos e eventos adversos em pacientes de todos os níveis de atenção (Fonseca *et al.*, 2016). Eventos estes que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente e podem ser oriundos de atos intencionais ou não-intencionais que podem acontecer, principalmente, pelos profissionais de enfermagem, na tentativa de prestar uma assistência de qualidade (Corpolato *et al.*, 2019).

Os eventos adversos em instituições hospitalares, muitas vezes causados por erros humanos, tornam cada vez mais evidentes a necessidade de repensar os modelos assistenciais utilizados, com o objetivo de garantir a segurança do paciente. (Kohn, 2000).

Com a finalidade de minimizar os riscos provindos dos serviços de saúde, as unidades têm buscado cada vez mais implementar iniciativas voltadas para a segurança do paciente. Pode-se destacar a implementação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), um caminho que o Ministério da Saúde (MS) instituiu como obrigatório e que visa melhorias e mais segurança ao paciente (Prates *et al.*, 2019).

Este núcleo deve realizar a prevenção e o controle de incidentes nos serviços de saúde, promover um ambiente assistencial seguro, estimular a criação e a manutenção de uma cultura de segurança, organizar estratégias e ações para minimizar os riscos. Para isso, o NSP trabalha com as seis metas internacionais de segurança, a saber: identificação correta dos pacientes, comunicação efetiva, segurança e administração dos medicamentos, cirurgia segura, redução de infecções e prevenção de danos (BRASIL, 2014).

Os profissionais da enfermagem na maioria das vezes, são os coordenadores deste núcleo e são considerados os responsáveis por implementar ações estratégicas de segurança, pois possuem habilidades gerenciais e assistenciais para auxiliar nas soluções de problemas, identificação de falhas, melhoria de resultados e padronização da assistência, visto que conseguem gerenciar os principais riscos que os pacientes sob seus cuidados, estão expostos, sejam eles químicos, físicos, psíquicos, sociais, espirituais, assistenciais e institucionais (Tondo *et al.*, 2017).

O Estudo aponta que o Núcleo de Segurança do Paciente, por meio de seus membros, deve desempenhar medidas de educação e divulgação das boas práticas para profissionais de saúde, pacientes e acompanhantes; entretanto, somente a criação do núcleo pode ser incipiente. Os seus membros devem desenvolver ações preventivas e mecanismos que possibilitam uma melhor capacitação, planejamento e divulgação das ações estratégicas do NSP, buscando garantir um cuidado seguro aos pacientes (Paixão *et al.*, 2018).

2.1 Serviços de Urgência e Emergência

Urgência e Emergência são termos qualificados caracterizados como tempo e necessidade, indicando que o serviço precisa ser feito de maneira rápida e com muita atenção. A Urgência é caracterizada por uma ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência imediata. Já a Emergência, é a constatação de risco iminente de vida ou sofrimento intenso, instituída por meio de práticas clínicas, necessitando de tratamento médico imediato (Giglio - Jacquemot, 2005).

Ambos são serviços médicos imediatos e devem ser encaminhados para o pronto atendimento rapidamente, no entanto são direcionados para casos específicos.

A Rede de Atenção às Urgências tem como objetivo reordenar a atenção à saúde em situações de urgência e emergência de forma coordenada entre os diferentes pontos de atenção que a compõe, de forma a melhorar e organizar a assistência, definindo fluxos e as referências adequadas (BRASIL,2023).

Atualmente, esta rede é composta pela Atenção Básica, Prevenção, Promoção e Vigilância em Saúde, SAMU 192, Sala de Estabilização, Força Nacional do SUS, UPA 24H, Unidades hospitalares e Atenção Domiciliar. As Unidades da Rede de Urgência e Emergência são responsáveis, em sua área de atuação, pelo acolhimento do paciente, sua classificação de risco e o atendimento nos casos de urgência e emergência (BRASIL, 2023).

Os departamentos de emergência são, portanto, locais que necessitam dar respostas rápidas, devendo ter uma equipe qualificada, que tenha facilidade de comunicação e capacidade de tomar decisões assertivas, uma vez que irá prestar cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica a pacientes graves. (BRASIL, 2023).

Em todos os níveis de atenção, a enfermagem desempenha um papel fundamental como integrante da equipe que presta atendimento de urgência, tanto no cuidado direto ao paciente, no gerenciamento do local e de toda sua equipe, como na educação permanente. Sendo assim,

é um profissional que possui uma visão aguçada em relação à segurança do paciente e à tomada de decisão (Feldman, 2008).

2.2 Segurança do Paciente: seu marco histórico e atualidade

Os sistemas de serviços de saúde são complexos e têm incorporado tecnologias e técnicas elaboradas acompanhados dos riscos adicionais na prestação de assistência aos pacientes. No entanto, existem medidas simples e efetivas que podem reduzir esses riscos e danos. Profissionais de saúde que seguem protocolos específicos e implementam barreiras de segurança podem prevenir eventos adversos relacionados à assistência à saúde, o que pode salvar vidas (BRASIL, 2017)

A ocorrência de eventos adversos impacta o Sistema Único de Saúde (SUS) e pode aumentar a morbidade, mortalidade, tempo de tratamento dos pacientes e custos assistenciais, além de afetar outros aspectos sociais e econômicos do país (BRASIL, 2013).

Cabe ressaltar que o evento adverso pode ser caracterizado como uma complicação ou lesão acidental, decorrente da assistência prestada ao paciente e não da sua condição clínica, podendo levar à morte, incapacidade ou prolongamento da internação hospitalar. Assim, é importante que as equipes de saúde estejam atentas para prevenir e gerenciar adequadamente esses eventos, visando sempre a segurança do paciente (Brennan *et al.*, 1991).

Para ampliar as ações de promoção da segurança do paciente no Brasil, o Ministério da Saúde estabeleceu, em 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da portaria 529/2013 e da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n. 36/2013. Essas medidas instituíram ações para garantir a segurança do paciente nos serviços de saúde, como a implementação de protocolos, a criação de núcleos de segurança do paciente e a notificação de eventos adversos (BRASIL, 2014).

Para promover ações de melhoria da segurança do cuidado, o Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP) estabeleceu seis metas elementares na seguinte ordem: (1) identificação do paciente, (2) comunicação entre os profissionais de saúde, (3) segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, (4) cirurgia segura, (5) higienização das mãos e (6) minimização do risco de quedas e úlceras por pressão (BRASIL, 2014).

Percebe-se, portanto, a necessidade de ampliar a discussão sobre a segurança do paciente com todos os profissionais envolvidos no cuidado. Isso pode ser alcançado por meio da criação de comissões multiprofissionais que implementem ações e práticas voltadas para o

envolvimento coletivo, com uma comunicação objetiva e segura. Essas medidas contribuirão para uma cultura de segurança do paciente (Toso *et al.*, 2016).

A inclusão de indicadores de segurança em programas de monitoramento de qualidade é uma estratégia importante para orientar medidas que promovam a segurança do paciente hospitalizado (Gouvêa *et al.*, 2010). Além disso, para garantir a segurança do paciente em serviços de urgência e emergência, é crucial que os profissionais monitorem todos os resultados obtidos e sigam rigorosamente os protocolos de atendimento, acolhimento, classificação de riscos, capacitação e atualização constante dos profissionais. Tudo isso visa garantir ao paciente um atendimento seguro e de qualidade (BRASIL, 2014).

A relevância desse estudo está na contribuição para um melhor gerenciamento do cuidado, na qualificação do enfermeiro e na garantia de assistência ao paciente. É inegável o empenho dos enfermeiros em buscar resultados prudentes que validem suas ações e evitem erros. Portanto, é responsabilidade do sistema criar mecanismos para minimizar esses eventos adversos e, conseqüentemente, reduzir os danos aos pacientes (BRASIL, 2014).

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este trabalho foi desenvolvido através da disciplina de Projeto Integrador IV do sétimo período de Enfermagem do Centro Educacional Presidente Tancredo de Almeida Neves – UNIPTAN/São João Del Rei, no qual foi realizada uma pesquisa qualitativa em artigos científicos que abordavam temas relacionados às disciplinas cursadas pelos discentes.

Revisão integrativa da literatura realizada conforme as etapas: identificação do tema e questão norteadora; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão para os estudos; busca na literatura de estudos primários; avaliação da amostra de estudos incluídos na revisão e apresentação.

As buscas por publicações foram realizadas nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Revista UERJ, por meio da combinação dos descritores: “segurança do paciente”, “enfermagem AND urgência”, “serviço hospitalar de emergência”, “emergência e urgência”. Em todas as bases, os descritores foram combinados com o operador booleano “AND”.

Para extração dos dados, utilizaram-se as seguintes etapas: pré-análise, na qual foi realizada a leitura e familiarização com os textos selecionados; exploração do material e tratamento e inferência/interpretação dos resultados.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Observar situações de perigo potencialmente ajuda aumentar a qualidade, atenção e cultura de segurança do paciente. E segundo Nunes (2014), o grupo de profissionais de enfermagem, devido à sua presença em todas as fases da assistência, pode submeter em enganos. Nesse sentido, é crucial que esses especialistas estejam capacitados para colaborar na identificação dos perigos de ocorrência de prejuízos aos usuários.

Desta forma, foi demonstrado por Reis (2013), através de pesquisa em três hospitais de ensino do Rio de Janeiro, a identificação de incidência de 7,6% de pacientes com eventos adversos, sendo 66,7% desses eventos evitáveis. Com relação à classificação, os eventos adversos cirúrgicos correspondem aos mais frequentes, 35,2%, seguido pelos associados à procedimentos clínicos.

Mendes *et al.* (2013) corrobora com o estudo anterior, cujo trabalho realizado em um hospital no Rio de Janeiro sugeriu que, embora a possibilidade de precisão, há indicações que os eventos adversos (EA) evitáveis sejam um grave e desconhecido problema no Brasil. Considerando que houve 27.350 internações nos três hospitais no ano de 2003, a estimativa do número de pacientes com apenas um EA evitável para o conjunto de internações seria de 4.394 pacientes com dano por atraso ou falha no diagnóstico e/ou tratamento; 6.347 pacientes com complicações cirúrgicas e/ou anestésicas; 489 pacientes com complicações na punção venosa; 976 pacientes com dano associado a medicamentos; 489 pacientes com dano em função de uma queda; 6.348 pacientes com infecção associada ao cuidado; 4.884 pacientes com úlcera por pressão. É estimado que 3.423 pacientes possivelmente sofreram mais de um EA evitável nos hospitais avaliados no ano de 2003. Isso comprova que o fator contribuinte mais frequente da ocorrência de um EA evitável foi a ausência do cumprimento de alguma norma, ou seja, em 55,9% dos casos, o profissional não verificou ou não seguiu o protocolo ou a diretriz clínica. Destaca-se neste contexto, também, que os eventos adversos existem devido a sobrecargas de trabalho, falta de conhecimento dos profissionais, falta de comunicação, falta de estrutura institucional, dentre outros.

Oliveira *et al.*, (2014) aponta a existência de riscos físicos, químicos e mecânicos que afetam e geram insegurança para o paciente assistido, aborda falhas no seguimento da rotina, condições precárias de trabalho, conflitos pessoais e falhas na comunicação acarretando erros.

É perceptível que, na prática, há existência de um círculo vicioso que necessita ser rompido para que processos sejam revistos e estratégias sejam implementadas, visando à melhoria da segurança do paciente no serviço de emergência. Nesse sentido, os erros devem ser

estudados em todos os seus aspectos e dentro de uma abordagem não punitiva, segundo Massoco (2015), é importante identificar e explicitar as falhas cometidas, permitindo a elaboração de estratégias de segurança a fim de prevenir erros que são de fato, evitáveis.

Para garantir um atendimento eficaz e de qualidade, principalmente quando direcionados a serviços de urgência e emergência, o profissional deve estar capacitado, apto e comprometido a seguir protocolos e normas que fazem parte desta classe de atendimento como, a classificação de risco que fornece ao profissional um diagnóstico ou prioridades clínicas, reconhecimento de possíveis situações que possam agravar se não acolhidas de forma correta e imediata, e agilidade ao abordar pacientes que, com atenção e responsabilidade, poderá realizar procedimentos necessários às vítimas.

Importante destacar, que uma assistência, envolve atendimento de qualidade, com a utilização dos protocolos citados acima, uma equipe multiprofissional, efetividade, eficiência, segurança, inovação e tecnologia. O treinamento adequado e eficiente dos profissionais é considerado elemento-chave para a qualidade do serviço de saúde da instituição (TOSO *et al.*, 2016). A satisfação do profissional é considerada um fator positivo, pois implica diretamente na qualidade da assistência prestada.

Contudo, para que esta situação seja inicialmente amenizada, é preciso que haja um compromisso de melhoria contínua e proveniente de todas as direções, promovendo estrutura física, humana e organizacional que garanta a promoção da cultura de segurança do paciente no serviço de emergência e contexto hospitalar.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A segurança do paciente é um tema bastante discutido, mas que ainda necessita de uma atenção especial e, com isso, medidas que visam a sua potencialidade nas demais instituições e que precisam ser implementadas em serviços de saúde.

A educação contínua é um fator forte e de extrema importância, principalmente na prestação de serviços de saúde, no qual proporcionará ao profissional atualizações, capacitação e informações que visam amenizar eventos adversos que comprometem a qualidade na assistência.

Outra medida importante para garantir a segurança do paciente em serviços de urgência e emergência é o monitoramento e a avaliação contínua dos processos e resultados do atendimento. Isso permite a identificação de pontos fracos e a implementação de melhorias no serviço, visando aprimorar a qualidade e a segurança do atendimento prestado.

Nessa perspectiva, com o intuito de prevenir e reduzir falhas no âmbito da assistência à saúde, torna-se de extrema importância a implementação de protocolos nas unidades de saúde, acolhimento e classificação, capacitação dos profissionais, planos de ações voltados para a prevenção de eventos adversos e, também, a garantia de um atendimento seguro e de qualidade.

Logo, com a implementação das atividades citadas acima, é possível garantir ao paciente uma assistência de qualidade e, principalmente, que vise a segurança e integralidade dele.

REFERÊNCIAS

BRENNAN T.A, LEAPE L.L, LAIRD N.M, HEBERT L, LOCALIO A.R, LAWTHERS A.G, *et al.* Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. **N Engl J Med.**v.324, n.6, p.370-6, 1991.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Investigação de eventos adversos em serviços de saúde. Brasília (DF): **Anvisa**; 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente** / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40 p

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática.** Brasília (DF) :Anvisa; 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Coordenação Geral de Urgência e Emergência (CGUE/SAS/MS).** Saúde Mais Perto de Você. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/smp/smpredeemergencia> Acesso em: 22 abr. 2023.

CECÍLIO L.C.O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Caderno de Saude Publica**; v.13, n.3. p. 469-475, 1997.

CORPOLATO R.C, *et al.* Standardization of the duty shift in a General Adult Intensive Care Unit. **Revista Brasileira de Enfermagem** [Internet], v.72(Suppl 1), p.88 -95, 2019.

FELDMAN L.B. **Gestão de risco e segurança hospitalar:** prevenção de danos ao paciente, notificação, auditoria de risco, aplicabilidade de ferramentas, monitoramento. São Paulo: Martinari, 2008.

GIGLIO-JACQUEMOT A. **Urgências e emergências em saúde:** perspectivas de profissionais e usuários. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

GOMES, A.T.L. *et al.* Safety of the patient in an emergency situation: perception of the nursing team. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 3, p. 753-759, 2019.

GOUVÊA C.S.D, Travassos C. Indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos: revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública.** v.26, n.6, p. 1061-78, 2010.

KOHN L.T, CORRIGAN J.M, DONALDSON M.S, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. *To err is human: building a safer health system* [Internet]. Washington. **National Academy Press**, 2000 Disponível em: <http://www.nap.edu/catalog/9728.html> Acesso em: 23 mar. 2023

MAGALHÃES F.J, LIMA F.E.T, ALMEIDA P.C, XIMENES L.B, CHAVES C.M.P. Protocolo de acolhimento com classificação de risco em pediatria: confiabilidade interobservadores. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 3, p.262-270, 2017.

MASSOCO E.C.P, MELLEIRO M.M. Communication and patient safety: perception of the nursing staff of a teaching hospital. *Reme*, **Rev. Min. Enferm.** v.19, n.2, 2015.

MENDES W, PAVÃO A.L.B, MARTINS M, MOURA M.L.O, Travassos C. Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro. **Rev Assoc Med Bras.** v.59, n.5, p.421-28, 2013.

NUNES F.D.O.N, BARROS L.A.A, AZEVEDO R.M, PAIVA S.S.P. Patient safety: how nursing is contributing to the issue?. **J. Res.: Fundam. Care.** Online. v.6, 2014.

OLIVEIRA R.M, LEITÃO I.M.T.A, FIGUEIREDO S.V, SAMPAIO R.L, GONDIM M.M. Estratégias para promover a segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Esc. Anna Nery.** v.18, n.1, 2014.

PAIXÃO D.P.S.S, *et al.* Adesão aos protocolos de segurança do paciente em unidades de pronto atendimento. **Revista Brasileira de Enfermagem.** v.73, p.622-629; 2017.

PRATES C.G, MAGALHÃES A.M.M, BALEN M.A, MOURA G.M.S.S. Núcleo de Segurança do Paciente: o caminho das pedras em um hospital geral. **Rev Gaúcha Enferm.** v.40, p.1-5, 2019.

REIS C.T, MARTINS M, LAGUARDIA J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. **Ciênc. Saúde Coletiva.** v.18, n.7, p. 2029-36, 2013.

ROMANI, H.M *et al.* Uma visão assistencial da urgência e emergência no sistema de saúde. **Revista Bioética**, v. 17, n. 1, 2009.

STARFIELD B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.* Brasília: Unesco/ Ministério da Saúde, 2002.

TONDO J.C.A, GUIRARDELLO, E.B. Percepção dos profissionais de enfermagem sobre a cultura de segurança do paciente. **Rev. Brasileira de Enfermagem.** v.70, n.6, p.1355-1360, 2017.

TOSO G.L, GOLLE L, MAGNAGO T.B.S, HERR G.E.G, LORO M.M, AOZANE F, *et al.* Cultura de segurança do paciente em instituições hospitalares na perspectiva da enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm.** v.37, n.4, p.1-8, 2016.

WHO. World Health Organization. Guidelines for safe surgery 2009: safe surgery saves lives[Internet]. Geneva: WHO, 2009 Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44185/1/9789241598552_eng.pdf Acesso em 23 mar 2023.

AUDITORIA NA ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DA SAÚDE: UMA ATRIBUIÇÃO DO ENFERMEIRO

Bruna Milena Carvalho¹
Guilherme Carvalho dos Santos¹
Júlia Aparecida Rodrigues Almeida¹
Maria Júlia de Souza Silva¹
Jane Daisy de Sousa Almada Resende⁴
Ana Clara Almada Resende⁵

RESUMO: Auditoria na enfermagem na atenção primária da saúde (APS) é fundamental para avaliar a qualidade da assistência prestada, identificar possíveis falhas e promover melhorias no cuidado aos pacientes. Esse processo contribui para a eficácia do atendimento e para a garantia da segurança e satisfação dos usuários. Objetivo: foi destacar a importância da auditoria na enfermagem como uma nova jurisdição do enfermeiro, responsável por certificar a capacitação necessária para colaborar com a assistência de qualidade aos clientes incluindo o papel de preceptor nas unidades básicas de saúde, visando aprimorar os serviços de atenção primária e reduzir a demanda na atenção terciária. Metodologia: revisão integrativa de literatura (RIL), que discorre sobre o tema: Auditoria na Atenção Primária da Saúde, com foco no Enfermeiro auditor. Resultado: apontam para desafios na implantação da auditoria na APS, uma vez que estudos apontam desconhecimento da real importância da auditoria em enfermagem, entretanto, enfatizam a necessidade de sua implantação neste nível de atenção, tendo em vista que auxilia na tomada das decisões, melhorando assim a confiabilidade da assistência. Conclusão: A auditoria na enfermagem na atenção primária da saúde é uma importante atribuição do enfermeiro, pois permite uma avaliação sistemática da assistência prestada, identificação de problemas e implementação de melhorias. Além disso, contribui para a qualidade e segurança do cuidado, promovendo a satisfação dos usuários e o sucesso do sistema de saúde como um todo. É essencial que os enfermeiros estejam capacitados e comprometidos com a prática da auditoria, visando sempre a excelência na atenção primária da saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Auditoria 1. Atenção Primária da Saúde 2.

1 INTRODUÇÃO

A atenção primária à saúde (APS) é uma estratégia de organização do sistema de saúde que busca compreender a realidade de forma regionalizada, frequente e sistematizada. No Brasil, a APS engloba os métodos da reforma sanitária, enfatizando a direção do sistema universal de atenção à saúde e promovendo a equidade no acesso aos serviços de saúde. É um

⁴ Mestre em Ciências Biológicas (UFJF). Docente do Curso de Enfermagem do UNIPTAN.

⁵ Discente do Curso de Medicina da UNIFENAS-BH.

E-mail para contato: mariajuliadesouzasilva6@gmail.com

nível de atenção que se caracteriza pela integralidade, resolubilidade, longitudinalidade e pelo atendimento centrado no indivíduo, família e comunidade (Mendonça *et. al.*, 2018).

O fortalecimento da APS é essencial para a garantia de um sistema de saúde eficiente e equitativo, capaz de atender às necessidades de toda a população, principalmente daqueles que se encontram em situação de vulnerabilidade social. No entanto, para que a APS cumpra efetivamente seu papel, é preciso que os profissionais envolvidos estejam capacitados e comprometidos com os princípios da saúde pública e da segurança do paciente (Cunha *et al.*, 2019) .

É importante ressaltar que a segurança do paciente não se limita apenas à redução de erros médicos ou de eventos adversos, mas abrange também a prevenção de doenças, promoção da saúde e garantia do acesso aos serviços de saúde de forma segura e efetiva. A falta de atenção a esse tema pode resultar em prejuízos para os pacientes, além de causar desperdícios de recursos e danos à imagem do sistema de saúde (Cassiani, 2005).

Por isso, é fundamental que a segurança do paciente seja integrada à prática clínica cotidiana na APS, por meio da adoção de práticas seguras e da implementação de estratégias de gerenciamento de riscos. Para disso, é necessário investir em auditoria neste nível de atenção, na capacitação e educação permanente dos profissionais da APS, aprimorando suas habilidades técnicas e não técnicas, para garantir a prestação de um atendimento seguro, efetivo e de qualidade (Mendonça *et. al.*, 2018)..

Dessa forma, é possível fortalecer a atenção primária à saúde no Brasil, tornando-a cada vez mais eficiente e acessível para toda a população, contribuindo assim para a construção de um sistema de saúde mais justo e equitativo.

Esse Nível de atenção é a base do sistema de saúde em muitos países, sendo considerada a porta de entrada para o sistema de saúde. A APS é caracterizada pelo atendimento inicial e continuado de um paciente, sendo responsável pela coordenação e integração de todos os níveis de cuidado (BRASIL, 2006).

A sua importância como porta de entrada do sistema de saúde reside no fato de que a maioria das necessidades de saúde da população pode ser resolvida por meio desse nível de cuidado, sendo responsável pelo atendimento de problemas de saúde mais comuns, como resfriados, dores de cabeça e pequenos ferimentos, bem como pela prevenção e gerenciamento de condições crônicas, como diabetes e hipertensão arterial (BRASIL, 2015).

Além disto, também desempenha um papel crucial na triagem e encaminhamento de pacientes para serviços especializados, como consultas com especialistas ou exames diagnósticos mais complexos. Ao atuar como porta de entrada para o sistema de saúde, a APS

é capaz de garantir uma maior eficiência e eficácia no uso dos recursos disponíveis, reduzindo os custos e melhorando a qualidade do atendimento (Mendes, 2021).

No entanto, para que funcione efetivamente é fundamental incluir na rotina, auditoria na atenção primária da saúde, uma vez que esta é uma ferramenta importante para garantir a qualidade dos serviços prestados aos usuários (Dias *et al.*, 2011) e tem como objetivo avaliar a conformidade dos serviços prestados com as normas e diretrizes estabelecidas pelo SUS, bem como identificar oportunidades de melhoria nos processos e procedimentos adotados. Para isso, são realizadas análises sistemáticas e criteriosas das informações coletadas durante o atendimento aos usuários (Dias *et al.*, 2011).

Embora seja uma atribuição recente para enfermeiros, a auditoria em enfermagem tem se mostrado capaz de contribuir significativamente para a promoção de uma assistência de qualidade. Dessa maneira, o objetivo deste trabalho foi destacar a importância da auditoria na enfermagem como uma nova jurisdição do enfermeiro, responsável por certificar a capacitação necessária para colaborar com a assistência de qualidade aos clientes. Isso inclui o papel de preceptor nas unidades básicas de saúde, visando aprimorar os serviços de atenção primária e reduzir a demanda na atenção terciária.

2 DESENVOLVIMENTO (REFERENCIAL TEÓRICO)

2.1 Atenção primária da Saúde

Atenção primária da saúde (APS) é um conceito central no sistema de saúde de diversos países e tem como objetivo oferecer cuidados médicos básicos e preventivos para a população. Ela é o primeiro contato do paciente com o sistema de saúde e tem como foco a promoção da saúde, a prevenção de doenças e a detecção precoce de condições que possam requerer tratamento mais especializado (Starfield, 2002).

Ela é composta por profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, dentistas e outros especialistas, que trabalham em unidades de saúde básica, postos de saúde, centros de saúde ou clínicas da família. Esses profissionais ofertam um cuidado integral, contínuo e coordenado, que considere as necessidades de saúde de cada indivíduo e de sua comunidade (Machado *et. al.*, 2007)..

Entre as atividades realizadas pela atenção primária estão a promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de campanhas de vacinação, aconselhamento sobre hábitos de vida saudáveis e detecção precoce de doenças crônicas, como diabetes e hipertensão. Também

são oferecidos tratamentos de condições agudas e crônicas, como infecções respiratórias, asma, alergias, doenças cardiovasculares, entre outras (Pinto, 2012).

Assim, a atenção primária da saúde é considerada um pilar importante de sistemas de saúde eficazes e eficientes, já que pode reduzir a necessidade de internações hospitalares e de tratamentos mais especializados, além de melhorar a qualidade de vida dos pacientes e da população em geral. A sua implementação depende de políticas públicas adequadas, investimento em infraestrutura, formação de equipes de profissionais capacitados e integração com outros níveis de atenção à saúde (Boing, 2012)

Tem-se como estratégia da APS a Equipe Saúde Familiar (ESF) e pode ter como ponto de atuação as Unidades Básicas de Saúde (UBS), responsável pelo acolhimento e realização de atendimentos pelos profissionais de saúde, devendo ser compatível tanto com as iniciativas da Equipe de Saúde da Família em seu trabalho na comunidade, quanto com a obrigação de acolher às demandas espontâneas, dando respostas às necessidades de saúde da população de sua área de abrangência e assegurando a continuidade dos cuidados na comunidade e nos domicílios quando necessários. Os espaços indicados devem ser adequados à realidade local, ao quantitativo da população cadastrada e suas particularidades (BRASIL, 2008).

No entanto, para que a APS funcione efetivamente como porta de entrada do sistema de saúde, é necessário que haja um sistema de referência e contrarreferência bem definido. Isso significa que os pacientes devem ser encaminhados para serviços especializados quando necessário, e os resultados dessas consultas devem ser comunicados ao médico da APS responsável pelo cuidado contínuo do paciente (Melo *et. al*, 2021).

2.2 Auditoria na Atenção Primária da Saúde

A auditoria na Atenção Primária pode ser realizada de diversas formas, como auditoria interna, externa e participativa. A auditoria interna é realizada pela própria instituição, por meio de uma equipe de auditores independentes, que avaliam os processos e procedimentos adotados pela instituição, proporcionando que os trabalhos sejam constantemente realizados de forma correta. Sabe-se que uma verificação adequada precisa que o gestor da instituição trace seus objetivos, mostrando o que realmente foi encontrado (Faria; Silva, 2020).

Este tipo de auditoria pode ser elaborado por um membro de sua equipe, que pode visualizar pequenos detalhes com mais facilidade, quando o relatório de inspeção fica pronto, ele deve ser enviado aos gestores da instituição para que seja feita uma análise fidedigna, ajustando os equívocos. A grande vantagem de uma auditoria é ter conhecimento dos dados

revisados, assim podendo fazer alterações para melhoria da qualidade do serviço na instituição. (Faria; Silva, 2020)

Já a auditoria externa é conhecida também como auditoria independente e é um processo primordial para certificar o bom funcionamento e a preservação dos dados das empresas. O seu sistema e validar informações, examinar a velocidade e integridade das contas da instituição de manifestar a sua posição de forma exata. Agregando confiabilidade sobre a certeza das informações, provocando redução da dúvida nas tomadas de decisões (Cunha, 2019).

O seu principal objetivo é certificar que as empresas estejam de acordo com as regras decretadas pela escrituração do país em que estão introduzidas, cumprindo todas as exigências legais. Um dos seus benefícios é o auxiliar na tomada das decisões, melhorando a confiabilidade, sendo assim, fazendo com que os usuários tenham mais confiança, evitando possíveis danos em decorrência da assistência prestada aos pacientes. Consequentemente mesmo não sendo o seu principal foco, ela pode atuar como uma forma de fiscalização das questões legais e aplicáveis (Cunha, 2019).

Entretanto, a observação do auditor pode ser influenciada pelo “efeito Hawthorne” que se referem ao fenômeno no qual indivíduos mudam ativamente seu comportamento quando sabem que estão sendo observados e monitorados. Estudos realizados com profissionais de saúde já mostraram diferentes resultados como, por exemplo, a melhoria da higiene das mãos (Kohli *et al.*, 2009). Sendo, portanto, um desafio a ser enfrentado pela auditoria (Gould, 2017).

2.3 Enfermeiro como auditor na Atenção Primária da Saúde

O papel do enfermeiro auditor na saúde é fundamental para garantir a qualidade e eficiência do Sistema Único de Saúde (SUS). É notório que a atenção primária à saúde tem uma estrutura frágil que afeta e contribui para a debilidade do SUS, quando suas ações não cumprem os princípios e diretrizes do SUS e da Rede de Atenção à Saúde (Gomes,Engelke, Trombim,2022).

Ressalta-se que auditoria é uma das ferramenta citadas na Política Nacional de Atenção Básica, PORTARIA Nº 2.436/2017, visando a clínica centrada nas pessoas; com base em evidências científicas; segura, que não cause danos às pessoas e aos profissionais de saúde; eficiente, oportuna, prestada no tempo certo; equitativa, de forma a reduzir as desigualdades e que a oferta do atendimento se dê de forma humanizada (BRASIL, 2017). Sendo, portanto, o auditor um pilar para ajudar a unidade de saúde a oferecer capacitações à equipe

multiprofissional, além de fiscalizar os recursos públicos e certificar se o serviço está sendo válido.

É importante ressaltar que, diante desse cenário, o enfermeiro auditor não direciona seu trabalho apenas para questões assistenciais, mas também para questões financeiras. A estatística com confiabilidade é primordial para a administração do SUS, pois permite avaliar as particularidades de cada território e auxiliar no planejamento (Scarparo *et.al.*, 2010).

A avaliação em saúde tem como propósito gerar informações necessárias e estratégias para o desenvolvimento e qualificação do SUS constatando a importância da auditoria em enfermagem na APS, já que suas ações podem resultar em resultados positivos ou negativos nos diversos níveis de atenção à saúde. O objetivo é melhorar a qualidade de saúde da região em que atua (Scarparo *et.al.*, 2010).

Destaca-se que o enfermeiro auditor precisa estar sempre atualizado em relação às novas tecnologias e técnicas de gestão em saúde, buscando aprimorar seus conhecimentos e habilidades para que possa exercer suas funções com eficácia e excelência (INNOCENZO, 2012).

Em suma, é fundamental que o enfermeiro auditor atue de forma efetiva na APS, garantindo que os recursos públicos sejam utilizados da forma mais adequada e eficiente possível, contribuindo para a melhoria da qualidade de saúde do local em que atua e, conseqüentemente, do SUS como um todo (Gomes,Engelke, Trombim,2022)

3 METODOLOGIA DE ESTUDO

Revisão integrativa da literatura realizada conforme as etapas: identificação do tema e questão norteadora; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão para os estudos; busca na literatura de estudos primários; avaliação da amostra de estudos incluídos na revisão e apresentação.

As buscas por publicações foram realizadas nas bases de dados ScientificElectronic Library Online (SciELO) e Revista UERJ, por meio da combinação dos descritores: “Auditoria”, “enfermagem AND Atenção Primária da saúde”, “Enfermeiro auditor”,. Em todas as bases, os descritores foram combinados com o operador booleano “AND”.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Conforme descrito em Brasil (1998), a Atenção Primária à Saúde é uma das principais reformas tecnológicas dos últimos séculos e a Estratégia de Saúde da Família (ESF) passa a ser considerada uma ferramenta para reorientação do modelo assistencial com caráter substitutivo das práticas convencionais.

Entretanto, Roncalli (2006) demonstra que a influência da ESF nos indicadores de saúde é motivo de discussão. Ademais, Vianna *et al.* (2006) complementa fazendo análises sobre a ESF em grandes cidades, que apontam para desafios decorrentes do padrão de crescimento urbano, ressaltando a necessidade de abordagens interdisciplinares complementares para lidar com algumas situações extremamente precárias e desafiadoras, como favelas, ocupações e áreas de difícil acesso.

Nesse sentido, o autor complementa que é importante destacar que a ESF tem a capacidade de fornecer atendimento de qualidade, mas é necessário considerar a complexidade e heterogeneidade do contexto em que ela está inserida. Além disso, é preciso reconhecer a importância do trabalho em equipe, envolvendo profissionais de diferentes áreas para garantir uma abordagem integral e efetiva na atenção primária à saúde.

Assim, Vianna *et al.* (2006) complementa que há também questões setoriais devido à presença de sistemas municipais com níveis reduzidos de efetividade e viabilidade na administração, bem como complicações de financiamento decorrentes da política de repasses

Sendo assim, Dias *et al.* (2011) reforça que como qualquer outro serviço de saúde, a APS deve passar por auditorias com o intuito de avaliar o cumprimento das ações descritas na Política Nacional de Atenção Básica, garantindo a oferta de todas as ações e procedimentos do padrão essencial e também das ações e serviços do Padrão Ampliado, considerando as necessidades e demandas de saúde das populações em cada localidade.

Segundo Peron (2009) a auditoria em saúde pode ter um papel decisivo na consolidação na Rede de Atenção à Saúde, na redução das desigualdades, na manutenção da autonomia dos conselhos, na identificação e denúncia de aspectos legais e irregularidades que precisam ser corrigidos. Além disso, a auditoria pode permitir ao Controle Social o acesso claro e fácil às informações do Sistema de Saúde.

Sendo assim, Motta (2008) enfatiza a importância da auditoria em enfermagem realizada por uma avaliação constante da qualidade dos cuidados de enfermagem fornecidos aos paciente. Nesse contexto, Silva *et al.* (2012) descreve a auditoria em enfermagem como uma análise sistemática da qualidade da assistência prestada pela equipe de enfermagem ao paciente. Essa avaliação é realizada através da verificação da documentação de enfermagem no prontuário do paciente, bem como das condições gerais de saúde do paciente durante o período de assistência.

Cabe ressaltar que uma das primeiras iniciativas de auditoria em enfermagem foi realizada em 1955 no Hospital Progress, nos Estados Unidos. Sendo que no Brasil, a implantação da auditoria em enfermagem veio acontecer em torno de 30 anos depois no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (Buzatti *et al.*,2005).

A partir deste momento, a auditoria em enfermagem, tem sido ampliada em todo o território brasileiro, proporcionando diversas áreas de atuação para o profissional enfermeiro. Entretanto, esta ação se dá com mais força, para avaliação da qualidade da assistência hospitalar prestada e para análise das contas hospitalares (Gonçalves, 2008).

Mas, autores como Barzelay (2002); Santos *et al.*(2012) enfatizam a importância da auditoria na APS para contribuir não somente na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem fornecidos aos paciente como também na gestão por meio da análise dos resultados das ações e serviços públicos de saúde. Sua atuação é fundamental para o controle do desperdício de recursos públicos, além de contribuir para a transparência e a credibilidade da gestão, prevenindo fraudes e corrigindo falhas no sistema. Além disso, a auditoria possibilita um maior controle social do serviço prestado.

Estudos realizados por Andrade *et al.*(2014) mostraram que 75% dos enfermeiros entrevistados não conseguiram expressar de forma clara e concisa o conceito de auditoria em enfermagem e a maioria destes entrevistados que participaram do estudo desconhece a real importância da auditoria em enfermagem.

Observa-se que o termo "auditoria" é um processo em constante evolução e é importante que profissionais da área da saúde, incluindo enfermeiros, compreendam que a auditoria abrange um amplo conceito de qualidade e benefício de custo, com o objetivo de garantir a qualidade da assistência prestada aos pacientes (Andrade *et al.*2014).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em conclusão, a auditoria na enfermagem na atenção primária da saúde é uma importante atribuição do enfermeiro, pois permite uma avaliação sistemática da assistência prestada, identificação de problemas e implementação de melhorias. Além disso, contribui para a qualidade e segurança do cuidado, promovendo a satisfação dos usuários e o sucesso do sistema de saúde como um todo. É essencial que os enfermeiros estejam capacitados e comprometidos com a prática da auditoria, visando sempre a excelência na atenção primária da saúde.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE L.D.F, PONTES S.M , BARRETO A.J.R, BARROS J.C. A Auditoria Em Enfermagem na Opinião de Enfermeiros da Atenção Primária e Secundária do Município de Cuité-PB. **Educação Ciência e Saúde**, v.1, n.1, 2014.
- BARZELAY, M. Instituições centrais de auditoria e auditoria de desempenho: uma análise comparativa das estratégias Organizacionais na OCDE. **Revista do Serviço Público**, v. 53, n. 2, p. 5-35, 2002.
- BOING, AF *et al.* Redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998-2009. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 359-366, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: DAB/SAS/Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Departamento de Atenção Básica. Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde: saúde da família. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2008. 52p.
- BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 (BR). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília (DF), 22 set 2017: Seção 1:68.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. –Brasília: CONASS; 2015.
- BUZATTI C.V, CHIANCA T.C. Auditoria em enfermagem: erros ecustos envolvidos nas anotações. **Nursing**.v.8, n. 90, p.518-22, 2005.
- CASSIANI A.H.B. A segurança do paciente e o paradoxo no uso de medicamentos. **Rev Bras Enferm**. v. 58, n.1), p. 95-9, 2005.
- CUNHA J.K.M. A importancia da auditoria externa no processo de tomada de decisão das organizações. Monografia apresentada ao centro universitario christos- unicristo, 2019.
- CUNHA C.R.H, HARZHEIM E, MEDEIROS O.L, DÁVILA O, WOLLMANN L, MARTINS C, FALLER L.A. Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde: Garantia de integralidade nas Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal no Brasil. **Cien Saude Colet**; v. 24, n.5, p. 1809-1820, 2019.
- DIAS T.C.L.; SANTOS J.L.G.; CORDENUZZI O.C.P.; PROCHNOW A.G. Auditoria em enfermagem: revisão sistemática da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 5, p. 931-937, 2011.

FARIA P.C.D, SIVA G.R. A importância da auditoria interna na qualificação das informações do sistema e-SUS-AB na atenção básica do município de sítio Novo de Tocantins. **Revista Extensão**, v. 4, n.2, 2020.

GOMES V.G,ENGELKE S.E,TROMBIM J.F.T. Auditoria de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde: Uma Revisão de Literatura .**Inova saúde**, v.12, n.1, 2022.

GONÇALV.E.S V.F(Coord). Fronteiras da auditoria em saúde.São Paulo:RTM; 2008.
GOULD D.J, CREEDON S, JEANES A, DREY N.S, CHUDLEIGH J, MORALEJO D. Impact of observing hand hygiene in practice and research: a methodological reconsideration. **Journal of Hospital Infection**. v. 95, n. 2, p. 169-174, 2017 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhin.2016.08.008> Acesso em: 30 abr. 2023.

INNOCENZO M.D. Auditoria em serviços de saúde e enfermagem. In: Innocenzo MD, editor. Indicadores, auditorias e certificações. 2a ed. São Paulo: Martinari; p.119-25; 2012.

KOHLI E *et al.* Variability in the Hawthorne Effect With Regard to Hand Hygiene Performance in High- and Low-Performing Inpatient Care Units. v. 30, 2009.

MACHADO M.F.A.S, MONTEIRO E.M.L.M, QUEIROZ D.T.T, VIEIRA N.F.C, BARROSO M.G.T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. **Ciêns Saúde Coletiva**.v.12, n.2, p. 335-42, 2007.

MELO E.A, GOMES G.G, CARVALHO J.O, PEREIRA P.H.B, GUABIRABA K.P.L. A regulação do acesso à atenção especializada e a Atenção Primária à Saúde nas políticas nacionais do SUS. **Physis**, v. 31, n. 1, 2021.

MENDES E.V. As redes de atenção à saúde [Internet]. 2a ed. Brasília: OPAS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf Acesso em: 24 mar.2023.

MENDONÇA M.H.M, MATTA G.C, GONDIM R, GIOVANELLA L, organizadores. Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

MOTTA A.L.C. Auditoria de enfermagem nos hospitais e operadoras de planos de saúde. 4a ed. São Paulo: Iátria, 2008.

PERON, C. Auditoria e Pacto de Gestão: Perspectivas e Desafios. Artigonal – Diretório de Artigos Gratuitos. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**. p. 2-16, 2009. Disponível em: <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rccs/article/view/606/561>. Acesso em: 03 Mai.2023.

PINTO MEB. Promoção à saúde e atenção primária à saúde em Porto Alegre [tese doutorado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012.

RONCALLI A.G, LIMA K.C. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. **Ciência Saúde Coletiva**. v. 11, p. 713-24, 2006.

SCARPARO A.F, FERRAZ C.A, CHAVES L.D.P, GABRIEL C.S. Tendências da função do enfermeiro auditor no mercado em saúde. **Texto Contexto Enfermagem**. v.19, n.1, p.85-92, 2010.

SILVA, M.V.S *et. al.* Limites e possibilidades da auditoria em enfermagem e seus aspectos teóricos e práticos. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 65, n. 3, p. 535-8, 2012.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

VIANNA A.L.D, ROCHA J.S.Y, ELIAS P.E, IBAÑEZ N, NOVAES M.H.D. Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas. **Ciência Saúde Coletiva**, v.1, p.577-606, 2006.

SANTOS, C. A. S.; SANTANA, E.J.S.; VIEIRA, R. P.; GARCIA, E. G.; TRIPPO, K. V. A Auditoria e o enfermeiro como ferramentas de aperfeiçoamento do SUS. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 36, n. 2, p. 539-559, 2012.

IMPLANTAÇÃO E FORTALECIMENTO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM EM SÃO JOÃO DEL REI – MINAS GERAIS

Bárbara Fabrícia Silva Lopes¹
Lívia Carla de Freitas²

RESUMO: De acordo com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), questões socioculturais e institucionais afastam os usuários do sexo masculino dos serviços de saúde. Mais de dez anos após a publicação da PNAISH, os desafios para sua implantação perduram. Na perspectiva de compreender o cenário atual e a possibilidade de distanciamento entre a publicação de uma política e a concretização de seus princípios, esta pesquisa teve como objetivo geral analisar como têm sido implementadas as ações em saúde do homem no município de São João del Rei– MG. O estudo foi desenvolvido a partir da abordagem social da pesquisa qualitativa e exploratória, tendo como princípio o estudo de caso da cidade em questão. Os dados foram apreendidos por meio da entrevista semiestruturada junto aos gestores municipais. Além disso, foi realizada uma análise documental das ações em saúde do homem no município. Para o tratamento dos depoimentos, foi selecionado o método de análise temática proposto por Bardin. Acredita-se que o estudo, partindo das propostas de cada eixo presente na PNAISH, possa tornar mais clara a maneira como os municípios se percebem e se inserem no cenário das práticas de cuidar do usuário do sexo masculino. Isso significa dizer que não basta somente a existência de um programa específico, verticalizado e com propostas abrangentes de atendimento à saúde do homem, mas precisamos compreender os caminhos e os desafios presentes nos locais onde as ações realmente devem ser implementadas no período de dez anos, cumprindo o princípio da descentralização.

Palavras-Chave: Saúde do Homem. Atenção Primária à Saúde. Saúde da Família. Estratégia Saúde da Família.

1 INTRODUÇÃO

Desde a segunda metade do século XIX, quando a saúde se tornou questão de Estado e intervenções específicas passaram a existir a fim de preencher as lacunas sociais ou amenizá-las, determinados sujeitos receberam atenção especial. Alguns deles, por serem reconhecidos como uma ameaça para a sociedade, tais como os homossexuais, outros, como as crianças,

¹ Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Docente dos Cursos de Enfermagem e Medicina do UNIPTAN. Bolsista orientadora do Programa de Concessão de Bolsas de Pesquisa “Aficionados por Ciência” da Afya

² Discente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves - UNIPTAN. Bolsista do Programa de Concessão de Bolsas de Pesquisa “Aficionados por Ciência” da Afya.

idosos e mulheres, por serem considerados vulneráveis frente às doenças e às adversidades. As mulheres, ainda, também por serem responsáveis pela reprodução humana (Carrara *et al.*, 2009). Mas, enquanto determinados grupos ganhavam visibilidade, outros permaneciam intocáveis. Esse é o caso dos homens.

Assim, optou-se por realizar um estudo de caso sobre a implementação das ações em saúde do homem com relação à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) no município de São João Del Rei - MG. Para contemplar o objeto proposto, foi escolhida uma abordagem qualitativa, visto que o estudo intenciona investigar processos subjetivos de um fenômeno social, como sentimentos, emoções, valores, crenças e significados envolvidos no processo saúde-doença na perspectiva masculina.

Acredita-se que o estudo, partindo das propostas de cada eixo presente na PNAISH, possa tornar mais clara a maneira como os municípios se percebem e se inserem no cenário das práticas de cuidar do usuário do sexo masculino.

A efetivação da PNAISH não se configura como um fator isolado, mas sim resultante de diversas variáveis, tais como: quantidade de homens atendidos, capacitação da equipe, recursos materiais, financeiros e cultura da comunidade atendida. Dessa maneira, o estudo de caso é orientado a partir de uma perspectiva realista, independentemente de qualquer observador.

A proposição de um estudo sobre a implementação de ações em saúde do homem no município de São João del Rei- MG pretende compreender como têm sido implementadas as ações em saúde do homem neste município à luz da PNAISH, divulgada há mais de dez anos atrás; como as equipes de ESF estão mobilizadas e capacitadas para o atendimento do público masculino; e, por fim, quais os avanços e desafios para a implementação da PNAISH.

Espera-se que esse estudo possa tornar mais clara a maneira como os gestores das equipes ESF percebem as práticas voltadas ao homem como usuário de um sistema de saúde. Isto significa dizer que não basta somente a existência de um programa específico, verticalizado e com propostas abrangentes de atendimento à saúde do homem, mas precisamos compreender os caminhos, os recursos disponíveis e as necessidades do homem para que o atendimento seja qualificado e individualizado.

O objetivo geral deste estudo é analisar como têm sido implementadas as ações em saúde do homem no município de São João del Rei- MG, mais especificamente os dificultadores na implementação da PNAISH, e, também, discutir a política, considerando os eixos da organização, implantação, qualificação e humanização do atendimento à atenção básica.

O município de São João del Rei, localizado na região do Campo das Vertentes, foi escolhido para realização do estudo, inicialmente, por ser um município que ainda não recebeu recursos exclusivos para investimento na PNAISH, mas que tem o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) homologado. Além disso, São João del Rei é uma cidade polo microrregional, uma Gerência Regional de Saúde. Sendo assim, a cidade possui um adequado aparato técnico e científico nos serviços de saúde para atender a população usuária (IBGE, 2021).

A rede de serviços de atenção à saúde no nível primário de São João del Rei está constituída, até o momento da pesquisa, por dez Unidades Básicas de Saúde (UBS) e oito equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) implantadas no município (BRASIL, 2021). Para atender os objetivos propostos, os locais de coleta de dados foram as Unidades Básicas de Saúde (UBS) que possuem ESF e a secretaria de saúde local.

Os participantes do estudo foram os gestores locais, tais como coordenador da atenção primária no município e o secretário e/ou subsecretário de saúde. Além disso, os gerentes das equipes de ESF implantadas no município de São João Del Rei. Eles foram escolhidos por conhecerem a realidade do município e unidade de saúde que gerenciam e serem capazes de descrever as ações implementadas e recursos dispensados.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A questão da saúde do homem no Brasil passou a ser tratada como um verdadeiro problema de saúde pública a partir de estatísticas que apontaram maior morbimortalidade entre os homens do que entre as mulheres. Os homens têm tendência à adoção de hábitos de vida menos saudáveis que as mulheres, ou seja, a utilização de álcool e tabaco, entre outros fatores mais subjetivos têm uma repercussão significativa na saúde do homem. Essa tendência gerou campanhas que, apesar de não serem direcionadas exclusivamente para o público masculino, mostravam que sanitaristas já haviam percebido o perigo que as questões de gênero representavam para a saúde pública. Além disso, foi justamente entre os anos de 1930 e 1940, época marcante da luta contra as doenças sexualmente transmissíveis, que foi proposta a criação da andrologia no Brasil, ciência destinada ao estudo do homem, que ainda encontra grande dificuldade para se implantar (Carrara *et al.*, 2009).

Atualmente, os homens continuam adeptos ao tratamento com automedicação e hospital privado ao invés de buscarem a unidade básica de saúde (Gomes, 2016). O principal motivo para o homem buscar tratamentos desprovidos de orientação clínica, ainda é o de se

prejudicarem no trabalho, visto que suas atividades laborais geralmente são no mesmo horário das atividades da UBS e, além disso, por não se considerarem doentes e vulneráveis (Pimentel *et al.*, 2020). Dessa maneira, os homens adentram nos serviços de saúde por morbidades ou doenças já instaladas, não utilizando da UBS como o acesso de primeiro contato. De acordo com o modo de operacionalização da Atenção Primária de Saúde (APS), um dos três atributos essenciais para uma boa organização é o acesso de primeiro contato, o qual o indivíduo acessa os serviços de saúde toda vez que surge alguma mudança (Alves *et al.*, 2020).

Reconhecendo o contexto dos agravos do sexo masculino como problema de saúde pública, o Ministério da Saúde, juntamente com gestores do SUS, sociedades científicas, sociedade civil organizada, pesquisadores acadêmicos e agências de cooperação internacional, apresentou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) em 2008. Essa, amparada pelos princípios e diretrizes do SUS, se encontra atrelada à Política Nacional de Atenção Básica e à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e às estratégias de humanização em saúde.

De acordo com a PNAISH, questões socioculturais e institucionais afastam os usuários do sexo masculino dos serviços de saúde. Os estereótipos de gênero, que de forma naturalizada, julgam o homem como um ser invulnerável, com a obrigatoriedade de um vigor físico, sendo provedor e chefe de família. Dessa maneira, há uma tendência de querer alcançar as expectativas impostas pela sociedade e a doença representa uma fragilidade para este, o qual sente medo de descobrir que a sua saúde não está perfeita, resultando também em sofrimento psicológico (Schweitzer; Kersbaumer, 2022). Como os homens se sentem impossibilitados de adoecer, têm dificuldades em reconhecer suas necessidades de saúde e aceitar. A política em questão deixa clara uma relação significativa entre a construção da masculinidade e o comprometimento da saúde dos homens.

Mais de dez anos após a publicação da PNAISH, os desafios para sua implantação perduram. A falta de informação do homem sobre seus direitos e serviços disponibilizados, incluindo a própria PNAISH, horários e condições necessárias para garantir o acesso a atendimentos especializados, é fato comum encontrado nas unidades de saúde. Esse desconhecimento é uma das causas da baixa adesão dos usuários. O estudo de Medeiros *et al.* (2021) evidenciou o desconhecimento de grande parte do público masculino sobre a existência dessa política que garante a manutenção da saúde do homem através de exames médicos e consultas periódicas, além da falta de conscientização sobre os riscos de complicações à saúde e óbito dos homens. Além disso, muitos profissionais de saúde desconhecem e/ou não se interessam pelos princípios da PNAISH, contribuindo para um acolhimento inadequado à

população masculina. De acordo com Assis *et al.* (2018), a maioria dos enfermeiros não cursaram uma disciplina específica sobre “a saúde do homem”, portanto esse contato acontece de forma fragmentada, superficial e descontextualizada, formando profissionais sem capacitação para lidar com as questões de masculinidades, desconsiderando as reais necessidades e indicadores da PNAISH.

A ausência de estratégias organizacionais e institucionais destinadas à implantação da PNAISH, aliada à falta de verbas exclusivas¹, promove uma sobrecarga de trabalho para gestores e profissionais dos serviços de atenção básica, gerando falta de apoio local e, conseqüentemente, estagnação do perfil de morbimortalidade da população masculina.

Na abordagem da saúde do homem, tanto profissionais de saúde como comunidade limitam a mesma a tratamentos de prevenção contra impotência, infertilidade ou problemas de próstata². No entanto, a saúde do homem de forma integral está muito além das ações mencionadas (Gomes, 2016). Ao analisar a programação dos fóruns, foi possível perceber a centralidade do debate nas doenças urológicas. A PNAISH, diferentemente de outras políticas que emergiram de demandas de movimentos sociais, resultou de um movimento da sociedade

¹ Sobre a linha de crédito para financiamento da Saúde do Homem, foram publicadas quatro portarias, sendo uma delas revogada, de repasse de recursos financeiros com o objetivo básico de apoiar a implantação de ações e estratégias voltadas para PNAISH no distrito federal, estados e municípios. A Portaria nº 3.209 fez repasse de incentivo financeiro no valor de R\$ 75.000,00 (setenta e cinco mil reais) aos vinte e seis estados e ao distrito federal e a vinte e seis municípios, sendo um deles a cidade de Belo Horizonte. Já a Portaria nº 2.773 dispõe sobre o repasse para oitenta localidades com recurso de R\$ 40.000,00 (quarenta mil reais) para o fortalecimento da PNAISH no âmbito do sistema único de saúde. Infelizmente ela foi revogada devido ao pouco tempo hábil para o empenho do recurso, não sendo possível contemplar os aprovados.

² Enquanto isso, os homens continuam, comprovadamente, morrendo mais que as mulheres. Segundo o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), no ano de 2020, morreram, no Brasil, 874.167 homens e 682.027 mulheres. A principal causa de óbitos entre os homens neste mesmo ano foram doenças do aparelho circulatório, seguida de doenças infecciosas e parasitárias, e neoplasias. Em Minas Gerais e em São João del Rei, essas também foram as principais causas. Além disso, a taxa de mortalidade dos homens em Minas Gerais é de 7,68, comparado aos 5,31 das mulheres. Em São João Del Rei, ainda que a maior parte da população seja feminina, a taxa de mortalidade dos homens é de 9,60, enquanto as mulheres possuem uma taxa de 7,52. Em geral, considera-se que as doenças do aparelho circulatório, doenças infecciosas e parasitárias, e neoplasias podem ser prevenidas e controladas. O fato de elas serem consideradas atualmente as principais causas de óbito masculino no Brasil revela inadequações na promoção da saúde e prevenção da doença no homem (BRASIL, 2020).

de urologia, o que acabou por direcioná-la, principalmente, à realização de exames e à prevenção de doenças como o câncer de próstata (Hemmi; Baptista; Rezende, 2020).

A avaliação da implantação das ações voltadas para a saúde do homem e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem é interessante para verificar sua efetividade e influência na qualidade de vida da população masculina, contribuindo para aprimorar as ações relativas a essa política. É importante avaliar, ainda, a contribuição dessa política para a reafirmação dos princípios e diretrizes do SUS preestabelecidos.

Existem várias sugestões de gestores, profissionais de saúde e usuários para a consolidação da PNAISH. Dentre elas destacam-se a capacitação dos profissionais e gestores direcionada ao acolhimento da população masculina jovem-adulta; busca ativa dos usuários; divulgação das ações e serviços de saúde oferecidos ao homem; ampliação das atividades preventivas e fortalecimento da atenção básica; estabelecimento de horários diferenciados, especialmente não comerciais, para o atendimento ao público masculino; estruturação da rede de serviços de saúde, aprimorando o sistema de referência e contra referência; e, por fim, compreensão do universo masculino e suas particularidades, para melhor adequação das atividades desenvolvidas na atenção primária (Gomes, 2016).

Nesse contexto, os serviços de saúde devem modificar a forma de acolhimento ao usuário do sexo masculino, identificando as reais necessidades de saúde desse grupo, tentando inteirá-los na atenção primária, prevenindo a doença e promovendo a saúde dos homens. Paiva *et al.* (2012) reforçam que é necessário que as equipes de saúde da família possibilitem experiências educativas com grupos de homens nos serviços de saúde e centros comunitários, divulgando informações correlacionadas à saúde masculina, considerando que só a partir de um conhecimento prévio é possível obter uma prática adequada em saúde.

Considerando que o investimento na PNAISH é um ponto fundamental para avanços na assistência à saúde da população masculina e redução de custos do sistema de saúde, é importante levar em consideração a questão social: quanto mais oprimidos os indivíduos se encontram, mais expostos estão aos riscos relacionados à saúde, deixando de garantir seus direitos e bem-estar preconizados pelo sistema de saúde brasileiro (Silva, 2013). Tanto o homem como as políticas de saúde se prendem em questões socioculturais para justificar as falhas e descuidos dos homens com as questões relacionadas à saúde.

Ainda existe uma cultura na qual os homens são protagonistas das ações e do conhecimento sobre seus corpos. O conflito surge quando esses indivíduos procuram os serviços de saúde, porque a expertise biomédica interfere em seu status autônomo, dominante em seus próprios corpos. Segundo Foucault (1995), “não há relação de poder sem resistência”

(p.248), ou seja, toda e qualquer relação é geradora de disputas, de oposições, das formas de poder. Nessa perspectiva, o corpo é alvo de um debate entre o biopoder e seus dispositivos biomédicos que o controlam, e as normas binárias de gênero que geram relações de dominação.

No entanto, nossa sociedade não deve ficar refém das assertivas e comportamentos “preconizados” pela cultura machista. É imprescindível compreender que é possível modificar determinados comportamentos ao longo da história e a partir da experiência humana.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Considerando o objeto desta pesquisa, optou-se por realizar um estudo de caso sobre a implementação das ações de saúde para os homens relacionada à PNAISH no município de São João del Rei- MG. Para contemplar o objeto proposto, foi escolhida uma abordagem qualitativa, visto que o estudo intenciona investigar processos subjetivos de um fenômeno social, como sentimentos, emoções, valores, crenças e significados envolvidos no processo saúde-doença na perspectiva masculina; além da busca pela compreensão dos processos e fenômenos socioculturais complexos em que os sujeitos estão inseridos.

O estudo de caso foi escolhido pelo desejo de compreender um fenômeno do mundo real, — relação da saúde do homem com a PNAISH — apesar dessa compreensão englobar contextos pertinentes ao caso específico — município de São João del-Rei - MG (Yin, 2015). Sendo assim, a articulação dos dados se faz necessária para revelar a realidade local através de uma pesquisa exploratória¹ sobre a saúde do homem em São João del Rei- MG. Pressupõe-se que o comportamento humano é mais bem compreendido no contexto social onde ocorre (Queiróz, 1992).

Ancorada na pesquisa qualitativa, a pesquisa documental é parte integrante de qualquer pesquisa sistemática e precede ou acompanha os trabalhos de campo; pode ser um aspecto

¹ A pesquisa exploratória, ou estudo exploratório, tem por objetivo conhecer a variável de estudo tal como se apresenta, seu significado e o contexto em que ela se insere.

dominante em trabalhos que visam mostrar a situação atual de um assunto determinado ou mesmo sua evolução histórica. “Documentação é toda informação sistemática, comunicada de forma oral, escrita, visual ou gestual, fixada em um suporte material, como fonte durável de comunicação” (Chizzotti, 2000, p. 109).

Para o tratamento dos depoimentos foi selecionado o método de análise de conteúdo proposto por Bardin (2008). O autor afirma que esse método de análise “visa ao conhecimento de variáveis de ordem psicológica, sociológica, histórica etc., por meio de um mecanismo de dedução com base em indicadores reconstruídos a partir de uma amostra de mensagens particulares” (Bardin, 2008, p. 46). Dentro das modalidades de análise de conteúdo, optou-se pela análise temática, seguindo as três etapas descritas propostas por Bardin (2008): i) realizar uma pré análise, ii) fazer uma exploração do material e a interpretação, e iii) tratamento dos resultados obtidos.

Para dar início a pesquisa, realizou-se o contato telefônico com os gerentes das UBS para agendamento das entrevistas em campo. O projeto foi apresentado aos prováveis sujeitos do estudo, os gerentes das equipes de ESF, no sentido de esclarecer os objetivos e quaisquer dúvidas que pudessem existir frente à sua participação no processo. Foi entregue aos participantes da pesquisa o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, devidamente aprovado pelo referido Comitê de Ética em Pesquisa para garantir o sigilo e o anonimato do depoimento dos participantes, visando proteger sua privacidade.

Nesse contexto, os participantes do estudo foram quatorze gerentes das UBS e ESF implantadas no município de São João del Rei-MG. Eles foram escolhidos por conhecerem a realidade da região e a unidade que gerenciam, sendo capazes de explicarem como são realizadas as ações para a saúde do homem e os recursos dispensados. A fim de manter o sigilo dos entrevistados, eles foram identificados pela letra G com números arábicos consecutivos, em ordem crescente (G1 a G14). Dentre as UBS e ESF pertencentes ao município foram excluídas as que fazem parte de distritos mais distantes.

O instrumento usado para coleta de dados junto aos gerentes municipais foi uma entrevista semiestruturada, questionando sobre a situação da implementação e efetivação da PNAISH no município de São João del Rei. Os dados foram coletados no segundo semestre do ano de 2022 e as entrevistas foram gravadas para uma transcrição fiel das falas dos participantes. Por fim, foram buscadas informações também pela observação do pesquisador ao longo de todas as etapas do estudo.

Esse projeto foi realizado a partir do Programa de Concessão de Bolsas de Pesquisa “Aficionados por Ciência” da Afya. Foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa pelo Centro

Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves (UNIPTAN), e aprovado sob o parecer no 5.524.901 de 13 de julho de 2022.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Ao analisar a implementação da PNAISH na Atenção Básica (AB), foram encontrados problemas de origem sociocultural, organizacional e referentes à invisibilidade dessa política.

A questão sociocultural ainda é uma questão relevante não somente no Brasil, mas também em outros países. Ela é considerada uma barreira que dificulta o sucesso do atendimento integral ao homem nos serviços de saúde. A baixa participação da população masculina nas ações de saúde está associada a um modelo hegemônico de masculinidade, nele existe uma imagem cultural de homem provedor da família, o qual não adocece e a desvalorização do autocuidado é considerada normal. Isso acarreta sentimentos de vergonha e medo, restringindo o cuidado com a saúde a uma atitude feminina. Por essa razão, os homens não estão presentes nos serviços de saúde, especialmente na atenção primária, têm dificuldade em se expressar e, muitas vezes, são as suas esposas e mães que ficam encarregadas de explicar seus sintomas, a situação que os levou a procurar uma consulta. É perceptível a dificuldade dos gestores em lidar com esses casos, como mostram os trechos seguintes:

E eles têm muita resistência né, quando você fala que vai fazer um teste rápido que é o que a gente tem para oferecer né, tanto é que geralmente vem a mulher, a namorada, a esposa, geralmente ela fala ‘ah tenho que trazer meu marido’, mas nem sempre ela consegue. G1
[...] eu também acho que eles têm um pouco mais de preconceito, e muita resistência em participar desse tipo de coisa. G7

Além dos desafios relacionados à estrutura, aos profissionais e à organização, os homens com baixa procura pelos serviços de saúde, também são responsáveis pela efetivação da PNAISH. Isso gera uma dificuldade em reconhecer as demandas da população masculina para alcançar uma efetividade na assistência à mesma na atenção primária, como mostram os depoimentos a seguir:

Então, a gente vê pouca procura, só vem em casos de sentir dor, em caso de urgência, fora disso é muito raro um homem que vem fazer um *check up*, para ver como está sua condição de saúde. G2
A procura aqui é quase zero, eles nem aparecem. Fazem exames e muitos nem buscam os resultados. G12

A baixa procura por serviços de saúde demonstra como o imaginário masculino é uma forte influência ao afastar os homens do cuidado com a saúde. Os fatores culturais podem ajudar a explicar o motivo do afastamento dessa população das práticas de saúde. Para Souza *et. al.* (2020), à medida que o homem é representado por esses padrões culturais como forte e invulnerável, buscar o serviço de saúde para medidas preventivas, poderia associá-lo à fragilidade, insegurança e ao medo, o que resultaria em desconfianças acerca dessa masculinidade socialmente instituída. Dessa maneira, os profissionais precisam estar capacitados para instruírem a população masculina, evitando o negligenciamento dela, como mostra o relato abaixo:

Eles têm um pouco de dificuldade de aceitar a doença, mas aí a gente conversa passa pelo médico, pelo psicólogo, acho que no geral tem dificuldade, ‘tem nada não’, ‘tô bem’, ‘isso é passageiro’, isso quando eles mesmo não se medicam, ‘ah não, já tomei um remédio ali que é ótimo’. G3

De acordo com Rocha *et al.* (2020), um dos principais motivos para os homens não se identificarem como vulneráveis e procurarem informações acerca da sua saúde é o machismo. Assim, eles se afastam da atenção primária e se aproximam das unidades de urgência quando não suportam mais a doença já instalada. Há uma grande dificuldade por parte dos profissionais para conseguirem que eles expliquem seus sintomas, principalmente quando outra pessoa está presente no momento da visita domiciliar ou da consulta. Esse comportamento diverge da população feminina, a qual já está acostumada com o autocuidado por questões culturais ao longo da vida.

Corroborando, Souza *et. al.* (2020) afirmam que essa contradição de gênero pode ser evidenciada pela forma como acontece a criação de meninos e meninas. Segundo os autores, para os homens não se igualarem a esse padrão feminino imaginário eles são instruídos a exercerem a função de protetores e provedores, além de suprimir seus sentimentos e emoções e suportar a dor sem reclamar. Isso resulta em valorização das consultas curativas em detrimento das ações de caráter preventivo. Os gestores argumentam sobre essa diferença entre as consultas realizadas com homens e mulheres:

Os homens é que são mais fechados nesse ponto, as mulheres são de falar mais, ‘ah eu tô com dor assim, me apareceu isso, me apareceu aquilo’, os homens não, tem que puxar da garganta deles, senão eles não falam. G3

Eles não conseguem falar comigo, eles só falam que está com problema lá, ficam muito sem graça, eu falo ‘olha eu preciso saber para você passar pelo médico, você precisa me falar, eu preciso descrever seu problema e eu sou enfermeira, eu entendo, não vou te julgar, eu não vou falar para ninguém o que você está me falando’. É muito difícil. G5

O processo de construção hegemônica das masculinidades acarreta uma desestimulação dos homens ao exercício da cultura do autocuidado e em uma baixa procura aos profissionais e serviços de saúde, precisando ser mais bem compreendidos. Silva (2022) complementa que a representação da doença para a maioria dos homens deve ser aparente, sintomática e anormal, só sendo considerado enfermo quando ela já se manifesta. Nesse contexto, muitos homens só procuram o atendimento hospitalar e de emergência quando não suportam mais os sintomas da doença, o que acarreta uma internação grave e uma morte precoce.

Tem muito homem sofrendo de ansiedade, depressão, mas tem dificuldade de procurar o serviço. G2

Tivemos uns cinco, seis homens, a adesão é muito baixa [...] muitos veem quando estão doentes, mas para prevenção mesmo, a gente realmente tem que fazer o trabalho de conscientização para que eles possam vir, mas fora isso vêm só quando adoecem. G13

Essa dificuldade em procurar os serviços de saúde, especialmente a atenção primária, atrapalha a progressão da implementação da PNAISH e da realização de ações em prol da saúde masculina. Silva (2019) reforça que um dos maiores fatores dificultadores no trabalho de saúde com os homens é fazê-los comparecer às UBS antes de adoecerem. Para Souza (2022) é preciso uma sensibilização da população masculina para aumentar a participação na atenção básica. Para tanto, a sensibilização começaria pela identificação das características socioeconômicas e culturais dos homens cadastrados, sendo importante sua presença ativa no planejamento das ações a serem realizadas.

De acordo com os relatos sobre a saúde sexual, as ações costumam ser voltadas especificamente para a porção urogenital, centralizada na prevenção do câncer de próstata. Percebe-se que o município não tem contemplado o objetivo específico encontrado na PNAISH, o qual é estimular a implementação da assistência em saúde sexual e reprodutiva com uma atenção integral à saúde. A promoção da prevenção e o controle das infecções sexualmente transmissíveis (IST's), não é um tema discutido e trabalhado nas unidades, como sugerido também na PNAISH. Assim, a procura por atendimento só ocorre quando ficam perceptíveis os sintomas e os danos causados à saúde, já elevando a complexidade da situação. (Martins *et. al.*, 2020). Os relatos abaixo representam essa problemática:

[...] têm muitos homens que ainda têm aquele tabu, até com o médico, têm muitos homens que têm vergonha de conversar com o médico, até menino novo tem vergonha também dependendo da situação. G8

[...] a saúde deles aqui é mais voltada para o PSA, exame de próstata, mas a saúde do homem não é só isso, né? Engloba várias coisas, mas é mais voltada a nível disso. G9

Um dos objetivos da PNAISH é ofertar ações educativas com o enfoque em gênero, orientação sexual, condição étnico-racial, o qual parece não estar sendo trabalhado nas unidades. Nesse contexto, a consulta de enfermagem é um eficaz instrumento de vínculo com o paciente para trabalhar sua saúde integral, mudança de comportamento e hábitos saudáveis do público masculino (Brandão; Milochi, 2021). Para isso, espera-se que os enfermeiros, assim como os demais profissionais da área da saúde, estejam capacitados para um cuidado holístico. É sem a devida capacitação que questões como planejamento familiar, pré-natal do parceiro e saúde sexual e reprodutiva não são trabalhados em sua totalidade nas UBS.

Durante as entrevistas, ficou perceptível como há muitas pessoas que não têm o preparo profissional necessário para trabalhar com a população masculina. Percebe-se que a falta de capacitação adequada para lidar com questões específicas masculinas pode contribuir com a baixa procura dos homens às UBS e a adesão ao tratamento. É preciso saber reconhecer suas necessidades e dificuldades, pois elas esbarram em barreiras socioculturais, e são os conhecimentos acerca da PNAISH que irão nortear suas ações para não ficarem sujeitos a propagar e manter os estereótipos de gênero. Souza *et al.* (2022) concluíram que a saúde do homem deve ser discutida entre os profissionais da equipe para que sejam organizadas maneiras de incluir estratégias e metas nessa área como prioridade do município, além da oferta de recursos financeiros para colocar essa política em prática.

Precisa de muita capacitação, de tudo, de abordagem, de dinâmicas, de forma de abordagem [...] para lidar com os homens é mais difícil, por mais que eles aceitam melhor as orientações, eles acham esse tipo de atividade bobeira ou coisa de mulher. G5

Faz-se necessário que os profissionais da saúde estejam mobilizados e capacitados para que consigam desenvolver ações acolhedoras de acolhimento ao público masculino, de forma a proporcionar um cuidado individualizado. Porém, os gestores relatam não haver nenhuma capacitação para lidar com a população masculina nem para o público em geral e reconhecem a necessidade da sua existência:

[...] eu acho que tem que ter uma capacitação, um treinamento, para saber como lidar, como abordar. Específica do homem ainda não vi, tem que ser proposta, porque é negligenciado, até pelos funcionários, até pela demanda deles também, fica mais focado nas mulheres, nos outros grupos”. G2

Os profissionais da saúde notam a relevância de trabalhar com a população masculina e conhecer os indicadores de morbimortalidade, promovendo assim um momento de reflexão acerca do que deve ser desenvolvido em prol dessa população. Para tanto precisam estar preparados para lidar com o público masculino. As falas seguintes retratam essa necessidade:

A gente tá precisando da capacitação, ela vai ajudar a gente em uma forma de achar essa busca, é saber fazer essa abordagem, saber como fazer, como buscar, chamar a atenção e trazer eles. Precisa de mais. Começando pelas agentes de saúde, elas mesmas falam ‘não tem’. G5

Destaca-se que a capacitação dos profissionais de saúde deve ter início na graduação, antes mesmo de iniciar suas carreiras. Porém, os profissionais estão entrando no mercado de trabalho com essa deficiência, que precisa ser suprida para que haja um vínculo entre o paciente e os serviços de saúde, melhorando a qualidade de vida da população masculina (Souza, 2022). A inclusão de uma disciplina como a “saúde do homem”, de caráter obrigatório, proporciona aos profissionais capacidade de promover um atendimento de qualidade. O Ministério da Saúde propôs na PNAISH que a educação permanente para o profissional é indispensável na realização das ações de saúde. Eles precisam aprender e se preparar para lidar com preconceitos e concepções errôneas que foram construídas no imaginário e no contexto social dos usuários (BRASIL, 2009).

De acordo com os relatos, também não há recursos humanos adequados para atendimento do público masculino. A equipe médica disponível é insuficiente, havendo somente um médico urologista pelo SUS no município para lidar com questões urogenitais masculinas e femininas ao mesmo tempo. Isso resulta em superlotação, dificuldade de agendar uma consulta mais próxima, grandes filas de espera e o afastamento dos homens da prevenção e tratamento de enfermidades. Além disso, pela baixa oferta de serviço, às vezes é preciso consultar com um urologista particular, ainda que a PNAISH esteja comprometida ao cuidado com a saúde integral do homem.

[...] às vezes é um paciente que precisa ir para o urologista, demora marcar, ele está atendendo, mas é um profissional só, acaba sendo um número reduzido de vagas. G10

Está com deficiência de médico na rede, eu não sei o que é, se é o pagamento se está baixo, e agora já não dá mais para ser contratado, eles têm que fazer concurso. G11

De acordo com a diretriz “*factibilidade*” presente na PNAISH, devem ser disponibilizados recursos, tecnologia, insumos técnico-científicos e estrutura administrativa e gerencial suficientes, de modo a permitir a implantação das ações (BRASIL, 2008). Os depoimentos a seguir comprovam a escassez dessas ferramentas:

[...] muitos deles têm grupos de *Whatsapp* com os nossos pacientes, mas o telefone é do próprio agente, pessoal, não é nada oferecido pelo município. G9

Faltam cotas, recursos, pactuações, orçamentos específicos. Os computadores precisam formatar, estão vindo arrumar, mas já faz dias e até agora não arrumou. G12

Os participantes mencionaram a dificuldade em conseguir materiais para realizar as ações, insumos, cotas para exames, campanhas, divulgações, assim são utilizados dos meios e recursos próprios. Também, a falta de profissionais na equipe impossibilita o encaminhamento para um profissional especializado. Para Silva (2013), existem alguns fatores indispensáveis para a garantia da saúde do homem, como o acesso ao sistema de saúde, um atendimento humanizado e resolutivo e a adequabilidade dos recursos materiais e humanos. Esses fatores foram citados pelos profissionais como insuficientes:

O lado psicológico, a saúde mental, a gente não têm psicólogos suficientes para essa demanda, porque o pós-COVID a gente viu que agora demanda-se muito em saúde mental. G10

A gente sabe que é necessário recursos, materiais, em termos de exames, profissionais, psicólogos. G11

Não corresponde, muitos não têm condições de pagar os exames, e nós não temos cotas, os recursos são insuficientes. Não tem médicos, faltam recursos humanos, não há valorização do centro CEAE. G12

Além disso, foi apontado pelos gestores e até pela população masculina a inexistência de um centro físico específico para a saúde do homem, como tem no município um centro especializado para as mulheres.

Não tem uma estrutura voltada para a saúde do homem, é mais mesmo as unidades de saúde, a gente não tem nada como a gente tem para a mulher. G4

Até eles reclamam também, às vezes, que as mulheres tem um centro para elas, tem um local, um centro para elas, um local de atendimento específicos e para eles não tem. Que eles ficam meio perdidos no sistema, vem na unidade básica ‘e agora para onde eu vou?’, aí chega lá o atendimento é demorado, a fila é muito grande de espera. G14

Os participantes do estudo disseram haver uma sobrecarga no sistema também pela falta de profissionais. Essa situação acaba acarretando um acúmulo de funções que, sem um direcionamento qualificado, não são cumpridas com eficácia. Os depoimentos seguintes confirmam essas questões:

Para isso teria que ter feito um levantamento da população masculina, falta Agente de Saúde, tem duas áreas descobertas. G5

Assim, mais é a gente mesmo aqui conseguir, a outra equipe passou por várias trocas de enfermeiros, e estamos com déficit de funcionários grande, três agentes de saúde a menos, então sobrecarrega muito o serviço deles aqui dentro do posto, para ajudar na recepção, e atrapalha na rua também. G7

Ainda que exista um ministério e políticas para tratar dos interesses da área da saúde, os depoimentos mostram que existem poucos projetos para fomentar as ações em saúde. De acordo com Campos (2007), para que ocorra o avanço das políticas públicas brasileiras, será preciso enfrentar alguns obstáculos de gestão, reorganização do modelo de atenção e ao mesmo tempo demonstrar a utilização da universalidade e da integralidade da atenção à saúde. Atrelado à desintegração da rede de serviços, o sistema é dito como “fragmentado”:

Eu acho que se a rede estivesse mais integrada, eu acho que as coisas iriam fluir melhor, se o serviço não estivesse tão fragmentado. G9

O estudo de Silva (2013), mostrou que os homens têm a ideia de que enquanto puderem trabalhar estão com uma boa condição de saúde, mantendo o conceito de saúde diretamente vinculado à capacidade de estar apto para realizar as atividades laborais. Assim, a prevenção é esquecida e priorizado o trabalho. A Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST) ligada à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é fundamental para realização de estratégias de saúde. Juntas elas promovem o fortalecimento da rede primária de atendimento.

A coincidência do horário de trabalho e de funcionamento das UBS tem sido um agravante para a falta de cuidado com a saúde do homem. Ainda que seja um argumento questionável, pois atualmente as mulheres também estão inseridas no mercado de trabalho, é uma questão a se considerar. A implantação de novos turnos de funcionamento, desde que se tenha recursos humanos e financeiros, pode promover uma adequação das ações de assistência às necessidades desse público masculino, o que favorecerá a busca pelos serviços de saúde (JÚNIOR, 2022). É possível perceber essa questão pelas falas descritas abaixo:

Porque a gente vê que eles procuram a unidade só quando estão de férias, eles ganham atestado, mas tem gente que não gosta, tem risco de perder o emprego, apresentar o atestado e ficar malvisto e tem coisa que não dá para esperar um ano. G2

De todo jeito eles não gostam de vir, mas quando solicitamos para estar vindo aqui a desculpa é o horário de trabalho, ‘nesse horário estou trabalhando, pego às sete e saio às cinco, tenho uma hora de almoço’ o argumento deles são esses. G3

O mapeamento da realidade regional é de extrema relevância para identificar as vulnerabilidades e potencialidades da população, para que ações possam ser planejadas com base nas suas necessidades (SILVA, 2022). Conforme as respostas dos entrevistados, não são realizadas visitas domiciliares frequentes, restando áreas sem abrangência e, conseqüentemente, falta de informações sobre a população no sistema. Sendo assim, os gestores e profissionais de saúde não têm conhecimento acerca da realidade população masculina:

Da população masculina não tem nenhum, específico da saúde do homem não, a gente tem alguns genogramas e de risco familiar. [...] aí a gente tem que emitir um relatório, por exemplo, os diabéticos, e aí saem todos, aí a gente tem que ficar delimitando ali qual que é a população masculina, separar por gênero. G4

Nesse sentido, Vasconcelos (2019) aponta alguns pontos indispensáveis, fatores determinantes para que todos os desafios sejam superados, como treinamento técnico dos trabalhadores, materiais educativos, equipamentos, avaliação e monitoramento contínuo da execução das propostas da política por parte do município e dos profissionais, assim como a criação e interpretação dos indicadores que demonstrem o impacto obtido para a sociedade e os homens.

Nota-se que, na realidade vivenciada, não há mapeamento da realidade onde a política seria implementada, resultando em desconhecimento dos serviços, das organizações, da

sociedade e atuação separadas desses setores. A PNAISH está alinhada à PNAB para promover uma abordagem e assistência de qualidade à população masculina em todos os níveis de atenção. Dessa maneira, um dos objetivos pretendidos na PNAISH é reconhecer a realidade dos homens, suas condições socioculturais, políticas e econômicas (BRASIL, 2009). Precisa-se de um planejamento institucional para instruir os profissionais sobre os sistemas de informações disponíveis e sua correta utilização.

Nesse contexto, os serviços de saúde precisam alterar a maneira como acolhe o público masculino, identificar suas reais necessidades de saúde, incentivar o hábito da prevenção e presença frequente na atenção primária, de forma a promover uma vida saudável para os homens.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao identificar e conhecer a atuação das equipes de ESF do município de São João del-Rei, torna-se evidente o quanto a saúde do homem ainda é negligenciada, mesmo que se tenha uma política específica criada há mais de dez anos para guiar o processo de saúde masculina. Assim, a implementação da PNAISH é processada lentamente no Brasil, principalmente por problemas administrativos, estruturais, políticos e organizacionais. A análise realizada neste estudo revela a importância do fortalecimento da PNAISH.

É notório como as questões de gênero atrapalham o cuidado integral com a saúde dos homens, principalmente na prevenção à saúde. Por essa população estar mais propensa a agravos de saúde evitáveis, como doenças do aparelho circulatório, neoplasias maligna na próstata, precisa de um maior esforço por parte de toda a equipe multiprofissional. Portanto, os profissionais precisam estar comprometidos com a realização de ações específicas, eficientes meios de comunicação e divulgação, acolhimento humanizado e integrado, além de horários adicionais, para que assim se tenha um cuidado eficiente com a saúde do homem.

Os entrevistados reconhecem seus desafios, percebem as fragilidades do sistema de saúde e são capazes de criar estratégias. No entanto, se deparam com barreiras que impedem a consolidação da política. O estudo aponta para alguns desafios culturais, organizacionais e institucionais que ainda permeiam a efetiva implementação da PNAISH, sendo preciso reestruturar os serviços de saúde quanto à organização, oferecendo fácil acesso e readequando o horário de funcionamento, a fim de favorecer a participação desse público.

A falta de comprometimento por parte dos gestores para que a política seja efetivada é notória e, aliada à ausência de uma devida capacitação, tem dificultado que as equipes ofereçam as ações propostas pelos objetivos e diretrizes da política. Observa-se um distanciamento dos profissionais quanto às diretrizes da PNASIH. É necessário um maior conhecimento acerca dela por parte dos profissionais e da população masculina, para que possam reconhecer sua importância, seus direitos e deveres, tornando os homens protagonistas do seu cuidado com a saúde. Para que isso ocorra, é indispensável que se tenham recursos humanos e materiais para sua efetivação.

Para uma atenção integral, ainda precisa ser rompido o modelo biomédico de cuidado com a população masculina, expandindo as áreas do cuidado com a saúde mental, física e psicossocial. Além disso, espera-se que os homens reconheçam a importância do cuidado com a saúde, o significado de bem-estar além de estarem aptos para suas atividades laborais.

Por fim, ressalta-se a necessidade de mais pesquisas e estudos nessa área. Até mesmo os gestores e profissionais de saúde precisam realizar mais estudos que busquem conhecer a realidade local, com o objetivo de investir em ações específicas para os homens, de forma a modificar o perfil de morbimortalidade dessa população.

6 REFERÊNCIAS

ALVES, A. N. *et al.* Acesso de primeiro contato na atenção primária: uma avaliação pela população masculina. **Revista Brasileira de Epidemiologia** [online]. 2020, v. 23 Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/PvdsRKRbhPzcvhHFDPwHNBn/?lang=pt#>. Acesso em: 29 AGO. 2022.

ASSIS, N. O. *et al.* Atuação dos enfermeiros frente à Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem: um estudo exploratório. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 22, n. 3, 14 set. 2018.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 5. ed. Lisboa: Edições 70, 2008.

BRANDÃO, D. R.; MILOCHI, C. DA S. A importância do enfermeiro da atenção básica na promoção à saúde do homem. **Faculdade Sant'Ana em Revista**, v. 5, n. 1, p. 6–14, 6 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.209, de 18 de dezembro de 2009. Apóia a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem por meio de repasse de incentivo financeiro. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 dez. 2009. p. 101. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3209_18_12_2009.html. Acesso em: 05 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.008, de 04 de maio de 2010. Expansão da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem por meio de repasse de incentivo financeiro. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 05 mai. 2010. p. 37. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt1008_04_05_2010.html. Acesso em: 06 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2773, de 19 de novembro de 2013 (revogada). Dispõe sobre o repasse de recursos financeiros de custeio a Estados, Distrito Federal e Municípios para o fortalecimento e/ou aperfeiçoamento de iniciativas prioritárias da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 nov. 2013. p. 68. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2773_19_11_2013.html. Acesso em: 06 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde – **DATASUS**. 2020. Disponível em:
<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6937&VObj=>
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10>. Acesso em: 28 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)**. Brasília, Ministério da Saúde, 2021.

CAMPOS, G. W. DE S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do sus em questão?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 301–306, mar. 2007.

CARRARA, S.; RUSSO, J.A.; FARO, L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n.19, v.3: 659-678, 2009.

CHIZZOTTI, A. Pesquisa em ciências humanas e sociais. 4. ed. São Paulo: **Biblioteca da Educação**, 2000.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **Handbook of qualitative research**. Thousand Oaks: Sage, 1994.

FARIA, M.A. *et al.* Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: percepções de gestores de unidades básicas de saúde de Belo Horizonte – MG. **Rev. Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 16, n. 3, p. 05-13, jul/set, 2015.

FOUCAULT, M. (1995). O sujeito e o poder. In H. Dreyfus & P. Rabinow, (Eds.), **Michel Foucault: uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Fuorense Universitária.

GOMES, R. Relatório final de pesquisa: Os cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade a partir da perspectiva relacional de gênero. Rio de Janeiro: **Ministério da Saúde**, 156p., 2016.

HEMMI, A. P.; BAPTISTA, T. W. F.; REZENDE, M. O processo de construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** (online), v. 30, p. e300321, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/78gHj7nfmyd8wy6Qbm3nvQt/?lang=pt>. Acesso em: 11 ago. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo demográfico 2021**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/sao-joao-del-rei/panorama>. Acesso em: 28 abr. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Área territorial 2021**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/sao-joao-del-rei.html>. Acesso em: 28 abr. 2022.

JÚNIOR, C. D. S. *et al.* SAÚDE DO HOMEM NA ATENÇÃO BÁSICA: FATORES QUE INFLUENCIAM A BUSCA PELO ATENDIMENTO. *Revista Ciência Plural*, v. 8, n. 2, p. 1–18, 7 mar. 2022.

MARTINS, E. R. C. *et al.* Vulnerabilidade de homens jovens e suas necessidades de saúde. *Escola Anna Nery*, v. 24, n. 1, 2020.

MEDEIROS, F.M. *et al.* Programa de assistência à saúde do homem: dificuldades e relevância da ação da enfermagem. **Rev. Eletrônica Estácio Saúde**, v. 10, n. 01, 2021. Disponível em: <http://revistaadmmade.estacio.br/index.php/saudesantacatarina>. Acesso em: 11 ago. 2021.

MINAS GERAIS. Governo de Minas Gerais. Secretaria de Estado da Saúde. Deliberação CIB-SUS/MG no 1.979, de 18 de novembro de 2014. Aprova o ajuste do Plano Diretor de Regionalização – PDR-SUS/MG 2014. 18 nov. 2014. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/18/mg-180315.pdf>. Acesso em: 08 jul. 2021.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

PAIVA, E.P. *et al.* Conhecimentos, atitudes e práticas sobre o câncer de próstata em Juiz de Fora -MG. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde** (Impresso), v. 14, p. 57-63, 2012.

PIMENTEL, W.C. *et al.* Avaliação da política de saúde do homem na atenção primária de um município do agreste Pernambucano. **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 3, n. 3, p. 3935-3947 may./jun. 2020.

QUEIRÓZ, M. I. de P. O pesquisador, o problema da pesquisa, a escolha de técnicas: algumas reflexões. In: **Lang, A.B.S.G.**, org. Reflexões sobre a pesquisa sociológica. São Paulo, Centro de Estudos Rurais e Urbanos, 1992. p. 13-29. (Coleção Textos; 2a série, 3).

ROCHA, F. C. S. DA *et al.* Acolhimento da população masculina sob a percepção dos profissionais de enfermagem: desconstrução da invisibilidade. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 12, p. e6791210708, 13 dez. 2020.

SCHWEITZER, L.; KERSBAUMER, L. M. Masculinidades e psicodrama: Contribuições da técnica do desdobramento do eu. **Revista Brasileira de Psicodrama**, v. 30, 2022.

SILVA, B. F. PROCESSO SAÚDE-DOENÇA: **Representações sociais de homens assistidos pelo programa saúde** da família. 2013. 73 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Doutorado em Saúde Coletiva, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2013.

SILVA, B. S. R. Política nacional de atenção integral à saúde do homem na estratégia saúde da família: uma revisão integrativa da literatura. Disponível em: Ufcg.edu.br, 2019.

SILVA, J. A. DA; HEILBORN, M. L. Saúde do homem e construção da subjetividade: uma tentativa de regulação governamental das masculinidades brasileiras. **Teoria e Cultura**, v. 16, p. 242, 2021.

SOUZA, L. V. A. S. *et al.* Desafios da implementação da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem em Mato Grosso. **Research, Society and Development**, 2022.

SOUZA, L. P. S. A saúde do homem e atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Revista de APS**, v. 23 n. 3 (2020).

VASCONCELOS, I. C. B. DE L. *et al.* Política nacional de atenção integral a saúde do homem e os desafios de sua implementação. **Brazilian Journal of Development**, v. 5, n. 9, p. 16340–16355, 2019.

YIN, R.K. Estudo de caso: **planejamento e métodos**. Robert K.Yin; trad. Cristhian Matheus Herrera. 5.ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

SOBRECARGA DE TRABALHO DE PROFISSIONAIS DA APS E SEUS FATORES ASSOCIADOS: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Bianca Cristina Silva de Assis¹
Yara Aline Ribeiro Silva²
Guilherme Carvalho Santos²
Fernanda Nayra Teixeira da Silva²

RESUMO: Objetivou-se analisar a produção científica acerca dos fatores associados à sobrecarga de trabalho de profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada em outubro de 2018 nas bases de dados LILACS, MEDLINE, CINAHL e WEB OF SCIENCE, sem limite temporal. Um total de 21 artigos preencheu os critérios de elegibilidade, que foram selecionados e analisados. Os fatores que mais se destacaram para que os profissionais se percebessem mais vulneráveis à sobrecarga de trabalho foram: condições precárias de trabalho, dificuldade de relacionamento interpessoal com equipe de trabalho e gestão e serem profissionais jovens que atuam em áreas mais pobres e com alto risco de violência. Os fatores associados à sobrecarga de trabalho acarretam prejuízos à saúde física e psíquica do trabalhador. Faz-se necessário a implementação de ações que visem a promoção da saúde do trabalhador.

Palavras-Chave: Pessoal de saúde; Carga de trabalho; Esgotamento Profissional; Atenção Primária à Saúde.

1 INTRODUÇÃO

A satisfação no trabalho dos profissionais que atuam na Atenção Primária em Saúde (APS) é um desafio de âmbito mundial. O subfinanciamento dos serviços de Atenção Primária fragiliza os processos de trabalho e impacta negativamente na qualidade da produção de cuidado e na saúde dos profissionais.

Investigação na Índia evidenciou menor nível de satisfação no trabalho entre os profissionais em unidades de cuidados primários (Kumar *et al.*, 2014). Os fatores ligados ao trabalho, como: relações interpessoais; ambiente de trabalho; organização do trabalho em saúde; plano de desenvolvimento de carreira e questões de recursos humanos, influencia a

¹ Doutoranda em Saúde Pública pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Enfermeira RT ESF no município de Santa Cruz de Minas/MG.

² Discentes em Enfermagem do Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves – UNIPTAN. E-mail para contato: bianca.ufsj@hotmail.com

satisfação e o desempenho do profissional no sistema da APS (Trindade; Pires, 2013; Teles *et al.*, 2014; Caçador *et al.*, 2015; Kanno *et al.*, 2012; Zhang *et al.*, 2016).

Nesse contexto, pesquisa realizada no Irã, com 9.191 profissionais da APS, constatou que 35,7% dos profissionais tinham níveis médios a altos de exaustão emocional e 49,6% apresentaram falta de realização pessoal (Amiri *et al.*, 2016). O desgaste emocional esteve associado à idade, experiências no trabalho e satisfação com a renda (Amiri *et al.*, 2016).

Estudo no Brasil com 797 profissionais da APS acerca da qualidade de vida, identificou que 15,4% dos profissionais reportaram a percepção de má qualidade de vida³. Aqueles que se comprometiam excessivamente no trabalho e não tinham seus reforços reconhecidos, tiveram maior probabilidade para apresentar má qualidade de vida geral, especificamente, no domínio físico (Teles *et al.*, 2014).

Considerando essa realidade, vale apontar que a expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) para estar geograficamente próximo às comunidades carentes, econômica e socialmente, com o cuidado integral ao indivíduo e a criação de vínculos faz com que os profissionais lidem com situações médico-sociais complexas que podem levá-los ao estresse, esgotamento ocupacional e adoecimento psíquico (Kanno *et al.*, 2012; Azambuja, 2016).

Nessa perspectiva, este estudo se justifica por: (1) evidência científica a respeito da sobrecarga de trabalho como um dos fatores de insatisfação do profissional da ESF; (2) processo de trabalho na ESF fragilizado que implica na alta rotatividade dos profissionais no serviço e desfragmentação do cuidado integral ao indivíduo (Trindade; Pires, 2013; Kanno *et al.*, 2012); (3) aumento nas taxas de absenteísmo por problemas de saúde física e mental dos profissionais da ESF; (4) no Brasil, o estudo desta temática é recente e há uma escassez de produção literária acerca do tema.

Neste sentido, as autoras do presente estudo consideraram que identificar os fatores associados à sobrecarga de trabalho entre os profissionais da APS torna-se essencial, tanto fomentar estratégias que visem otimizar a satisfação desses profissionais com o trabalho, quanto para a melhoria da qualidade de vida desses indivíduos, que impactará no cuidado ofertado aos usuários da APS. Assim, este estudo objetivou analisar a produção científica acerca dos fatores associados à sobrecarga de trabalho de profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura (Mendes *et al.*, 2008), para traçar um panorama nacional dos estudos que envolvem sobrecarga de trabalho na Estratégia Saúde da

Família. A questão norteadora foi: Quais são os fatores associados à sobrecarga de trabalho entre os profissionais das equipes de Atenção Primária à Saúde?

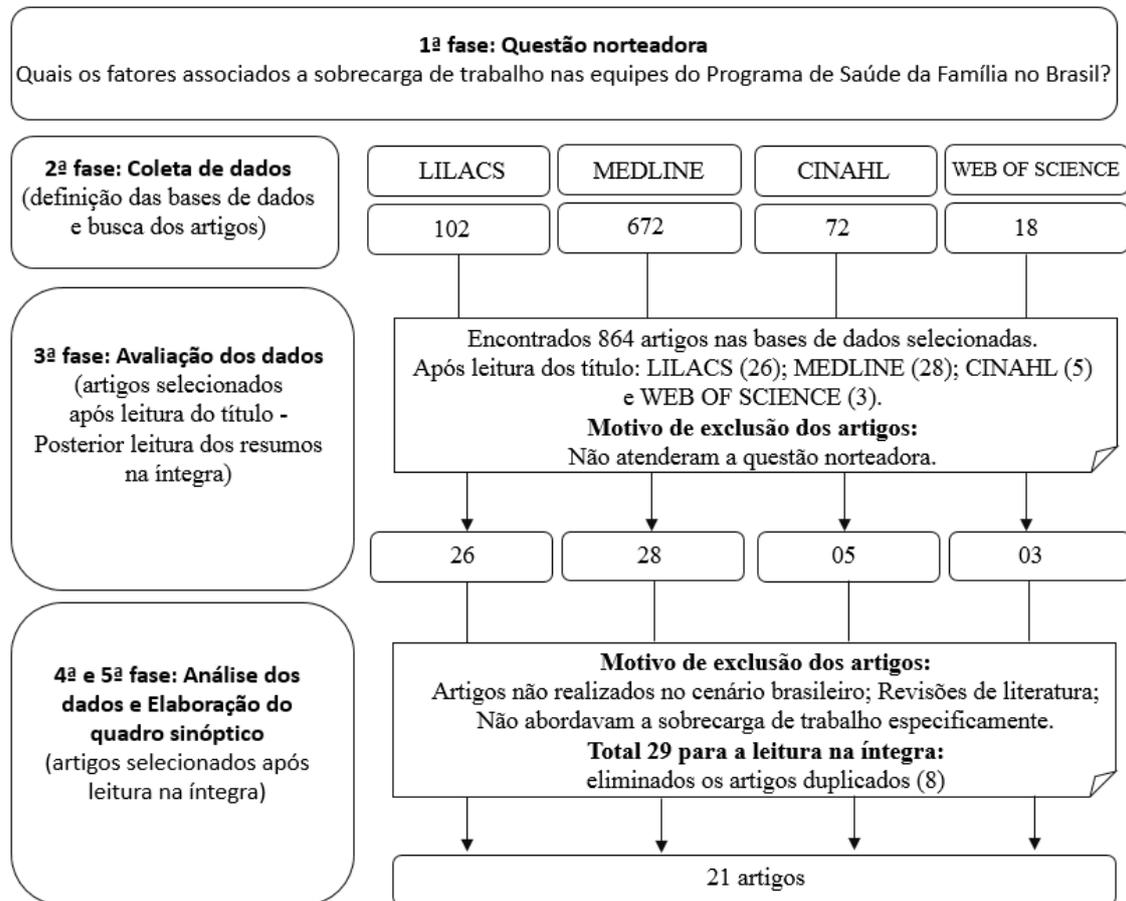
O levantamento bibliográfico foi realizado durante o período de outubro de 2018, nas seguintes Bases de dados: LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde) via BVS (Biblioteca Virtual em Saúde); MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde) Via PUBMED; CINAHL, (“Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature”) e WEB OF SCIENCE (“Science Citation Index, Social Science Citation Index, Arts and Humanities Citation Index”), acessadas no Portal de Periódicos da CAPES. Utilizaram-se os seguintes descritores: Pessoal de saúde; Carga de trabalho; Esgotamento Profissional e Atenção Primária à Saúde.

A estratégia de busca na base PubMed guiou-se pelos termos: (“Health Personnel”[Mesh] OR “Health Personnel”[Title/Abstract]) AND (“Workload”[Mesh] OR “Burnout, Professional”[Mesh] OR Workload[Title/Abstract] OR workloads[Title/Abstract] OR “Professional Burnout”[Title/Abstract] OR burnout[Title/Abstract])) AND (“Primary Health Care”[Mesh] OR “Family Health Strategy”[Title/Abstract] OR “Primary Health Care”[Title/Abstract] OR “Primary Healthcare”[Title/Abstract] OR “Primary Care”[Title/Abstract]) AND “published last 10 years”[Filter]. Estratégias equivalentes foram adotadas para as demais Bases.

Foram incluídos artigos publicados em inglês; espanhol e português, nos últimos dez anos, que apresentassem Resumos e informações acerca da sobrecarga de trabalho entre profissionais da Estratégia Saúde da Família. Foram excluídos os textos que abordaram a sobrecarga de trabalho em outras modalidades de serviços de saúde e que não foram desenvolvidos na APS brasileira.

A pesquisa nas Bases de dados resultou em 864 artigos, os quais passaram por uma primeira seleção de leitura dos títulos, e posterior leitura dos Resumos dos 62 artigos selecionados pelo título. Ao término das duas etapas, resultaram 29 artigos, que foram lidos na íntegra, e, após a retirada dos artigos duplicados, selecionou-se 21 artigos (Figura 1).

Figura 1 – Fluxo de processo de seleção dos estudos para a revisão integrativa. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2018.



Fonte: os autores.

Os artigos foram lidos na íntegra com a utilização de instrumento elaborado pelas autoras para nortear a coleta, síntese; organização e análise dos dados, com o propósito de extrair e organizar as informações (Kakushi; Évora, 2016). Os dados foram organizados de acordo com: nome do artigo; ano de publicação; autores; resultados e recomendações/conclusões.

Na análise, foram identificados e categorizados os dados relevantes, utilizando-se os passos e princípios da Análise Temática (Minayo, 2006). Para isso, realizou-se uma leitura fluente dos dados coletados, buscando identificar as similaridades e diferenças dos conteúdos. Posteriormente, os dados foram classificados e agregados nas categorias: Características sociodemográficas e formativas; Dificuldades nos relacionamentos interpessoais no trabalho e Problemas gerenciais. Os dados foram interpretados, discutidos e articulados com a literatura pertinente ao tema.

3 RESULTADOS

No quadro 1 são apresentados o ano de publicação, periódico e método adotado nos artigos que compuseram a amostra.

Quadro 1 - ano de publicação, periódico e método adotado nos artigos selecionados.

Ano	Periódico	Método
2010	Rev Esc Enferm USP	Quantitativa
2012	Saúde Soc	Qualitativa
2012	Rev Gaúcha Enferm.	Qualitativa
2010	Cad. Saúde Pública	Quantitativa
2011	Rev APS	Qualitativa
2015	Ciência & Saúde Coletiva	Quantitativa
2014	Cad. Saúde Colet.	Quantitativa
2018	Trab. Educ. Saude	Quantitativa
2015	Complementary and Alternative Medicine	Quantitativa
2016	R Bras Ci Saúde	Quantitativa e Qualitativa
2011	Ciência & Saúde Coletiva	Qualitativa
2011	Ciência & Saúde Coletiva	Qualitativa
2010	RFO, Passo Fundo	Qualitativa
2014	Ciência & Saúde Coletiva	Quantitativa
2013	Texto Contexto Enferm	Qualitativa
2015	Rev Gaúcha Enferm.	Quantitativa
2014	Rev. Psicol., Organ. Trab	Quantitativa
2009	Rev. Enferm. UERJ	Qualitativa
2011	Rev. Enferm. UERJ	Qualitativa
2012	Saúde Soc. São Paulo	Qualitativa
2012	Psicologia: Reflexão e Crítica	Quantitativa

Fonte: os autores.

O estudo mostrou uma homogeneidade no quantitativo de publicações no que tange ao período, com exceção dos anos de 2008 e 2017, em que não se identificou investigações nessa temática.

Em face do método adotado nos artigos, houve predomínio das abordagens quantitativas e qualitativas, sendo que 47,6% eram de abordagem quantitativa, 47,6% de abordagem qualitativa e 4,8% foi estudo misto, trabalhando os dois tipos de método.

Em relação ao cenário de pesquisa dos estudos selecionados, observou-se que 42,8% foram desenvolvidos na região Sul do Brasil (Trindade; Pires, 2013; Medeiros *et al.*, 2016;

Maissiat *et al.*, 2015; Silveira *et al.*, 2014; Costa *et al.*, 2012; Trindade; Lautert, 2010; Garcia *et al.*, 2010; Gomes *et al.*, 2010); 33% na região Sudeste 5,19-25; 19% na região Nordeste (Silva *et al.*, 2015; Santos *et al.*, 2014; Albuquerque *et al.*, 2012; Feliciano *et al.*, 2011) e 4,8% na região Centro-Oeste (Scherer; *et al.*, 2016).

Acerca dos profissionais entrevistados nos artigos selecionados, 66,6% dos artigos entrevistaram todos os profissionais atuantes na ESF (Trindade; Pires, 2013; Kanno *et al.*, 2012; Medeiros *et al.*, 2016; Maissiat *et al.*, 2015; Silveira *et al.*, 2014; Trindade; Lautert, 2010; Garcia *et al.*, 2010; Martins *et al.*, 2014; Atanes *et al.*, 2015; Lima *et al.*, 2018; Silva *et al.*, 2011; Silva *et al.*, 2015; Albuquerque *et al.*, 2012); 28,6% apenas os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (Costa *et al.*, 2012; Pierantoni *et al.*, 2011; Wai; Carvalho, 2009; Santos; David, 2011; Santos *et al.*, 2014; SCHERER *et al.*, 2016) e 4,8% somente cirurgiões-dentistas (Gomes *et al.*, 2010) e 4,8% envolveu somente médicos que atuavam na ESF (Feliciano *et al.* 2011).

A categoria características sociodemográficas e formativas envolvidas na sobrecarga de trabalho englobam a fragilidade na atuação profissional, detectada em 71,4% dos artigos (Trindade; Pires, 2013; Kanno *et al.*, 2012; Medeiros *et al.*, 2016; Maissiat *et al.*, 2015; Costa *et al.*, 2012; Garcia *et al.*, 2010; Gomes *et al.*, 2010; Atanes *et al.*, 2015; Pierantoni *et al.*, 2011; Lima *et al.*, 2018; Wai; Carvalho, 2009; Santos; David, 2011; Santos *et al.*, 2014; Feliciano *et al.*, 2011; Rosa *et al.*, 2012). Assim, sendo, 33,3% dos artigos mencionaram faixa etária igual ou inferior a 30 anos de idade (Maissiat *et al.*, 2015; Silveira *et al.*, 2014; Trindade; Lautert, 2010; Martins *et al.*, 2014; Atanes *et al.*, 2015; Lima *et al.*, 2018; Silva *et al.*, 2015) e 4,8% ter pós-graduação como fatores associados à fragilidade na atuação profissional (Lima *et al.*, 2018).

Na categoria dificuldades nos relacionamentos interpessoais no trabalho verificou-se que 47,6% dos estudos detectaram tensões emocionais nas situações sociais complexas da prática na ESF (Trindade; Pires, 2013; Kanno *et al.*, 2012; Medeiros *et al.*, 2016; Maissiat *et al.*, 2015; Costa *et al.*, 2012; Atanes *et al.*, 2015; Silva *et al.*, 2015; Albuquerque *et al.*, 2012; Rosa *et al.*, 2012) e 28,6% dos artigos identificaram a presença de tensões nas relações interpessoais com a equipe e gestão do serviço (Trindade; Pires, 2013; Maissiat *et al.*, 2015; Costa *et al.*, 2012; Silva *et al.*, 2015; Santos *et al.*, 2014; Rosa *et al.*, 2012).

A categoria problemas gerenciais identificou que 71,4% dos estudos evidenciaram demanda excessiva de atividades (Trindade; Pires, 2013; Medeiros *et al.*, 2016; Maissiat *et al.*, 2015; Costa *et al.*, 2012, Gomes *et al.*, 2010; Pieratoni *et al.*, 2011; Lima *et al.*, 2018; Silva, 2011; Wai; Carvalho, 2009; Santos; David, 2011; Silva *et al.*, 2015; Santos *et al.*, 2014; Albuquerque *et al.*, 2012; Feliano *et al.*, 2011; Rosa *et al.*, 2012); 42,9% das investigações

encontraram condições precárias de trabalho (Medeiros *et al.*, 2016; Maissiat *et al.*, 2015; Silveira *et al.*, 2014; Garcia *et al.*, 2010; Martins *et al.*, 2014; Silva, 2011; Santos *et al.*, 2014; Albuquerque *et al.*, 2012; Rosa *et al.*, 2012); 28,6% dos artigos mencionaram desvalorização dos profissionais (Trindade; Pires, 2013; Costa *et al.*, 2012; Trindade; Lautert, 2010; Silva *et al.*, 2015; Santos *et al.*, 2014; Albuquerque *et al.*, 2012); 19,1% das investigações discorreram burocratização das atividades dos profissionais (Kanno *et al.*, 2012; Medeiros *et al.*, 2016; Pierantoni *et al.*, 2011; Feliciano *et al.*, 2011) e 9,5% citaram política partidária (Trindade; Pires, 2013; Medeiros *et al.*, 2016).

Quadro 2 - Fatores de risco associados na sobrecarga de trabalho em profissionais atuantes na Atenção Primária à saúde.

<p>1. Características sociodemográficas e Formativas</p>	<p>Fragilidade na Atuação Profissional (Trindade; Pires, 2013; Kanno <i>et al.</i>, 2012; Medeiros <i>et al.</i>, 2016; Maissiat <i>et al.</i>, 2015; Costa <i>et al.</i>, 2012; Garcia <i>et al.</i>, 2010; Gomes <i>et al.</i>, 2010; Atanes <i>et al.</i>, 2015; Pierantoni <i>et al.</i>, 2011; Lima <i>et al.</i>, 2018; Wai; Carvalho, 2009; Santos; David, 2011; Santos <i>et al.</i>, 2014; Feliciano <i>et al.</i>, 2011; Rosa <i>et al.</i>, 2012).</p> <p>Profissional Jovem (Maissiat <i>et al.</i>, 2015, Silveira <i>et al.</i>, 2014; Trindade; Lautert, 2010; Martins <i>et al.</i>, 2014; Atanes <i>et al.</i>, 2015; Lima <i>et al.</i>, 2018; Silva <i>et al.</i>, 2015)</p> <p>Ser Pós-Graduado (Lima <i>et al.</i>, 2018)</p>
<p>2. Dificuldades nos relacionamentos interpessoais no trabalho</p>	<p>Tensão Emocional Nas Situações Sociais Complexas Da Prática (Trindade; Pires, 2013; Kanno <i>et al.</i>, 2012; Medeiros <i>et al.</i>, 2016; Maissiat <i>et al.</i>, 2015; Costa <i>et al.</i>, 2012; Atanes <i>et al.</i>, 2015; Silva <i>et al.</i>, 2015; Albuquerque <i>et al.</i>, 2012; Feliciano <i>et al.</i>, 2011; Rosa <i>et al.</i>, 2012).</p> <p>Tensões Nas Relações Interpessoais Com A Equipe E Gestão (Trindade; Pires, 2013; Maissiat <i>et al.</i>, 2015; Costa <i>et al.</i>, 2012; Silva <i>et al.</i>, 2015; Santos <i>et al.</i>, 2014; Rosa <i>et al.</i>, 2012).</p>
<p>3. Problemas Gerenciais</p>	<p>Demanda Excessiva De Atividades (Trindade; Pires, 2013; Medeiros <i>et al.</i>, 2016; Maissiat <i>et al.</i>, 2015; Costa <i>et al.</i>, 2012; Gomes <i>et al.</i>, 2010; Pierantoni <i>et al.</i>, 2011; Lima <i>et al.</i>, 2018; Silva, 2011; Wai; Carvalho, 2009; Santos; David, 2011; Silva <i>et al.</i>, 2015; Santos <i>et al.</i>, 2014; Albuquerque <i>et al.</i>, 2012; Feliciano <i>et al.</i>, 2011; Rosa <i>et al.</i>, 2012).</p> <p>Desvalorização Dos Profissionais (Trindade; Pires, 2013; Costa <i>et al.</i>, 2012; Trindade; Lautert, 2010; Silva <i>et al.</i>, 2015; Santos <i>et al.</i>, 2014; Albuquerque <i>et al.</i>, 2012)</p> <p>Burocratização Das Atividades Dos Profissionais (Kanno <i>et al.</i>, 2012; Medeiros <i>et al.</i>, 2016; Pierantoni <i>et al.</i>, 2011; Feliciano <i>et al.</i>, 2011).</p> <p>Condições Precárias De Trabalho (Medeiros <i>et al.</i>, 2016; Silveira <i>et al.</i>, 2014; Garcia <i>et al.</i>, 2010; Martins <i>et al.</i>, 2014; Silva, 2011; Santos <i>et al.</i>, 2014; Albuquerque <i>et al.</i>, 2012; Rosa <i>et al.</i>, 2012).</p> <p>Política Partidária (Trindade; Pires, 2013; Medeiros <i>et al.</i>, 2016)</p>

Fonte: os autores

A quantidade de participantes dos estudos variou de 22 a 450 profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF). Houve predomínio do sexo feminino com variação entre 83% e 85,6%.

A média de idade dos participantes foi entre 32 e 44,9 anos. O tempo de trabalho manteve-se entre sete e dez anos.

O tipo de contrato variou entre os estudos. No Rio Grande do Sul (Maissiat *et al.*, 2015) observou prevalência de 78,1% de contratos temporários; em João Pessoa (Albuquerque *et al.*, 2012) houve prevalência de 60,5% entre concursados e em Juiz de Fora (Lima *et al.*, 2018) índices de 87%, principalmente, na categoria ACS. Vale salientar que a maioria dos estudos não especificou o tipo de contrato, portanto, não se pode afirmar que o mesmo influenciou na sobrecarga de trabalho dos profissionais da ESF. Entretanto, a literatura (Santos; David, 2011) salienta que as condições de contratação de profissionais influenciam na percepção de sobrecarga de trabalho, uma vez que variam entre os municípios, não sendo raros os modelos de contratação instável e temporária e a falta de incentivos para a dedicação exclusiva.

A fragilidade na atuação profissional foi compreendida pelas dificuldades no exercício da profissão. A falta de capacitação no início do exercício profissional na ESF gera carga psíquica, por não ter definições claras das atividades a serem desenvolvidas, principalmente, no que tange aos ACS (Pierantoni *et al.*, 2011; Santos; David, 2011; Rosa *et al.*, 2012) e a equipe de Enfermagem (Lima *et al.*, 2018).

Adicionalmente, ser profissional jovem com menos de 30 anos revelou-se como um fator predisponente ao esgotamento profissional e prejuízos à saúde (Maissiat *et al.*, 2015; Trindade; Lautert, 2010; Gomes *et al.*, 2010; Martins *et al.*, 2014; Silva *et al.*, 2015). Pesquisa conduzida com 107 profissionais em três municípios de pequeno porte da Zona da Mata Mineira (Martins *et al.*, 2014) mostrou que ter mais de 30 anos reduzia em até 2,2 vezes as chances de ter esgotamento profissional. A possível explicação pauta-se em que ter menor experiência para lidar com as questões e problemas sociais da comunidade gera sensação de insegurança e aumenta as chances de apresentar esgotamento profissional (Maissiat *et al.*, 2015; Martins *et al.*, 2014). Desse modo, ter a primeira experiência profissional na (ESF) aumentou em quatro vezes a chance de desenvolver esgotamento profissional (Martins *et al.*, 2014).

Em contraste, pesquisa em Porto Alegre (Silveira *et al.*, 2014) com 207 profissionais, constatou por meio de regressão linear múltipla, que ter mais tempo de serviço indica maior índice de adoecimento por estarem expostos à baixa resolutividade dos atendimentos, resultando em frustração (Silveira *et al.*, 2014).

Isso reforça a necessidade da gestão em saúde para desenvolver atividades que visem o acolhimento das demandas subjetivas dos profissionais, bem como, a realização de capacitações e espaços em que sejam valorizados o compartilhamento e a troca de experiências entre

profissionais para a capacitação técnica, com fundamentação nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a promoção da saúde do trabalhador.

Equipes incompletas e sobrecarga de atividades ocasionam maior predisposição para problemas de saúde e insatisfação profissional (Kanno *et al.*, 2012; Medeiros *et al.*, 2016; Maissiat *et al.*, 2015; Costa *et al.*, 2012; Gomes *et al.*, 2010; Atanes *et al.*, 2015; Wai; Carvalho, 2009; Santos; David, 2011; Santos *et al.*, 2014; Feliciano *et al.*, 2011). As mudanças ocorridas na nova Política nacional de AB, juntamente com os incentivos financeiros e as avaliações que ocorrem por meio do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da APS (PMAQ-AB), culminam no paradoxo da produtividade em números de consultas e visitas domiciliares, em detrimento de atividades coletivas com foco na promoção à saúde. Portanto, fica evidente, que a produtividade tem forte ligação com as ações de caráter biomédico, o que enfraquece a ESF.

Estudo qualitativo, com médicos da ESF em Recife, sinalizou que a maioria dos participantes se sentiam impotentes e frustrados diante de um processo de regulação do desempenho, centrado na cobrança de produtividade por metas, ritmos excessivos e prazos curtos (Feliciano *et al.*, 2011).

Naquele contexto, as tarefas acabavam por acontecerem sem planejamento cronológico, com a execução de atividades superpostas e com interrupções e intervenções constantes, o que indicava prejuízos para o alcance dos objetivos da ESF (WAI; CARVALHO, 2009; Santos; David, 2011; Feliciano *et al.*, 2011). Assim, as ações coletivas e as situações de maior complexidade, como o atendimento de usuários com sofrimento psíquico e vítimas de violência, que demandam maior tempo, não eram computadas na produtividade exigida pelos gestores, ficando na invisibilidade (Santos; David, 2011).

Essa realidade reflete as perdas ocorridas na atenção primária nos últimos anos, a crise político-social e econômica que atingiu o Brasil, os baixos salários ofertados aos profissionais, a alta rotatividade em função da política partidária (Trindade; Pires, 2013; Medeiros *et al.*, 2016) e o distanciamento dos princípios norteadores do SUS, por parte dos gestores dos serviços.

A política partidária é encontrada em diversos cenários brasileiros, com crescente número de profissionais contratados e a rotatividade em detrimento da condução política, fragilizando as relações e o fortalecimento de vínculo dos profissionais com os usuários, que deveriam ser priorizados pela gestão. Esse cenário dificulta a criação de vínculo da população com o trabalhador da APS, influenciando de forma direta no desenvolvimento de estresse,

sobrecarga de trabalho, insatisfação e qualidade da assistência prestada (Trindade; Pires, 2013; Medeiros *et al.*, 2016).

Os profissionais que atuam na APS vivenciam tensões emocionais nos contextos psicossociais complexos praticado cotidiano de trabalho. São profissionais que lidam com a insegurança e o medo em trabalhar em áreas perigosas e susceptíveis de violência urbana (Trindade; Pires, 2013; Wai; Carvalho, 2009; Santos; David, 2011; Feliciano *et al.*, 2011). A falta de saneamento básico em algumas áreas e a falta de resolução dos problemas da comunidade aumenta em três vezes a chance de apresentar esgotamento profissional (Martins *et al.*, 2014).

Em decorrência, os profissionais discorrem que se sentem mais estressados quando os usuários os culpam por não resolver seus problemas (Gomes *et al.*, 2010; Santos; David, 2011; Rosa *et al.*, 2012). Nessa perspectiva, o processo de trabalho os torna menos empáticos para com o outro; a forma de produção quantitativa os endurece e faz com que não se preocupem efetivamente com os usuários (Martins *et al.*, 2014).

O ACS é a categoria profissional que mais apresenta risco de estresse na ESF. Este profissional vive na mesma comunidade que os usuários residem; a horizontalidade nas relações gera vínculos tão próximos que o sofrimento do usuário do serviço impacta no estado de saúde do profissional (Costa *et al.*, 2012; Pierantoni *et al.*, 2011; Wai; Carvalho, 2009; Santos; David, 2011; Santos *et al.*, 2014; Rosa *et al.*, 2012). Adicionalmente, esses trabalhadores referem medo de se envolver e denunciar os casos de violência doméstica, o que pode lhes acarretar sofrimento psíquico (Santos; David, 2011).

Por outro lado, a criação de vínculo com os usuários é um dos motivos de satisfação atribuídos pelos profissionais no Nordeste do Brasil (Silva *et al.*, 2015). A relação harmoniosa estabelecida com os usuários faz com que os profissionais se sintam mais tranquilos e satisfeitos por saber que influenciam na criação de hábitos saudáveis e no estímulo do cuidado de si na vida das pessoas (Trindade; Pires, 2013; Maissiat *et al.*, 2015; Silveira *et al.*, 2014; Pierantoni *et al.*, 2011; Silva *et al.*, 2015; Santos *et al.*, 2014). Nesta perspectiva, a satisfação no trabalho faz com que os profissionais se sintam menos esgotados (Martins *et al.*, 2014).

As autoras ressaltam que tecnologias de cuidado, como o acolhimento e o vínculo deveriam ser valorizadas pela gestão em saúde, por se constituírem molas propulsoras para o cuidado de excelência, quando os profissionais se voltam ao usuário com o desejo de conhecer suas necessidades, para que sejam supridas, sem deixar de levar em consideração sua autonomia e corresponsabilização.

Outros fatores considerados estressantes e causadores de problemas de saúde física e psíquica dos profissionais estão relacionadas às barreiras na comunicação com a gestão e com a equipe (Trindade; Pires, 2013; Maissiat *et al.*, 2015; Costa *et al.*, 2012; Silva *et al.*, 2015; Santos *et al.*, 2014; Rosa *et al.*, 2012). O despreparo dos gestores, seja pela falta de experiência no cargo, ou pelas relações hierarquizadas verticalizadas e autoritárias, geram sobrecarga de trabalho entre os profissionais (Rosa *et al.*, 2012).

Desse modo, a falta de organização no processo de trabalho, juntamente com o número insuficiente de profissionais para a demanda, resulta em um acúmulo de atividades, sendo observada em todas as regiões do Brasil (Trindade; Pires, 2013; Medeiros *et al.*, 2016; Maissiat *et al.*, 2015; Wai; Carvalho, 2009; Santos; David, 2011; Santos *et al.*, 2014; Feliciano *et al.*, 2011). A insatisfação com o trabalho, resultante da sobrecarga, tem como principais desencadeadores as falhas na gestão, como na elaboração de escala e na realocação de pessoal frente às faltas (Silva, 2011), bem como no não cumprimento das horas de trabalho estabelecidas que acabam sendo extrapoladas (Lima *et al.*, 2018), ocasionando, dessa forma, uma demanda laboral excessiva (Costa *et al.*, 2012; Gomes *et al.*, 2010; Pierantoni *et al.*, 2011; Rosa *et al.*, 2012).

A desvalorização dos profissionais está relacionada à precarização do SUS, que leva à desvalorização salarial, bem como a redução de premiações e bonificações, juntamente com a ausência de reconhecimento pelo trabalho (Silva *et al.*, 2015), que é crucial para a realização profissional do trabalhador.

Scherer, 2016 afirma que o descontentamento com a remuneração é o aspecto que mais impacta na percepção de carga de trabalho entre os profissionais atuantes na APS. Este fato pode ser visualizado apresentando maior índice de exaustão e sobrecarga dos profissionais que não são bem remunerados (Albuquerque *et al.*, 2012). A baixa remuneração é tida ainda como limitação profissional, por não possibilitar aos trabalhadores enxergar qualquer perspectiva de futuro na profissão em que atuam (Costa *et al.*, 2012) e por não favorecer ao trabalho executado com mais compromisso e envolvimento (Trindade; Pires, 2013).

As condições precárias de trabalho, que são inúmeras, dentre elas a falta/má administração de recursos; a deficiente infraestrutura das unidades, consequentes da crise econômica brasileira atual, que reflete diretamente nos serviços públicos de saúde, afetam o cotidiano do profissional da saúde (Medeiros *et al.*, 2016; Silveira *et al.*, 2014; Albuquerque *et al.*, 2012; Rosa *et al.*, 2012).

Estudos realizados com trabalhadores da APS dos estados do Rio Grande do Sul e de Sergipe revelam que além da poluição sonora; mobília inadequada e a escassez de

materiais/equipamentos básicos serem críticos para a prestação de cuidado, são também causadores de estresse (Maissiat *et al.*, 2015; Gomes *et al.*, 2010; Santos *et al.* 2014).

Os autores dos referidos estudos chamam atenção para os problemas de saúde que acometem os profissionais da ESF. Os profissionais reconhecem que seu estado de saúde exerce influência no seu desempenho profissional (Medeiros *et al.*, 2016). Em complementação, são alarmantes os percentuais de absenteísmo apresentados pelos profissionais. Cerca de 20,7% a 41% tiveram abstenção do trabalho por problemas físicos e psíquicos (Silveira *et al.*, 2014; Feliciano *et al.*, 2011).

A prevalência de síndrome de Burnout variou de 10,8% a 51% entre os profissionais da ESF (Silveira *et al.*, 2014; Martins *et al.*, 2014; Lima *et al.*, 2018; Silva *et al.*, 2015; Albuquerque *et al.*, 2012). A exaustão emocional esteve presente em 20,6% dos profissionais (Martins *et al.*, 2014) e apresentou índices superiores a 64% em Aracaju (Silva *et al.*, 2015), no Nordeste brasileiro. Os profissionais expressaram-se esgotados; exaustos; frustrados e estressados com os processos de trabalho (Trindade; Pires, 2013; Silva *et al.*, 2015). A despersonalização esteve presente em 21,1% (Martins *et al.*, 2014) e alcançou índices de 50% (Silva *et al.*, 2015). A baixa realização profissional variou entre 20,6% e 32% (Caçador *et al.*, 2015; Silva *et al.*, 2015). Os ACS relataram maior desejo de abandonar a profissão por apresentarem o sentimento de desconforto; desilusão com a profissão e que o exercício profissional não lhes era fonte de realização pessoal (Silva *et al.*, 2015, Rosa *et al.*, 2012).

Estudos acerca do estado de saúde e a qualidade de vida desses profissionais constataram a presença de queixas físicas; sofrimento psíquico; uso de benzodiazepínicos e absenteísmo (Medeiros *et al.*, 2016; Maissiat *et al.*, 2015; Silveira *et al.*, 2014; Gomes *et al.*, 2010; Atanes *et al.*, 2015; Santos; David, 2011; Albuquerque *et al.*, 2012; Feliciano *et al.*, 2011). Dentre as principais queixas físicas, 67,8% apresentaram problemas musculoesquelético e cefaleia (Medeiros *et al.*, 2016; Santos *et al.*, 2014; Feliciano *et al.*, 2011); 45% cansaço (Santos *et al.*, 2014); 21,8% obesidade (Garcia *et al.*, 2010) e 10% insônia (Santos *et al.*, 2014). Quanto aos problemas psíquicos, 74% apresentaram Transtorno Mental Comum (TMC) (Silveira *et al.*, 2014); 48% apresentaram depressão (Santos *et al.*, 2014) e 7,2% irritabilidade (Santos *et al.*, 2014).

Destaca-se a preocupação sinalizada pelos participantes com relação ao uso de benzodiazepínicos. O uso de benzodiazepínicos está relacionado ao aumento do esgotamento profissional (Martins *et al.*, 2014). A ausência de lazer, de não praticarem exercício físico e não buscarem ajuda profissional se apresenta como uma consequência do esgotamento profissional

e pode resultar em maior risco para o suicídio (Medeiros *et al.*, 2016; Trindade; Lautert, 2010; Garcia *et al.*, 2010; Martins *et al.*, 2014).

Mesmo considerando o trabalho desgastante ou frente ao desprestígio e desvalorização social, e diante de todos os percalços da estrutura da Atenção Primária no cenário brasileiro, os profissionais se sentem úteis pela satisfação do usuário ao seu trabalho e pelo poder transformador do vínculo e promoção da autonomia, para torná-lo agente de seu próprio cuidado. O êxito no cuidado em saúde torna os profissionais e usuários mais sensíveis, críticos e responsivos na prática transformadora e humanizada em saúde.

A provocação que as autoras do presente estudo fazem, contextualizando a sobrecarga de trabalho dos profissionais da ESF, é para que se pense acerca dos rumos que a ESF está tomando, cuja avaliação de suas ações acarreta a perda identitária de seus princípios norteadores e que isso tem impacto direto na execução do trabalho desses profissionais.

O presente estudo possibilita uma nova visão ampliada sobre a dimensão da sobrecarga incidente nos profissionais de saúde e seu impacto sobre a produtividade e bem-estar deles. Representa ponto de partida para criação de políticas de saúde que incluam medidas de proteção ao trabalhador, resultando em melhor assistência ao usuário e satisfação do profissional. Não obstante, é fundamental no processo de criação de uma atenção primária à saúde integral, o cuidado com o cuidador.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais da ESF estão vivenciando processos de trabalho que ocasionam sofrimento físico e psíquico. Os fatores mais predisponentes associados à sobrecarga de trabalho foram: a falta de capacitação para o exercício profissional na ESF, as condições psicossociais complexas nas comunidades, que impactam na violência urbana.

Os baixos salários ofertados pelos municípios refletem a desvalorização social, juntamente a isso, o processo de trabalho centralizado na produtividade quantitativa de atendimentos leva a uma contribuem para a sobrecarga de trabalho. A alta rotatividade e o número insuficiente de profissionais refletem nas tensões estabelecidas com os usuários e com a equipe.

O relacionamento da gestão com os profissionais, tendendo à hierarquização verticalizada de poder, faz com que os profissionais se sintam insatisfeitos e não tenham autonomia para o gerenciamento de suas atividades. O estresse gerado por essas situações

conflituosas acarreta problemas musculoesquelético; cefaleia; tensão muscular; insônia; depressão; irritabilidade e absenteísmo, gerando mais custos aos municípios.

Diante disso, é preciso rever os processos de trabalho, bem como as estratégias para promover a saúde do trabalhador, a configuração das relações interprofissionais, privilegiando o diálogo, o espaço de fala, para acolher as angústias, os medos, as incertezas, de forma que o profissional não se sinta sozinho e perceba o poder transformador de trabalho em rede.

Além disso, deve haver uma reformulação dos mecanismos individuais e coletivos de enfrentamento, valorização pelos gestores, assim como o desenvolvimento de ações que sinalizem a importância desses profissionais para a comunidade. Dessa forma, haverá melhoria na qualidade de vida desses trabalhadores e qualidade do cuidado disponibilizado aos usuários.

Vale pontuar como limitação importante nesse estudo não ter se considerado as particularidades das experiências nos níveis regionais. Portanto, futuros estudos devem aprofundar-se nessa temática, considerando as experiências de diferentes municípios do Brasil.

REFERÊNCIAS

KUMAR, Pawan *et al.* **A comparative study of job satisfaction among regular and staff on contract in the primary health care system in Delhi, India.** 2. Ed. Índia: J Family Community Med, 2014. 112-118 p. v. 21.

TRINDADE, Leticia De Lima; PIRES, Denise Elvira Pires De. **Implicações dos modelos assistenciais da atenção básica nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde.** 1. Ed. Florianópolis: Texto contexto enferm, 2013. 36-42 p. v. 22.

TELES, Mariza Alves Barbosa *et al.* **Psychosocial work conditions and quality of life among primary health care employees: a cross sectional study.** Minas Gerais: Health and Quality of Life Outcomes, 2014. 72 p. v. 12.

CAÇADOR, Beatriz Santana *et al.* **Ser enfermeiro na estratégia de saúde da família: desafios e possibilidades.** 3. Ed. Belo Horizonte, Minas Gerais: Reme: Rev Min Enferm. 2015. 612-9 p. v. 19.

KANNO, Natália de Paula *et al.* **Profissionais da Estratégia Saúde da Família diante de demandas médico-sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento.** 4. Ed. São Paulo: Saúde Soc. 2012. 884-94 p. v. 21.

ZHANG, Mingji *et al.* **Job satisfaction of urban community health workers after the 2009 healthcare reform in China: a systematic review.** 1. Ed. China: Int J Qual Health Care. 2016. 14-21 p. v. 28.

AMIRI, Mohammad *et al.* **Burnout and its Influencing Factors among Primary Health Care Providers in the North East of Iran.** Irã: PLoS One. 2016. 8;11 p.

AZAMBUJA, João Vinícius Ribeiro. **Jornada de trabalho na atenção Básica: uma análise das percepções de profissionais de saúde.** Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Trabalho de Conclusão de Curso em Saúde Coletiva. 2016.

MENDES, Karina Dal Sasso *et al.* **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem.** 4. Ed. Florianópolis: Texto Contexto Enferm. 2008. 758-64 p. v. 17.

KAKUSHI, Luciana Emi; ÉVORA, Yolanda Dora Martinez. **As redes sociais na educação em enfermagem: revisão integrativa da literatura.** Rev Latino-Am Enferm. 2016. 24: e2709.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento.** Pesquisa qualitativa em saúde. 9. Ed. São Paulo: Hucitec. 2006.

MEDEIROS, Paulo Adão *et al.* **Condições de saúde entre Profissionais da Atenção Básica em Saúde do Município de Santa Maria – RS.** 2. Ed. Santa Maria: Rev Bras Cien Saúde. 2016. 115-122 p. v. 20.

MAISSIAT, Greisse da Silveira *et al.* **Contexto de trabalho, prazer e sofrimento na atenção básica em saúde.** 2. Ed. Rio Grande do Sul: Rev Gaúcha Enferm. 2015. 42-9 p. v. 36.

SILVEIRA, Stelyus Leônidas Mariano *et al.* **Preditores da Síndrome de Burnout em profissionais da saúde na atenção básica de Porto Alegre/RS.** 4. Ed. Porto Alegre: Cad Saúde Colet. 2014. 386-92 p. v. 22.

COSTA, Marta Cocco *et al.* **Processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: possibilidades e limites.** 3. Ed. Rio Grande do Sul: Rev Gaúcha Enferm. 2012. 134-40 p. v. 33.

TRINDADE, Leticia Lima; LAUTERT, Liana. **Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família.** 2. Ed. Santa Maria: Rev Esc Enferm USP. 2010. 274-9 p. v. 44.

GARCIA, Leila Posenato *et al.* **Auto-avaliação de saúde e condições de trabalho entre trabalhadores de centros de atenção primária à saúde no Brasil.** 5. Ed. Florianópolis: Cad Saúde Pública. 2010. 971-80 p. v. 26.

GOMES, Doris *et al.* **Satisfação e sofrimento no trabalho do cirurgião-dentista.** 2. Ed. Florianópolis: RFO. 2010. 104-10 p. v. 15.

MARTINS, Leonardo Fernandes *et al.* **Esgotamento entre profissionais da Atenção Primária à Saúde.** 12. Ed. Juiz de Fora: Ciênc Saúde Colet. 2014. 4739-50 p. v. 19.

ATANES, Ana Cristina Melo *et al.* **Mindfulness, perceived stress, and subjective well-being: a correlational study in primary care health professional.** 303. Ed. Brasil: BMC Complement Altern Med. 2015. 1-7 p. v. 15.

PIERANTONI, Célia Regina *et al.* **Carga de trabalho de um profissional típico da Atenção Primária em Saúde no Brasil: os agentes comunitários de saúde.** 4. Ed. Juiz de Fora: Revista de Atenção Primária à Saúde, Juiz de Fora. 2011. 490-6 p. v. 14.

LIMA, Amanda de Souza *et al.* **Análise da prevalência da síndrome de burnout em profissionais da atenção primária em saúde.** 1. Ed. Juiz de Fora: Trab Educ Saúde. 2018. 283-304 p. v. 16.

SILVA, Nilson Rogério. **Fatores determinantes da carga de trabalho em uma unidade básica de saúde.** 8. Ed. São Paulo: Ciênc. Saúde Colet. 2011. 3393-402 p. v. 16.

WAI, Mey Fan Porfírio; CARVALHO, Ana Maria Pimenta. **O trabalho do agente comunitário de saúde: fatores de sobrecarga e estratégia de enfrentamento.** 4. Ed. São Paulo: Rev Enferm UERJ. 2009. 563-8 p. v. 17.

SANTOS, Luiz Fernando Boiteux; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. **Percepções do estresse no trabalho pelos agentes comunitários de saúde.** 1. Ed. Rio de Janeiro: Rev Enferm UERJ. 2011. 52-7 p. v. 19.

SILVA, Salvyana Carla Palmeira Sarmiento *et al.* **A síndrome de burnout em profissionais da Rede de Atenção Primária à Saúde de Aracaju, Brasil.** 10. Ed. Aracaju: Ciênc Saúde Colet. 2015. 3011-20 p. v. 20.

SANTOS, Italo Emanuel Rolemberg *et al.* **Estressores laborais em agentes comunitários de saúde.** 3. Ed. Aracaju: Rev Psicol Organ Trab. 2014. 324-35 p. v. 14.

ALBUQUERQUE, Francisco José Batista *et al.* **Avaliação da síndrome de burnout em profissionais da Estratégia Saúde da Família da capital paraibana.** 3. Ed. João Pessoa: Psicol Reflex Crít. 2012. 542-9 p. v. 25.

FELICIANO, Katia Virginia Oliveira *et al.* **Burnout entre médicos da Saúde da Família: os desafios da transformação do trabalho.** 8. Ed. Recife: Ciênc. Saúde Colet. 2011. 3373-82 p. v. 16.

ROSA, Alcindo José *et al.* **O sofrimento psíquico de agentes comunitários de saúde e suas relações com o trabalho.** 1. Ed. Rondonópolis: Saúde Soc. 2012. 141-52 p. v. 21.

SCHERER, Magda Duarte Anjos *et al.* **Aumento das cargas de trabalho em técnicos de enfermagem na atenção primária à saúde no Brasil.** 1. Ed. Brasil: Trab Educ Saúde. 2016. 89-104 p. v. 14.

EDUCAÇÃO PERMANENTE NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DIRECIONADA À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Augusto Ciro Jacques¹
Cheila Cantarino da Silveira
Jussara Cristina Aparecida de Souza Monteiro
Livia Fernandes Pêgo²
Marcela Nolasco³

RESUMO: A Atenção Primária à Saúde (APS) é um componente da Rede Atenção à Saúde, a qual contempla a promoção à saúde, a proteção, a prevenção de agravos, entre outros, incluindo a abordagem as Urgências e Emergências (EU), circunstâncias atípicas nestes serviços. Sendo assim, é indispensável conhecimento, habilidade e atitude para atuarem nessas situações, reconhecendo sintomas e alterações. O presente trabalho teve como objetivo analisar produções científicas recentes sobre a importância da Educação Permanente (EP) no âmbito APS voltado à EU para analisar as evidências que discorriam sobre aspectos que dificultam e facilitam educação permanente na APS. Trata-se de uma revisão bibliográfica tipo integrativa, em busca de publicações nas bases de dados: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), entre os anos de 2011 a 2020 usando descritores: “Educação permanente”, “Atenção Primária à Saúde”, “Urgência”, “Emergência”, “Rede de Atenção”. Após critérios de inclusão e exclusão, permaneceram dez artigos. Oito dos artigos encontrados trazem a falta de conhecimento e habilidade dos profissionais no atendimento de EU na APS. Um artigo apresenta a falta de matérias/equipamentos necessários para o atendimento do SBV, outro além da falta de uma equipe profissional capacitada, constatou a falta de insumos/medicamentos e de uma estrutura física adequada. Um ressalta melhoria significativa no conhecimento teórico/prático após educação EP. Constatou-se o quão recente o atendimento qualificado foi integrado a APS, sendo a EP importante frentes às UE. Destaca-se necessidade de averiguar e mensurar o impacto da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) na assistência.

Palavras-Chave: Urgência. Emergência. Educação Permanente. Atenção Primária à Saúde. Rede de Atenção.

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem como objetivo desenvolver uma atenção holística do indivíduo e da população o qual está inserido. Tendo como característica um conjunto de ações de saúde, coletiva ou individual, que impacta na situação de saúde das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde da coletividade. A qual abrange a

¹ Discente do Curso de Medicina do Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves – UNIPTAN.

² Enfermeiras Pós-graduadas do Curso de Urgência e Emergência da Universidade Presidente Antônio Carlos UNIPAC- Barbacena- MG.

³ Enfermeira pela Universidade Presidente Antônio Carlos. Mestre em Saúde Mental pela Universidade Federal de São João del-Rei.

E-mail para contato: augustojacques250@gmail.com

promoção à saúde, a proteção, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde (BRASIL, 2011).

A APS deve cumprir, nas redes de atenção à saúde, três funções: resolução, coordenação e responsabilização. A função de resolução consiste em solucionar a maioria dos problemas de saúde; a de coordenação consiste em organizar os fluxos e contrafluxos das pessoas e coisas pelos diversos pontos de atenção à saúde na rede; e a de responsabilização consiste em se corresponsabilizar pela saúde dos usuários em quaisquer pontos de atenção em que estejam sendo atendido (Mendes, 2011).

Observando o importante papel da Atenção Primária, conhecida como a principal porta de entrada e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Pode-se considerar que algumas vezes os indivíduos irão solicitar atendimento de urgência e emergência em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), principalmente em cidades de pequeno e médio porte. Pois é este serviço de saúde que se encontra mais próximo da vida das pessoas e muitas vezes pode ser o contato preferencial dos usuários.

Neste sentido a Portaria nº 1.600, DE 7 DE JULHO DE 2011, reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS), ampliando o acesso e acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, incluindo a APS com o objetivo de favorecer o acesso, fortalecer o vínculo e realizar os primeiros cuidados às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário (BRASIL, 2011).

Portanto é essencial que a equipe detenha de conhecimentos, habilidades e atitudes para atuarem nessas situações, reconhecendo sintomas e alterações. Sustentando as funções vitais até que o tratamento apropriado seja instituído (Farias *et al.*, 2015).

Questiona-se então a importância da educação permanente no âmbito APS voltada à urgência e emergência, uma vez que este tipo de atendimento não é comum neste serviço, mas pode ocorrer a qualquer momento, tal questionamento propiciou investigar quais fatores dificultam a educação permanente na atenção básica.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão bibliográfica tipo integrativa, em busca de publicações nas bases de dados: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Biblioteca Virtual de Saúde

(BVS), entre os anos de 2011 e 2020 usando os descritores: “Educação permanente”, “Atenção Primária à Saúde”, “Urgência”, “Emergência”, “Rede de Atenção”.

Esta revisão foi realizada em seis etapas: 1) Identificação do tema e definição do problema, com destaque para relevância da questão para a saúde e a enfermagem; 2) Estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de estudos na busca de dados; 3) Categorização das informações selecionadas; 4) Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; 5) Interpretação dos resultados, comparando-os com o conhecimento teórico prévio; 6) Apresentação da revisão e síntese dos dados obtidos.

A busca dos artigos aconteceu entre os meses de janeiro a junho de 2020. Como critérios de inclusão foram estabelecidos: artigos originais com textos completos disponíveis on-line para download, em português e publicações que abordam a Educação Permanente em Saúde.

Os critérios de exclusão foram: artigos incompletos com métodos inexistentes; artigos não aprovados ou apenas cópia digitalizada não contendo ano de publicação; artigos com mais de dez anos; artigos que não enquadravam no tema estipulado; artigos em idiomas inglês e espanhol e artigos incompletos com páginas faltantes. Os autores de maior relevância analisados foram Mendes (2011) e Ministério da Saúde (2011).

Após o uso dos critérios de inclusão e exclusão foram selecionados 25 artigos. Sendo que apenas 10 artigos, atendiam os critérios estabelecidos.

A escolha dos artigos foi realizada pelos autores diante da leitura dos títulos, do Resumo e das **Palavras-Chave**. Assim, após a pré-seleção, os artigos foram lidos na íntegra e aplicados os critérios de inclusão e exclusão predeterminados.

Quanto às evidências científicas dos estudos, categorizou-se, considerando: Nível 1- as evidências são procedente de revisão sistemática ou meta análise de ensaios clínicos randomizados controlados relevantes ou derivados de diretrizes clínicas fundamentadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; Nível 2 - evidências oriundas de, pelo menos, um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; Nível 3 - evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; Nível 4 - evidências provenientes de estudos de coorte e de caso- controle bem delineados; Nível 5 - evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; Nível 6 - evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; Nível 7 - evidências procedentes de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas. O passo seguinte foi a organização, comparação e o agrupamento das informações para a escrita.

3 RESULTADOS

A amostra final desta revisão foi composta por 10 artigos científicos, selecionados pelos critérios de inclusão previamente estabelecidos. A partir da análise percebe-se o ano de publicação: 01 artigo publicado em 2013, 02 em 2015, 02 em 2017, 01 em 2018, 02 em 2019 e 02 em 2020.

Para estruturar os resultados, foram elaborados os Quadros 1, 2 e 3 que contemplam informações relevantes sobre as publicações incluídas na revisão.

Quadro 1 - Descrição dos trabalhos publicados e incluídos na revisão integrativa, de acordo com o título do artigo, autores, base de dados, periódicos, ano de publicação - Continua.

Nº	Título	Autores	Base de dados	Periódico e ano
1	Atendimento de urgência e emergência na Estratégia Saúde da Família	Oliveira, T. A.de; Mesquita, G. V.de	Biblioteca UNINOVAFAPI <i>on-line</i>	Revista interdisciplinar – 2013
2	Conhecimento, atitude e prática dos enfermeiros da atenção primária em relação a parada cardiorrespiratória	Claudiano, M.S. dos; Lopes, N.N.L.; Santos, M.V.F. dos; Lopes, A.B.; Fiorin, B.H.	Biblioteca virtual de saúde (BVS)	Revista Nursing – 2020
3	Suporte básico de vida: conhecimento de enfermeiras (os) que atuam na estratégia de saúde da família	Santos, J.S; Santana, T.da S.; Sousa, A.R.de.; Teixeira, J.R.B.; Serra, H. H.N.; Paz, J. S. da	Biblioteca virtual de saúde (BVS)	Revista On-line – 2020
4	Acolhimento e Resolubilidade das Urgências na Estratégia Saúde da Família	Farias, D.C. de; Celino, S.D.de M; Peixoto, J.B.de S.; Barbosa,M.L.; Costa, G.M.C.	<i>Scientific Electronic Library Online (Scielo)</i>	Revista Brasileira de Educação Médica - 2015
5	Educação permanente nos serviços de saúde	Campos, K.F.C; Sena, R.R.de; Silva, K.L.	<i>Scientific Electronic Library Online (Scielo)</i>	Escola de Enfermagem Anna Nery - 2017
6	Situações de urgência e emergência na atenção primária reguladas pelo SAMU	Amaral, C.S.do; Ana Zilda de Castro Reck, A.Z.de C.; Souza, D.L.S; Nuñez, A.R.G.; Blatt, C.R.; Alísia Weis, A.H.; Souza, E.N. de;	Biblioteca virtual de saúde	Revista Journal Health NPEPS – Ciência e Saúde - 2018

Quadro 1 - Descrição dos trabalhos publicados e incluídos na revisão integrativa, de acordo com o título do artigo, autores, base de dados, periódicos, ano de publicação, objetivo, resultados e conclusão - Conclusão.

Nº	Título	Autores	Base de dados	Periódico e ano
7	Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos gestores municipais de saúde.	Silva, L. A. A. da Soder, R.M.; Oliveira, L.P.I.C.	<i>Scientific Electronic Library Online (Scielo)</i>	Revista Gaúcha de enfermagem – 2017
8	Avaliação da estrutura na atenção primária em saúde para o suporte básico de vida.	Cassinelli, F.; Melo, E.S.; Costa, C.R.B.; Reis, R.K.	Biblioteca virtual de saúde	Revista Saúde e Pesquisa - 2019
9	Educação permanente em saúde: desafios para a gestão em saúde pública.	Signor, E.; Silva, L.A.A. da; Gomes, I.E.M.; Ribeiro, R.V.; Kessler, M.; Weiller, T.H.; Peserico, A.	Biblioteca virtual de saúde	Revista de enfermagem da UFSM - 2015
10	Conhecimentos e habilidades dos profissionais da atenção primária à saúde sobre suporte básico de vida	Santos, A.P.M. dos; Santana, M.M.R.; Tavares, F.L.; Toledo, L.V.; Moreira, T.R.; Ribeiro, L.; Alves, K.R.; Sá, F.B.B. de.	Biblioteca virtual de saúde	HU revista - 2019

Fonte: os autores, conforme as bases de dados.

Quadro 2 - Descrição dos trabalhos publicados e incluídos na revisão integrativa, de acordo com os objetivos, resultados e conclusão - Continua.

Nº	Objetivos	Resultados	Conclusão
1	Delinear estudos que abordem o atendimento de urgência e emergência na saúde da família como estratégia eficaz de atenção primária.	Demonstrou a deficiência no primeiro atendimento de urgência e emergência na APS, assim como a falta de treinamento dos profissionais envolvidos e a carência de recursos materiais e de infraestrutura para o referido tipo de cuidado.	Foi observado a necessidade da capacitação profissional e seguimento de protocolos clínicos, a hierarquização das ações e serviços, a resolutividade do sistema de referência e contrarreferência e adequação dos recursos materiais e ambientais para efetividade da assistência na abordagem primária dentro da Estratégia Saúde da Família.
2	Avaliar o conhecimento, atitude e prática, dos enfermeiros atuantes na atenção primária, no atendimento a Parada Cardiorrespiratória (PCR)	Dos 29 enfermeiros inseridos nas UBS, 24 (82,75%) participaram do estudo. 87,5% dos participantes tiveram dificuldades de identificar a sequência correta do atendimento, 70,8% em identificar os ritmos indicativos de desfibrilação, 70,8% não reconhecem as técnicas utilizadas na aplicação de medicação na PCR e 62,5% relataram não possuir segurança quanto a todos os passos a serem realizados no atendimento a PCR.	Apesar de reconhecer a importância do tema, a competência do enfermeiro no atendimento a vítimas de PCR mostrou-se insatisfatória. Tal fato torna-se fundamental a implantação de treinamento e capacitação contínua dos profissionais.

Quadro 2 - Descrição dos trabalhos publicados e incluídos na revisão integrativa, de acordo com os objetivos, resultados e conclusão - Continua.

Nº	Objetivos	Resultados	Conclusão
3	Analisar o conhecimento das enfermeiras (os) da ESF de um município do recôncavo baiano frente ao SBV.	A maioria possuía conhecimento de como verificar o pulso da vítima em PCR (92,9%), sobre a frequência das compressões torácicas caso não fosse possível garantir as ventilações (57,1%), quanto a profundidade mínima das compressões torácicas (71,4%). 92,9% não sabia o local adequado para colocação das mãos e realização das compressões torácicas, 50% tinham conhecimento das situações em que pode ser utilizado o DEA; 57,1% conheciam os ritmos de PCR e 57,1% os ritmos chocáveis de PCR.	Constatou-se que as enfermeiras (os) possuem conhecimento satisfatório sobre a atuação no SBV frente a PCR.
4	Analisar o acolhimento e a resolubilidade das situações de urgência no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF).	Constatou a falta de uma equipe profissional capacitada, falta de insumos e medicamentos mínimos de urgência, ausência de um local adequado para realizar o acolhimento e de uma sala de observação equipada para proporcionar atendimento a uma urgência de baixa gravidade/complexidade, além da deficiente integração da Atenção Primária com os demais serviços da rede de assistência.	O estudo retrata a necessidade urgente de capacitação profissional, com a elaboração, junto à gestão, de um fluxograma de acolhimento para as equipes de acordo com cada realidade, promovendo-se também educação em saúde para todos os usuários do serviço, a fim de que possam se apropriar da Estratégia Saúde da Família como verdadeira porta de entrada para os demais serviços da rede.
5	Analisar a literatura sobre educação permanente, identificando a evolução conceitual e sua aplicação nos serviços de saúde no Brasil.	Destacou-se a concepção problematizadora como aporte para as ações educativas, indicando avanço conceitual sobre a educação permanente no Brasil. Existem dificuldades de compreensão e aplicação, com repercussões nos serviços de saúde, revelando-se como desafio o comprometimento dos profissionais e gestores.	A educação permanente é campo que carece de investimentos, visando à transformação da realidade no cotidiano dos serviços de saúde, no Brasil. Recomenda-se, ampliar os estudos com experiências práticas de educação permanente na assistência, na gestão, no ensino e na participação social, tendo em vista os sujeitos no cotidiano dos serviços de saúde.
6	Identificar as principais situações de urgência e emergência que chegam aos serviços de atenção primária e que são encaminhadas para serviços de maior complexidade reguladas pelo serviço de atendimento móvel de urgência.	Foram realizadas 57 chamadas para o SAMU, sendo 28 originadas de unidades com estratégia de saúde da família. A idade média dos pacientes foi de 40,94+/-13, 21 anos, a maioria era do sexo feminino e o sistema mais afetado foi o cardiovascular seguido pelo neurológico. Tempo médio de deslocamento para o SAMU chegar ao local do chamado foi 31,69±21,50 minutos. Os encaminhamentos realizados foram para unidade de pronto atendimento na sua maioria.	Alterações dos sistemas cardiovascular e neurológico foram as mais prevalentes dentre as situações reguladas pelo serviço de atendimento móvel de urgência na atenção primária.

Quadro 2 - Descrição dos trabalhos publicados e incluídos na revisão integrativa, de acordo com os objetivos, resultados e conclusão - Conclusão

Nº	Objetivos	Resultados	Conclusão
7	Conhecer as estratégias de educação em saúde preconizadas e desenvolvidas aos trabalhadores da atenção básica pelos gestores.	A análise temática permitiu a construção de duas categorias empíricas: estratégias educativas, compartimentadas, descontínuas e de bases tecnicistas; e a incipiência/ausência de propostas educativas.	Os resultados demonstram uma realidade que precisa ser transformada por todas as pessoas envolvidas no processo de trabalho em saúde: docentes e discentes, usuários, membros dos conselhos de saúde, trabalhadores e gestores. Realisticamente, buscam-se transformações nos serviços para que se qualifique a integralidade da atenção em saúde.
8	Descrever a estrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS) no atendimento para o Suporte Básico de Vida (SBV)	As unidades estudadas não dispunham de todos os materiais, equipamentos e espaço necessários para o atendimento de SBV. Apenas os itens bolsa-válvula-máscara adulto e luvas de procedimento foram encontrados em 100% das unidades.	Constatou-se a não adequação de grande parte das UBS a requisitos estruturais mínimos para o atendimento de SBV, bem como lacunas frente à organização e disposição dos materiais.
9	Compreender quais são os desafios para a educação permanente em saúde de um município no norte do Estado do Rio Grande do Sul, que corresponde à área da 15ª Coordenadoria Regional de Saúde.	Os dados da pesquisa permitiram a construção de duas categorias a primeira, “desafios nas estratégias educativas desenvolvidas aos trabalhadores” e a segunda, “desafios nas estratégias educativas desenvolvidas aos usuários”. Evidencia-se que as atividades de Educação Permanente em Saúde são insuficientes e inadequadas.	O estudo demonstra a necessidade e relevância de desenvolver atividades nessa vertente além do mais, é fundamental que haja comprometimento dos gestores para efetivá-las.
10	Avaliar o conhecimento teórico e as habilidades práticas dos profissionais da atenção primária à saúde sobre o suporte básico de vida no atendimento de adultos em parada cardiorrespiratória antes e após uma intervenção educativa.	Participaram da pesquisa 89 profissionais. Observou-se uma melhoria estatisticamente significativa ($p < 0,05$) no conhecimento teórico e nas habilidades práticas dos participantes após a intervenção.	A capacitação foi uma ferramenta eficaz, capaz de melhorar o conhecimento e as habilidades da equipe da atenção primária à saúde frente ao atendimento do paciente em parada cardiorrespiratória.

Fonte: os autores, conforme as bases de dados.

Quadro 3 - Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa segundo o delineamento da pesquisa, nível de evidências e país de origem – Continua.

Nº	Metodologia	Tipo de Pesquisa	Nível de evidência	País de origem
1	Trata-se de um estudo descritivo exploratório sob análise de periódicos em português e espanhol na Biblioteca Virtual em Saúde entre 2007 e 2012, utilizando os Descritores em Ciências da Saúde “urgência”, “emergência” e “saúde da família”. Na busca foram localizados 111 artigos, mas somente 9 relacionavam-se diretamente com o tema, que adicionados à literatura complementar, formaram 18 referências, estas submetidas à revisão e colocadas à discussão.	Descritiva	5	Brasil
2	Tratar-se de um estudo de corte transversal, os dados foram coletados a partir Escala de Avaliação do Conhecimento Atitude Prática na Reanimação Cardiorrespiratória - CAPRCP-25.	Quantitativo	3	Brasil
3	Trata-se de uma pesquisa epidemiológica, descritiva, realizada com 14 enfermeiras (os) de Unidades Básicas de Saúde e de Unidades de Saúde da Família em um município do recôncavo baiano, utilizando-se questionário sobre características sociodemográficas, ocupacionais e de formação geral e específica sobre SBV. Os dados foram analisados por meio da análise descritiva das variáveis, calculando-se as frequências absoluta e relativa e medidas de tendência central e dispersão.	Descritivo	3	Brasil
4	Esta é uma pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa, realizada com 27 profissionais de equipes de Saúde da Família do município de Campina Grande (PB), selecionados de acordo com a disponibilidade para realizar as entrevistas e considerando os seguintes critérios de inclusão: atuar na Estratégia Saúde da Família há pelo menos um ano; ser membro de equipe mínima da Atenção Básica, estabelecida pela Portaria 2.488/2011; ser profissional de nível superior; estar em pleno exercício de suas atividades no período de coleta de dados; e aceitar participar da pesquisa por livre e espontânea vontade, assinando o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE).	Exploratório /descritivo	3	Brasil
5	Revisão integrativa de literatura. Foram incluídas 54 publicações em inglês, português e espanhol, de janeiro de 1970 a maio de 2016, provenientes das bases da Biblioteca Virtual em Saúde.	Integrativa	5	Brasil
6	Estudo longitudinal e prospectivo realizado em 21 unidades de saúde. A coleta de dados ocorreu entre junho de 2014 a maio de 2015.	Longitudinal prospectivo	3	Brasil
7	O estudo está caracterizado como uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória. Para a coleta de dados, utilizou-se a entrevista semiestruturada. A população amostral foi escolhida de forma intencional, tendo como público-alvo 26 gestores municipais de saúde adscritos a uma coordenadoria regional de saúde, localizada no Norte/Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul.	Descritiva exploratória, qualitativa	3	Brasil

Quadro 3 - Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa segundo o delineamento da pesquisa, nível de evidências e país de origem – Conclusão.

Nº	Metodologia	Tipo de Pesquisa	Nível de evidência	País de origem
8	Trata-se de um estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa, desenvolvido em 13 Unidades Básicas de Saúde de um município do interior paulista, no período de dezembro de 2013 a junho de 2014, por meio de entrevistas estruturadas com os responsáveis e observação da estrutura. Foi elaborado um roteiro específico para esse estudo.	Transversal, descritivo quantitativo	3	Brasil
9	Revisão integrativa de literatura. Foram incluídas 54 publicações em inglês, português e espanhol, de janeiro de 1970 a maio de 2016, provenientes das bases da Biblioteca Virtual em Saúde.	Integrativa	5	Brasil
10	Pesquisa quantitativa, quase experimental, do tipo antes e depois, cujas intervenções empregadas foram capacitações em suporte básico de vida, realizadas com as equipes de saúde da atenção primária à saúde de um município do interior de Minas Gerais. A avaliação do conhecimento teórico se deu por meio da aplicação de um instrumento de pré e pós-teste e as habilidades práticas foram avaliadas por meio da aplicação de um checklist que verificou a atuação dos participantes em um atendimento simulado de parada cardiorrespiratória.	Quantitativa	3	Brasil

Fonte: os autores, conforme as bases de dados.

4 DISCUSSÃO

Os artigos utilizados no presente estudo contemplaram predominantemente nível de evidência três, caracterizando os estudos como quase-experimentais.

Observou-se que 08 dos artigos encontrados trazem a falta de conhecimento e habilidade dos profissionais no atendimento de urgência e emergência na APS. 01 artigo apresenta a falta de matérias/equipamentos necessários para o atendimento do SBV, enquanto outro, além da falta de uma equipe profissional capacitada, constatou a falta de insumos/medicamentos e de uma estrutura física adequada. 01 ressalta a melhoria significativa no conhecimento teórico e prático após educação permanente (EP).

Visto que 80% dos artigos abordam o insuficiente conhecimento dos profissionais de da APS no atendimento de urgência e a PNAU normatiza em sua Portaria a qualificação da assistência por meio da EP das equipes de saúde do SUS na Atenção às Urgências, verificou-se a importância da qualificação dos profissionais da Atenção Básica, uma vez que é componente constituinte da Rede Atenção às Urgências.

Para melhor compreensão da Rede Atenção às Urgências cabe definir que:

O conceito de urgência pode divergir em percepção e sentimento. Para os usuários do serviço, a urgência está associada à ruptura do curso de vida; para profissionais de

saúde, a urgência está relacionada ao tempo, proporcional ao prognóstico do paciente; para as instituições de saúde, a urgência está orientada à perturbação da organização do serviço; e para o dicionário da língua portuguesa, urgência e emergência têm sentidos trocados ao conceito americano, tendo como urgência aquilo que não se pode esperar e emergência como agravo inesperado (OLIVEIRA; MESQUITA, 2013, p.130).

Sendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) a “mola-mestra” da APS responsável pelo acolhimento, atendimento e transferência dos usuários para os demais níveis de atenção, torna-se imprescindível o discernimento dos casos de urgência e emergência a fim de garantir a integralidade do indivíduo. Existe uma falta de conhecimento dos profissionais em reconhecerem casos de urgência e emergência na APS, enfatizando a qualificação dos profissionais para um prognóstico bem-sucedido (Farias *et al.*, 2015).

A qualificação profissional é indispensável à sociedade e precisa ser aprofundada como modo de promover a reflexão sobre a realidade dos serviços de saúde. É importante compreender que a transformação do modelo de atenção à saúde no SUS pode ser potencializada por incorporação da educação permanente, com isso o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), visando fortalecer o SUS. A fim de motivar outras maneiras no pensar e agir, com aperfeiçoamento da consciência crítica, embasando, novas formas de promover saúde bem como gerenciar os processos de trabalho (Campos; Sena; Silva, 2017).

A aquisição de conhecimentos e atualização, considerando o saber científico adequando a realidade vivenciada, são quesitos necessários para garantir a identidade, tanto do profissional quanto da sua própria profissão (Campos; Sena; Silva, 2017).

Os estudos analisados apontam dificuldades que associam o exercício da educação permanente com a realidade no cotidiano dos serviços de saúde, em seus processos de trabalho. Dentre elas a cultura da educação fragmentada, descontinuada e de base tecnicistas, dissociada da realidade. Agregam-se impasses dos gestores locais, devido ao desconhecimento relacionado aos conceitos de educação permanente e às responsabilidades na execução (Campos; Sena; Silva, 2017).

Observa também que há falta de estímulos para realização de atividades educativas. Outra razão é o quantitativo de pessoal reduzido, o qual impossibilita a ausência profissional do campo de trabalho para a EP, gerando uma sobrecarga de serviços para alguns profissionais. Além da falta de um plano político-pedagógico, de uma cultura de educação no trabalho, bem como o envolvimento dos gestores (Signor *et al.*, 2015).

Destaca-se que além da EP, existe a deficiência relacionada às condições de infraestrutura juntamente com o conhecimento teórico e prático limitados da equipe, que afetam o sucesso de um atendimento eficaz (Cassinelli, 2019).

Cassinelli (2019) cita que Atenção Básica, dentro das políticas atuais atua como parte da rede de atenção às urgências, entretanto muitos profissionais desconsideram como responsabilidade este tipo de atendimento, o que fere o princípio da integralidade do SUS. Adiciona-se a este fato inclusive o não investimento dos gestores para a adequação dos recursos físicos, materiais e humanos.

Farias reafirma ainda que existem vários obstáculos para o funcionamento da atenção às urgências na Estratégia Saúde da Família (ESF), destacando a falta de capacitação profissional, falta de insumos e medicamentos mínimos de urgência, ausência de um local adequadamente equipado para atendimento de uma urgência de baixa complexidade, além da deficiente integração da Atenção Primária com os demais serviços da rede de assistência. Gerando um grande impacto no processo assistencial e levando a um aumento de custo para o sistema (Farias *et al.*, 2015).

Em se tratando da rede de assistência, Amaral destaca a insegurança dos profissionais da Atenção Básica no atendimento às urgências, sobrecarregando não somente os chamados do SAMU em situações passíveis de resolução na APS, mas também as unidades de pronto-atendimento, condição está justificada devido à falta da EP (AMARAL *et al.*, 2018).

Cerca de 100% dos profissionais enfermeiros admitem a real necessidade de um atendimento rápido e eficiente em situação de PCR, na maioria das vezes recorrentes no ambiente extra-hospitalar, julga-se necessário o fortalecimento da APS nas ações que visam desenvolvimentos de habilidades e conhecimentos (Claudiano, 2020).

Embora Santos A. *et al.* (2019) e Santos, J. *et al.* (2020) corroboram que a EP é de extrema importância na resolubilidade e prognóstico de PCR continua sendo desafiador, devido a falta de recursos materiais necessários para as manobras de RCP, os quais são contemplados nos protocolos institucionalizados.

Santos *et al.* (2019) presume em seus estudos que com passar do tempo, o conhecimento adquirido nas capacitações, se perdem, baseia sua afirmação em pesquisas onde, os profissionais de uma ESF foram avaliados um ano após capacitação sobre a temática PCR, na qual constatou-se redução significativa na assertividade acerca do conteúdo. Atribuí tal circunstância a formação deficiente dos profissionais, o que para ele exige treinamentos contínuos no intuito de reparar tal problemática.

Neste sentido, a EP é a própria conversão de princípios moldando-se as expectativas sentidas e vivenciadas no ambiente de trabalho, desde os aspectos gerenciais e assistenciais (Signor *et al.*, 2015).

Para isso é preciso que os gestores tenham o mínimo conhecimento das PNEPS, para que estes possam adotar uma cultura educativa acessível aos envolvidos da Rede da Atenção (Silva, 2017).

5 CONCLUSÃO

Observou-se através dos artigos a carência de um atendimento qualificado e estruturado na APS se tratando de Urgência e Emergência, considerando o quão recente foi sua inclusão na Rede de Urgência, através da Portaria nº 1.600, DE 7 DE JULHO DE 2011.

Visto que atendimentos como o supracitado não fazem parte do perfil assistencial cotidiano da Atenção Básica, gera uma insegurança nos profissionais ali atuantes, tornando imprescindível instituir a PNEPS, visando fortalecer o Sistema.

Diante disso a EP torna-se de suma importância para direcionar melhores condutas juntamente com o seguimento dos protocolos clínicos nos atendimentos de Urgência e Emergência na APS, uma vez que esta ferramenta atua no processo de conversão dos profissionais, levando-os a um encadeamento de autoanálise no trabalho, pelo trabalho e para além do trabalho, como possibilidade de crescimento quanto ser social.

Embora todo estudo discorra sobre a importância da educação permanente, é relevante explorar modos e formas de colocar em prática e criar meios de mensurar o impacto da PNEPS no processo assistencial.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 07 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). [internet] **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 07 jul. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html. Acesso em 22 jan. 2020.
- MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2ª Edição. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde – Representação Brasil, 2011.
- FARIAS, D. C. *et al.* Acolhimento e Resolubilidade das Urgências na Estratégia Saúde da Família. **Rev Brasileira de Educação Médica** [internet], v. 39, n. 1, p. 79-87, 2015 jan-mar. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v39n1/1981-5271-rbem-39-1-0079.pdf>. Acesso em: 8 fev. 2020.
- OLIVEIRA, T. A.; MESQUITA G. V. Atendimento de urgência e emergência na Estratégia Saúde da Família. **Revista interdisciplinar** [internet], v. 6, n. 2, p. 128-136, 2013 abr-jun. Disponível em: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/56/pdf>. Acesso em: 8 mar. 2020.
- CAMPOS, K. F. C. *et al.* Educação permanente nos serviços de saúde. **Escola Anna Nery** [internet], v. 21, n. 4, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2016-0317.pdf. Acesso em: 26 abr. 2020.
- SIGNOR, E. *et al.* **Revista de enfermagem da UFSM** [internet], v. 5, n. 1, p. 01-11, 2015 jan-mar. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/14766/pdf>. Acesso em: 9 mai. 2020.
- CASSINELLI, F. *et al.* Avaliação da estrutura na atenção primária em saúde para o suporte básico de vida. **Saúde e pesquisa** [internet], v. 12, n. 1, p. 317-322, 2019 maio-ago. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/7019/3521>. Acesso em: 9 jun. 2020.
- AMARAL, C. S. *et al.* Situações de urgência e emergência na atenção primária reguladas pelo SAMU. **Journal Health NPEPS** [internet], v. 3, n. 1, p. 241-252, 2018. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/2881/2381>. Acesso em: 10 jun. 2020.
- CLAUDIANO, M. S. *et al.* Conhecimento, atitude e prática dos enfermeiros da atenção primária em relação a parada cardiorrespiratória. **Revista Nursing** [internet], v. 23, n. 260, p. 3502-3506, 2020 jan. Disponível em: <http://www.revistanursing.com.br/revistas/260/pg26.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2020.
- SANTOS, A. P. M. *et al.* Conhecimentos e habilidades dos profissionais da atenção primária à saúde sobre suporte básico de vida. **HU revista** [internet], v. 45, n. 2, p. 177-184, 2019 jul. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/26815/19674>. Acesso em: 15 jun. 2020.
- SANTOS, J. S. *et al.* Suporte básico de vida: conhecimento de enfermeiras (os) que atuam na estratégia de saúde da família. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires** [internet], v. 9, n. 1, p. 40-52, 2020 jan-mar. Disponível em: <http://revistafacessa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/470/382>. Acesso em: 20 jun. 2020.
- SILVA, L. A. A. *et al.* Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos gestores municipais de saúde. **Revista Gaúcha de enfermagem** [internet], v. 38, n. 1, 2017 mar. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n1/0102-6933-rgenf-1983-144720170158779.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2020.

SATISFAÇÃO E SOBRECARGA NOS PROCESSOS DE TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Bianca Cristina Silva de Assis¹
Yara Aline Ribeiro Silva
Guilherme Carvalho Santos
Fernanda Nayra Teixeira da Silva²

RESUMO: A sobrecarga de trabalho é um fenômeno complexo, frequentemente associado a estresse psicológico, burnout e sobrecarga emocional. Este estudo investigou os níveis de sobrecarga e satisfação no trabalho entre profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) em unidades de saúde do município de Ritópolis, MG. Foram identificados fatores desencadeantes da sobrecarga, como envolvimento emocional com os pacientes e alta competitividade, bem como consequências, incluindo sintomas físicos, psicológicos e comportamentais. A equipe da APS enfrenta diversos desafios, incluindo a criação de vínculos com a comunidade, a escassez de recursos e a sobrecarga funcional. O estudo utilizou uma abordagem mista, combinando análise estatística descritiva e qualitativa. Os resultados mostraram um baixo nível de exaustão emocional, despersonalização e alta realização pessoal entre os profissionais, indicando baixa incidência de síndrome de burnout. No entanto, a sobrecarga foi associada a uma diminuição da satisfação no trabalho, especialmente entre profissionais mais jovens e do sexo masculino. As demandas excessivas e a desvalorização profissional foram destacadas como principais causas de tensão. Apesar do bom relacionamento entre profissionais e gestão local, foram identificadas áreas para melhoria, como a valorização salarial e a redução da tensão emocional. O estudo ressalta a importância de estratégias de gestão para reduzir a sobrecarga e melhorar a satisfação no trabalho, visando a qualidade do cuidado oferecido na APS.

Palavras-Chave: Pessoal de saúde. Carga de trabalho. Esgotamento Profissional. Satisfação no emprego. Atenção Primária à Saúde.

1 INTRODUÇÃO

A sobrecarga de trabalho possui diversos conceitos que se referem à carga de trabalho, como “estresse psicológico” (Folkman *et al.*, 1986), “burnout” (Maslach; Jackson, 1981) ou “sobrecarga” (Chou; Li; Hu, 2014), sendo uma pluralidade de formas para medir o fenômeno.

Apesar da existência de uma pluralidade de conceitos acerca da sobrecarga, Maslach e Schaufeli (1993) destacam cinco características comuns que norteiam as definições criadas por outros autores, sendo elas: sintomas relacionados à exaustão emocional, fadiga e depressão,

¹ Discente da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG.

² Discentes do curso de Enfermagem do Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves – UNIPTAN. E-mail para contato: bianca.ufsj@hotmail.com

maior presença de sintomas comportamentais e psíquicos, manifestação em indivíduos que não sofreram distúrbios psicopatológicos, sintomas relacionados estritamente ao trabalho e, por fim, diminuição da efetividade e do desempenho no trabalho, bem como atitudes e comportamentos negativos (Maslach; Schaufeli, 1993).

Silveira e pesquisadores (2016) destacaram como principais fatores desencadeantes da SB o envolvimento emocional excessivo dos profissionais com os problemas dos pacientes, alta competitividade, impaciência, pessimismo, baixa autoestima, intolerância a frustrações, esgotamento profissional e diminuição da realização profissional. Os autores destacam ainda como principais consequências resultantes da SB: sintomas gerais (fadiga, mialgia, distúrbios do sono, cefaleia, enxaqueca), sintomas específicos (gastrointestinais, cardiovasculares, respiratórios e sexuais), sintomas psicológicos (falta de concentração, sentimento de solidão, déficit de memória, agressividade) e outros como abuso de álcool, café e cigarro, além do uso de substância ilícitas e tranquilizantes.

Estudos indicam que a sobrecarga no trabalho dos profissionais da saúde está intimamente relacionada com maiores riscos de problemas com o estresse laboral, como altas taxas de rotatividade, absenteísmo e SB (Mark; Smith, 2012; Silveira *et al.*, 2016). Os trabalhadores em saúde estão submetidos a múltiplos riscos associados com o labor, provenientes de fatores químicos, físicos, mecânicos, biológicos, ergonômicos e psicossociais (Ribeiro *et al.*, 2012).

Os profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) fazem parte do grupo de risco para o desenvolvimento da SB por estarem em constante vivência de enfrentamento de desafios e resistência com o modelo assistencial, Isto é, estão constantemente em contato com um processo voltado à saúde-doença que vai além de práticas curativas, prestando um serviço integral à população, atuando na promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde, conforme os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS) (Goés *et al.*, 2012).

A ESF atualmente é a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para expansão e consolidação de uma Política Nacional de Atenção Básica, o que vem permitindo uma maior inclusão social, política e econômica, a uma política sanitária (Brasil, 2017; Neto, 2007).

A Atenção Básica foi regulamentada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecida pela primeira vez em 2006, sendo a segunda edição em 2011 e a terceira em 2017. Em 2006, no contexto vivenciado pelo Pacto pela Saúde, a PNAB ampliou a concepção de Atenção Básica, reconhecendo a Saúde da Família como modelo de substituição e reorganização da Atenção Básica. Além disso, revisou as funções das Unidades Básicas de

Saúde, reconhecendo a existência de diferentes modelos, com e sem Estratégia de Saúde da Família (Melo *et al.*, 2018).

Mediante tal fato, os profissionais que atuam nas equipes de estratégia de saúde da família enfrentam diversos obstáculos e precisam estar atentos na implementação e execução de algumas tarefas, dentre elas: a criação de vínculo com a comunidade atendida, cuidados assistenciais, aprimoramento e atualização de normas técnicas e organizacionais, conviver com a sobrecarga das atividades funcionais, como mortes e enfermidades evitáveis, estar aberto a responder aos anseios das famílias e usuários, conviver com escassez de materiais e medicamentos, dentre outras (Cardoso, 2015).

O objetivo desse trabalho foi correlacionar os níveis de sobrecarga com os de satisfação com o trabalho entre os membros das equipes da Atenção Primária à Saúde das Unidades de Saúde do município de Ritópolis – MG.

2 MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, interpretativo, de abordagem mista. A amostra foi constituída de 36 participantes, de ambos os sexos, com idades entre 20 e 68 anos, dos quais foram coletados dados demográficos, socioeconômicos e de satisfação e sobrecarga de trabalho.

O estudo foi realizado com trabalhadores das equipes da APS das unidades de saúde do município de Ritópolis/MG, município de pequeno porte que possui limite geográfico com mais cinco municípios e está inserido na Região ampliada de saúde Sudeste de Minas Gerais (Figura 1). Segundo o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), a população estimada em 2016 era de 4.925 habitantes, contando com duas equipes de ESF e uma equipe de UBS, atendendo à população das áreas urbanas e rurais.

Foram adotados como critérios de inclusão: o profissional aceitar participar da pesquisa, ter idade acima de 18 anos, estar disponível para agendamento da entrevista e ser profissional contratado pela prefeitura, atuando na Atenção Primária à Saúde. Como critérios de exclusão foram adotados: o profissional não aceitar participar da pesquisa, estar de férias ou não ter disponibilidade de tempo para participar.

Os dados quantitativos foram coletados por meio de entrevistas individuais com o emprego dos instrumentos: questionário semiestruturado socioeconômico e demográfico elaborado pela autora; escala para avaliação da sobrecarga de trabalho denominada Maslach Inventory Burnout – General Survey – Inventário Burnout de Maslach (MBI-GS) (Maslach *et al.*, 2001), traduzido e validado no Brasil pelo Instituto de Prevenção do Stress e Saúde

Ocupacional (1999) e a satisfação do trabalhador foi avaliada pelo Questionário de Satisfação no Trabalho S20/23 (Carlotto; Câmara, 2008).

A coleta dos dados socioeconômicos e demográficos tem por finalidade a caracterização do perfil dos profissionais, por meio de um instrumento elaborado para este fim, abordando: data de nascimento, idade, gênero, estado civil, categoria profissional, tempo de atuação no serviço, escolaridade, tempo de formação, pós-graduação, salário, carga horária e vínculo empregatício com outra instituição.

A escala Malash Inventory Burnout – General Survey – Inventário Burnout de Maslach (MBI-GS) (Maslach *et al.*, 2001) – é um instrumento empregado para mensurar Burnout com os profissionais da (s) equipe (s) em qualquer contexto de trabalho. Ela é composta por uma escala com 22 variáveis. No Brasil, este instrumento foi traduzido e adaptado inicialmente por Lautert (1995), com evidências de validade e itens da escala apresentados por Carlotto e Câmara (2007). Neste estudo, optou-se por utilizar a versão validada no Brasil pelo Instituto de Prevenção do Stress e Saúde Ocupacional (1999).

Para coleta de dados qualitativos empregou-se entrevistas com roteiro semiestruturado. Pela entrevista, o interesse do investigador volta-se para conhecer o significado que o entrevistado dá aos fenômenos e eventos da sua vida cotidiana, por meio de suas próprias palavras. Esta estratégia tem por objetivo a apreensão de informações relevantes, bem como as perspectivas e experiências dos participantes (Marconi; Lakatos, 2011).

Realizou-se análise estatística descritiva (frequências absolutas e relativas) e multivariada (Regressão de Poisson), com nível de significância de 5%. Para a coleta de dados qualitativos, utilizou-se um questionário aberto, criado pelos autores, por meio da Análise Temático Categorical.

O presente estudo foi um subprojeto de pesquisa, vinculado ao projeto intitulado: “Estratégias promotoras de acolhimento, vínculo e autonomia em contextos da Rede de Atenção Psicossocial Mineira”, aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa COEP da UFMG, sob o número CAEE 59118416.4.3001.5140. O subprojeto foi submetido à Secretaria de Saúde de Ritópolis para obtenção do Termo de Anuência. Assim sendo, cumpriram-se os protocolos éticos estabelecidos naquela Instituição gestora de saúde.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As variáveis coletadas são mostradas na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição da população estudada, segundo as características demográficas e socioeconômicas. Belo Horizonte, 2018.

Variáveis	n = 36	%
Sexo		
Feminino	24	67
Masculino	12	
Idade (anos)		
20 – 29	8	22
30 – 39	14	39
40 – 49	8	22
≥ 50	6	17
Estado civil		
Solteiro	18	50
Casado	14	39
Divorciado	4	11
Nível de Escolaridade		
Ensino médio	18	50
Ensino Superior	18	50
Pós-graduação		
Sim	11	31
Não	25	69
Tempo de trabalho na APS (em meses)		
1 - 12	3	8
13 - 24	6	17
> 24	27	75
Carga horária/semana (horas)		
20	4	11
24	1	3
40	31	86
Salário (salário-mínimo)		
1 - 3	32	89
4 - 5	3	3
> 5	1	8

Fonte: os autores.

Os resultados evidenciaram uma baixa exaustão emocional; baixa despersonalização e alta realização pessoal, caracterizando baixo nível de Síndrome de Burnout. Os participantes declararam-se entre os níveis indiferente e satisfeito com o trabalho ($\mu=2,3$).

Conforme a regressão, na amostra estudada, a sobrecarga se associou a insatisfação com o trabalho em 0,5%. O fator idade ($p=0,02$) apresentou um p-valor significativo, de maneira que cada ano aumentado na idade diminuiu a satisfação em 0,5%. Em relação ao sexo ($p=0,03$), encontrou-se o p-valor também significativo, de maneira que as mulheres se mostravam mais satisfeitas que os homens em 2%. Foram identificadas ainda, três categorias, sendo elas:

Demandas, Apostas e Desafios. A sobrecarga de trabalho aparece como resultante de demandas excessivas, mas, apesar disso, os profissionais expressaram-se satisfeitos com o trabalho e execução das tarefas determinadas pela rotina laboral. A desvalorização profissional e a insatisfação salarial aparecem como as mais apontadas pelos profissionais. As cargas psíquicas relatadas como geradoras de tensão foram o medo de agressão física, desgaste mental, agressões verbais e assédio sexual.

4 CONCLUSÕES

O grau de sobrecarga de trabalho dos profissionais atuantes na APS do município foi baixo, caracterizado por baixa exaustão emocional, baixa despersonalização e alta realização pessoal. Observou-se que o aumento da idade e aumento de vínculo empregatício diminuem o grau de satisfação dos profissionais atuantes na APS do município.

Ressalta-se que apesar de baixa sobrecarga e alta satisfação com o trabalho, os profissionais apresentam algumas questões a serem melhoradas pela gestão, como: desvalorização salarial, fragmentação do trabalho em rede e a tensão emocional. Evidenciou-se uma boa relação entre os profissionais e a gestão local, o que pode funcionar para redução das dificuldades que poderiam impactar negativamente em sobrecarga laboral, bem como para refletir positivamente na satisfação com o trabalho.

Ressalta-se ainda a necessidade de atenção por parte da gestão para a adoção de estratégias que intervenham na redução da sobrecarga, com impacto na satisfação com o trabalho e qualidade de cuidado.

REFERÊNCIAS:

FOLKMAN, S. *et al.* Appraisal, coping, health status, & psychological symptoms. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 50, n. 3, p. 571-79. 1986.

MASLACH, C.; JACKSON, S. E. The measurement of experienced burnout. **Journal of Occupational Behavior**, v. 2, p.99-113. 1981.

CHOU, LI-PING; LI, CHUNG-YI; HU, S. C. Job stress and burnout in hospital employees: comparisons of different medical professions in a regional hospital in Taiwan. **British Medical Journal Open**, v. 4, p.1-8. 2014.

MALACH, C.; SCHAUFELI, W. B. The future of Burnout. *In*: SCHAUFELI, W. B.; MALACH, C; MAREK, T. (Eds.), **Professional burnout: Recent developments in theory and research**. New York: Taylor & Francis, 1993, p. 253-259.

SILVEIRA, A. L. P. *et al.* Síndrome de *Burnout*: consequências e implicações de uma realidade cada vez mais prevalente na vida dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 14, n. 3, p.275-84. 2016.

MARK, G.; SMITH, A. P. Occupational stress, job characteristics, coping, and the mental health of nurses. **British Journal of Health Psychology**, v. 17, n. 3, p. 505–521. 2012.

RIBEIRO, R. P. *et al.* O adoecer pelo trabalho na enfermagem: uma revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 2, p. 495-50. 2012.

GOÉS, I. P. S. *et al.* Ocorrência da Síndrome de Burnout em enfermeiros das Unidades de Saúde da Família no município de São Sebastião do Paraíso – MG. **Revista de Iniciação Científica da Libertas**, v. 2, n. 1, p.65-82, 2012.

BRASIL. Portaria nº 2436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) **Diário Oficial da União**: Brasília, DF: 2017.

NETO, F. R. G. X.; SAMPAIO, J. J. C. Gerentes do território na Estratégia Saúde da Família: análise e perfil de necessidades de qualificação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 6, p. 687-95, 2007.

MELO, E. E *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde Debate**. 42(1):p38-51, Rio de Janeiro, set. 2018

CARDOSO, C. M. L. **Vivência do sofrimento moral na estratégia de saúde da família: visão dos profissionais**. 2015. 101 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

CARLOTTO, M. S.; CÂMARA, S. G. Propriedades psicométricas do Questionário de Satisfação no Trabalho (S20/23). **Psico-USF**, v. 13, n. 2, p.203-210, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141382712008000200007&script=sciarttext>. Acesso em: 27 abr. 2018.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2011.

A PERSPECTIVA DA EQUIPE DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A RESPEITO DOS CUIDADOS PALIATIVOS

Beatryz dos Santos Romão¹
Ana Carolina Ferreira dos Santos¹
Natália Aurora Marques¹
Júlia Maria de Resende¹
Marcio Antonio Resende¹

RESUMO: A prestação de cuidados paliativos tem um papel fundamental na promoção da qualidade de vida para pacientes com doenças ameaçadoras da vida, bem como para seus familiares e cuidadores. A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) estabelece a atenção primária como a base do sistema de saúde, promovendo ações para proteger e promover a saúde da comunidade. As Estratégias Saúde da Família (ESFs) são unidades fundamentais nesse contexto, sendo a porta de entrada para o sistema de saúde e fornecendo cuidados paliativos em parceria com o núcleo de ampliação de saúde da família. A equipe de enfermagem desempenha um papel crucial na interação com os pacientes e familiares, promovendo conforto e qualidade de vida. Este estudo é uma revisão integrativa da literatura que investiga a perspectiva dos profissionais de saúde sobre os cuidados paliativos na atenção primária. Foram identificados desafios, como fragilidades do sistema de saúde, falta de estrutura e recursos, e a necessidade de preparação da equipe para oferecer assistência integral e humanizada. A comunicação efetiva e o acompanhamento multidisciplinar são destacados como essenciais. A necessidade de educação continuada e a busca por conhecimentos adicionais são ressaltadas para melhorar a prestação de cuidados paliativos na atenção primária. Este estudo destaca a importância de aprimorar a formação dos profissionais de saúde para atender às necessidades da comunidade em cuidados paliativos.

Palavras-Chave: Cuidados de Enfermagem; Cuidados Paliativos; Atenção Primária à Saúde.

1 INTRODUÇÃO

O termo cuidado paliativo refere-se a um conjunto de ações e uma abordagem holística, a pacientes que possuem doenças ameaçadoras da vida. Visa oferecer qualidade de vida a eles, trabalhando nos aspectos físico, social, psicológico e espiritual. Além disso, esses cuidados são oferecidos também para os familiares e/ou cuidadores. (D’Alessandro *et. al.*, 2020).

A Política Nacional da Atenção Básica, PNAB, (BRASIL, 2012) traz consigo a ideia de equivalências nos termos “atenção primária” e “atenção básica”, e assim, caracteriza essa como a junção de diversas ações de saúde, individuais e coletivas, com o intuito de promover e proteger a saúde, além de pontos como diagnóstico, tratamento, reabilitação e redução de danos, estabelecendo

¹ Discentes do curso de Enfermagem do Centro Universitário Presidente Tancredo Almeida Neves - UNIPTAN.
E-mail para contato: beatryzromao@gmail.com

a manutenção da saúde, oferecendo atenção integral aos seus usuários. Diante disso, tal documento dispõe sobre as estratégias saúde da família (ESFs), as quais são compreendidas com estratégias para a consolidação da atenção básica.

Nota-se que a atenção primária a saúde, é um serviço que visa atender a comunidade dentro dos princípios dos SUS, universalidade, equidade e integralidade. Referenciando quando necessário para outros serviços especializados que compõe o sistema. E recebendo as contrarreferências desses serviços. Assim, as ESFs constituem uma unidade de base, sendo ela a porta de entrada para o sistema, logo possui um papel essencial quando se fala de cuidados paliativos (Silva *et. al.*; 2022). E por atuarem em um espaço definido geograficamente, tornam-se referência e facilita o primeiro contato e o acompanhamento ao longo da vida da população dele território. Uma vez que, cria-se a possibilidade da construção de vínculos entre os profissionais que atuam na ESF e os indivíduos usuários do sistema, daquele território. (Macinko E Mendonça, 2018).

Segundo Silva *et. al.* (2022) a atenção primária à saúde (APS) é responsável por assistir os pacientes que estão em cuidados paliativos. Assistência essa que é prestada em parceria com o núcleo de ampliação de saúde da família, sendo assim uma abordagem multidisciplinar. Isso ocorre, pois, a atenção primária configura-se o nível de assistência, mais próximo a comunidade, logo tornam o ambiente mais adequado para proporcionar uma assistência em cuidados paliativos (Oliveira *et. al.*, 2021).

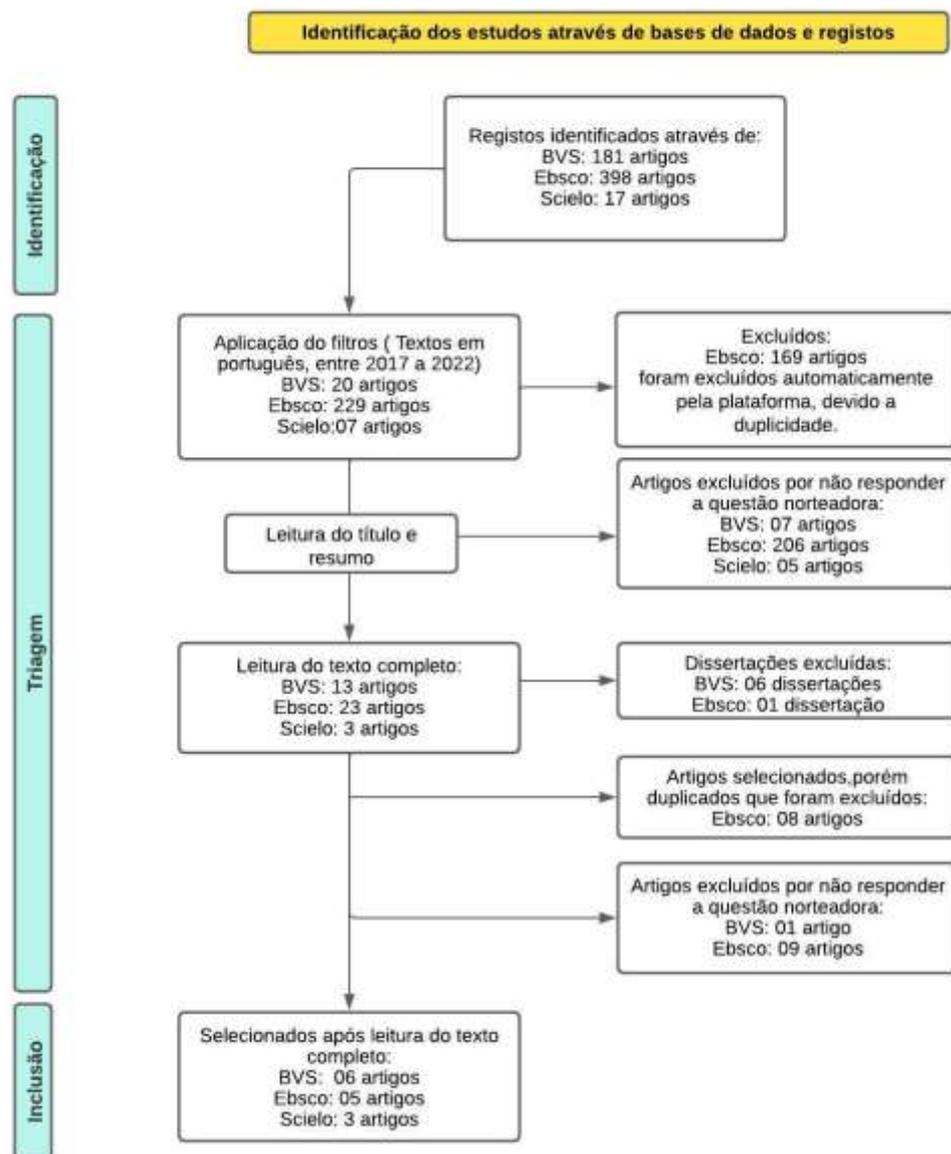
Diante disso, a equipe da atenção primária tem um papel fundamental para oferecer conforto e qualidade de vida. O enfermeiro, por sua vez, é o profissional responsável em estabelecer uma boa interação entre toda a equipe multidisciplinar e o paciente e familiares (ANCP, 2012). Diante disso, verificar-se a relevância de investigar qual a perspectiva da equipe de enfermagem frente aos cuidados paliativos na atenção primária.

2 METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que buscou investigar qual a perspectiva dos profissionais da área da saúde a respeito dos cuidados paliativos na atenção primária a saúde. Em um primeiro momento foram realizadas buscas pelos descritores na plataforma DeCs (Descritores em Ciências da Saúde), sendo os mesmos escolhidos de acordo com o objetivo de pesquisa, os descritores elencados foram: cuidados de enfermagem, cuidados paliativos e atenção primária à saúde. Foram selecionadas três bases de dados para as buscas: BVS, Ebsco e Scielo. Foram encontrados no total 596 artigos. Sendo usados como filtros definidos: texto completo, artigos em português, publicados nos últimos cinco anos, entre 2017 e 2022. Após a aplicação dos filtros

ficaram 256 artigos, sendo realizadas as leituras de títulos e Resumos destes para verificar se respondiam o objetivo da pesquisa. Após essa etapa ficaram 39 artigos, sendo que dissertações também foram excluídas. Foi realizado a leitura do texto completo dos 39 artigos e destes apenas 14 respondiam à questão norteadora do estudo, sendo este incluídos no trabalho. Após este momento foi elaborado um quadro com características e as conclusões dos artigos selecionados. Como mostra o Fluxograma 1 abaixo:

Figura 1- Fluxograma da seleção de artigos



Fonte: os autores e conforme bases de dados.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Os cuidados paliativos (CP) atualmente são compreendidos como um conjunto de ações e cuidados integrais oferecidos a pacientes com comorbidades graves, que provocam intenso sofrimentos, em especial doenças sem prognósticos de cura. Diante de tal conceito, nota-se que o ambiente da Atenção primária a Saúde (APS), através do atendimento nas unidades de Estratégias Saúde da Família, possui um papel essencial na oferta de CP. Uma vez que são o espaço mais próximo ao paciente e seus familiares. (Silva *et. al.*, 2022) Apesar disso, Oliveira *et. al.* (2021) destaca que embora a APS seja um espaço mais próximo a comunidade, precisa de suporte, que vão desde a melhor preparação da equipe que oferece cuidados até a implementação de tecnologias leves que ajudem na maior autonomia dessa população em CP.

Segundo Carvalho *et. al.* (2018), há grandes desafios encontrados pelos profissionais na atenção primária dos quais cita-se: as fragilidades do sistema de saúde, no qual existe uma descontinuidade da assistência pelas instituições da Rede de atenção à saúde (RAS). Argumento que corrobora com os resultados encontrados por Justino *et. al.* (2020), o qual discorre sobre outros desafios como a falta de estrutura e recursos da APS, a incipiência de publicações científicas e a falta de conhecimento por parte dos profissionais.

Terra *et. al.* (2020) discorre sobre a importância de preparar a equipe para que esse possa oferecer à família uma assistência integral, humanizada e ética. Outro ponto elencado pelo autor, é a importância da comunicação efetiva entre os profissionais, pacientes e familiares. A qual é importante para a criação de vínculo entre a APS e a comunidade, e através dessa oferecer uma melhor assistência. Além disso, destaca-se a importância do acompanhamento multidisciplinar.

Tal ponto vai de encontro ao trabalho de Oliveira *et. al.* (2021), que discorre a importância de um plano terapêutico singular (PTS), o qual é construído por uma equipe interdisciplinar com grande papel da equipe de enfermagem que constitui a construção deste planejamento, englobando às necessidades de cada indivíduo, levando em conta o meio que vive, necessidades, família, ocupações e inserção na sociedade, pois estes, não podem ser excluídos da população que habita.

Fonseca *et. al.* (2022) debate sobre a necessidade do profissional de saúde buscar os conhecimentos, que não lhe foram satisfatórios durante a graduação, e assim demonstrando a necessidade de iniciativas da educação continuada e até fontes autodidatas para exercer funções de CP em APS, demonstrando deste modo, a falta de preparação e insipiência paliativistas para contribuir com a comunidade que usufrui da unidade de saúde.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreende-se que a atual abordagem e recursos disponíveis não são satisfatórios, contudo, existem meios de buscar novos conhecimentos para melhoria contínua do CP na atenção primária, pois é a porta de entrada da comunidade para o serviço de saúde, necessitando de maior acolhimento e atenção às necessidades particulares de cada indivíduo e família para posterior melhor qualidade de vida.

A intervenção de modo a atender os princípios do SUS de universalidade, integralidade e equidade, são um desafio para toda equipe de saúde, contudo, em nenhum momento deve ser descumprido. Para agir em compatibilidade com tais fundamentos, cabe a abordagem dos profissionais mediante os recursos disponíveis e em busca de educação continuada para aprimorar seus conhecimentos e desenvolver um atendimento condizente a todos os tipos de procura da população que utiliza dos serviços de saúde em APS.

O presente trabalho evidencia a necessidade de aprimorar a formação dos profissionais de saúde para atenderem a comunidade em cuidados paliativos.

REFERÊNCIAS

ALVES, A. B. T. *et al.* **Quando Não Há O Que Fazer? Uma Roda De Apoio Para Cuidados Paliativos.** Revista Espaço Ciência & Saúde; v. 9 n. 1 (2021); 38-50, [s. l.], 2021 Disponível em: <https://revistaelectronica.unicruz.edu.br/index.php/saude/article/view/469/313>>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde**, 2012. (Série E. Legislação em Saúde)

CARVALHO GAFL; MENEZES RMP; ENDERS BC; TEIXEIRA GA; DANTAS DNA; OLIVEIRA DRC. **Significados Atribuídos Por Profissionais De Saúde Aos Cuidados Paliativos No Contexto Da Atenção Primária.** Artigo extraído da dissertação - Assistência em cuidados paliativos à pessoa idosa na atenção primária à saúde, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), em 2015. Texto & Contexto - Enfermagem [online]. 2018, v. 27, n. 2 [Acessado 1 out. 2022], e5740016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180005740016>>. Epub 28 maio 2018. ISSN 1980-265X. <https://doi.org/10.1590/0104-070720180005740016>.

CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.). **Manual de Cuidados Paliativos ANCP.** 2.ed. São Paulo: s. n., 2012.

FONSECA LS; CARVALHO BC; SANTOS HO; SILVA JM; SANTOS JCO; FERREIRA LLL; KAMEO SY. **Atuação do Enfermeiro em Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde: Revisão Integrativa.** Rev. Bras. Cancerol. (Online) 68(1)jan./fev./mar. 2022. Artigo em Inglês, Português | LILACS | ID: biblio-1371142

JUSTINO ET, KASPER M, SANTOS KS, QUAGLIO RC, FORTUNA CM. **OS cuidados paliativos na atenção primária à saúde: scoping review** Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2020;28:e3324. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3858.3324>.

MACINKO, J. E MENDONÇA, C. S. **Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados**. Saúde em Debate [online]. 2018, v. 42, n. spe1 [Acessado 14 Outubro 2022] , pp. 18-37. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>.

Manual de Cuidados Paliativos / Coord. Maria Perez Soares D'Alessandro, Carina Tischler Pires, Daniel Neves Forte *et al.* – São Paulo: Hospital Sírio- Libanês; Ministério da Saúde; 2020. 175p.

MARIA ASCARI, T. *et al.* **Cuidados Paliativos: Percepção De Enfermeiros Que Atuam Na Atenção Básica No Oeste Catarinense**. Brazilian Journal of Surgery & Clinical Research, [s. l.], v. 20, n. 3, p. 26–30, 2017. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=126878826&lang=pt-br&site=eds-live>. Acesso em: 1 dez. 2022.

MELO CM; SANGOI KM; KOCHHANN JK; HESLER LZ; FONTANA RT. **Concepções, desafios e competências dos enfermeiros em cuidados paliativos na atenção primária à saúde**. Nursing (São Paulo); 24(277): 5833-5846, jun.2021.rtigo em Português | LILACS, BDENF - Enfermagem | ID: biblio-1253829

MILANI L, SILVA MM. **A enfermagem e os cuidados paliativos na atenção primária à saúde**. Rev Fund Care Online. 2021 jan/dez; 13:434-442. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.7485>

OLIVEIRA JS; CONSTÂNCIO TOS; DA SILVA RS; BOERY RNSO; VILELA ABA. **Cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde: atribuições de enfermeiros e enfermeiras**. Rev. APS ; 24(2): 410-428, 2021-11-05. Artigo em Português | LILACS | ID: biblio-1359430

OLIVEIRA, J. C. de.; NASSIF, M. S.; ASSUNÇÃO, M. R. S. .; BARRIOSO, P. D. C. .; COSTA, A. C. B. .; COSTA, I. C. P. **Intervenções de enfermagem em cuidados paliativos na atenção primária à saúde: Scoping review**, [S. l.], v. 10, n. 8, p. e24710817365, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i8.17365.

PEREIRA DG; FERNANDES J; FERREIRA LS; RABELO RO; PESSALACIA JDR; SOUZA RS. **Significados dos cuidados paliativos na ótica de enfermeiros e gestores da atenção primária à saúde**. Rev. enferm. UFPE on line ; 11(supl.3): 1357-1364, mar.2017. Artigo em Português BDENF - Enfermagem | ID: biblio-1032416 Biblioteca responsável: BR9.1

SILVA KF; PUCCI VR; FLORES TG; GIARETTON DW; WEILLER TH; CONCATTO MEP; DAMACENO AN. **Construindo a linha de cuidado do paciente oncológico paliativo em um município do sul do Brasil: relato de experiência** Rev. APS; 21(3): 470-477, 01/07/2018. Artigo em Português | LILACS | ID: biblio-982029. Biblioteca responsável: BR378.1

SILVA MPB; ALVES RSA; LEITE AC; MENEZES SC; TEODORO JA; SALES DFS; SANTOS NCF; BRITO LPS; RODRIGUES DB; PEREIRA LB; RESENDE KA; SILVA LC; *et al.*. **As contribuições da equipe multiprofissional da atenção básica de saúde frente aos cuidados paliativos**. Research, Society and Development; v. 10 n. 4; e40210413887 ; 2525-3409, [s. l.], 2021. DOI 10.33448/rsd-v10i4.13887.

SILVA TC, NIETSCHE EA, COGO BS. **Cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa de literatura** .Rev Bras Enferm. 2022;75(1):e20201335. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1335>

STEFANONI COMBINATO, D.; FERRERO MARTIN, S. T. **Necessidades da vida na morte**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, [s. l.], v. 21, n. 63, p. 869–880, 2017. DOI 10.1590/1807-57622016.0649.

TERRA, I. B. *et al.* **Assistência multiprofissional no domicílio às pessoas em cuidados paliativos e familiares**. Enfermagem Brasil; v. 19 n. 1 (2020): Enfermagem Brasil v19n1; 75-86; 2526-9720 ; 1678-2410 ; 10.33233/eb.v19i1, [s. l.], 2020. <https://doi.org/10.33233/eb.v19i1.2860>.

A REDUÇÃO DE DANOS: FRAGILIDADES ENCONTRADAS NO PROGRAMA

Isadora Cristina dos Passos Silva¹
Joice das Mercês dos Anjos Silva¹
Letícia Bassi¹
Maria Luiza Santos Pinto¹
Ricardo Taroco¹
Marcela Nolasco²

RESUMO: A história das políticas públicas sobre álcool e outras drogas no Brasil remonta ao início do século XX, marcada por um modelo proibicionista e criminalizador. Na década de 70, surge o discurso biomédico/psiquiátrico, substituindo o termo "viciado" por "dependente químico" e reforçando ações jurídicas e penais. Os serviços públicos especializados para usuários de álcool e drogas iniciaram na década de 80. Em resposta à disseminação do HIV/AIDS, as estratégias de Redução de Danos começaram em 1989, reconhecidas pelo Ministério da Saúde em 1994. O uso e abuso de substâncias psicoativas acarretam riscos sociais significativos, como violência, acidentes e problemas familiares, além de aumentar a vulnerabilidade a doenças sexualmente transmissíveis. No Brasil, esses problemas representam 10% do total de questões de saúde. A cocaína e as anfetaminas podem levar a comportamentos sexuais de risco devido aos efeitos psicológicos. Este estudo revisou 16 artigos sobre Redução de Danos, destacando a importância dessa estratégia na saúde dos usuários de álcool e outras drogas. Embora aborde a prevenção do uso, promoção da qualidade de vida e educação, a Redução de Danos não deve ser confundida com a legalização das drogas, mas sim com a minimização dos danos causados pelo seu uso. Entretanto, no Brasil, os programas de Redução de Danos enfrentam fragilidades, como falta de recursos, precariedade nas relações de trabalho, descontinuidade de financiamentos e falta de comprometimento das esferas governamentais. Essas dificuldades comprometem a eficácia e a continuidade desses programas. Diante das mudanças na política de combate às drogas, mais estudos são necessários para identificar e corrigir as fragilidades existentes nos programas de Redução de Danos.

Palavras-Chave: Redução de danos; dependência química; políticas públicas.

1 INTRODUÇÃO

No Brasil as políticas públicas sobre álcool e outras drogas datam o início do século XX, com o modelo proibicionista, com a organização de uma erudição jurídica de criminalização de comportamentos referente ao uso abusivo de drogas ilícitas e a retirada dos usuários do convívio social mediante a uma prisão. Já na década de 70, o discurso biomédico/psiquiátrico une as políticas públicas sobre drogas no país, substituindo o termo "viciado" por "dependente químico", fortalecendo assim as ações jurídicas e penais. Com isso, os usuários de drogas passaram a ser tratados de forma diferenciada pelo sistema penal, sendo tratados, muitas vezes, como doentes e

¹ Discentes do curso de Enfermagem do Centro Universitário Presidente Tancredo Almeida Neves- UNIPTAN.

² Docente do curso de Enfermagem do Centro Universitário Presidente Tancredo Almeida Neves- UNIPTAN.

nem sempre marginalizados. Por meio desse modelo do usuário de droga, a opção mais comum se tornou o encaminhamento dessas pessoas à cadeia ou à internação em hospitais psiquiátricos. No Brasil, os primeiros serviços públicos especializados aos usuários de álcool e outras drogas, deram início na década de 80 (Alfena,2015).

Diante da disseminação da transmissão do HIV/AIDS no país, na década de 80, autoridades optaram por buscar estratégias de controle da epidemia. Com intuito de minimizar a disseminação do HIV/AIDS, entre a população em geral e com foco nos usuários de drogas injetáveis, iniciou em 1989 a ações de Redução de Danos. A associação internacional de redução de danos (IHRA) compreende a redução de danos como um conjunto de políticas, programas e práticas que tem como objetivo reduzir as consequências negativas para a saúde pelo uso de drogas lícitas e ilícitas. A característica fundamental que visa estas ações é o respeito e a decisão de escolha, sabendo-se que vários usuários não conseguem ou não querem abdicar-se das drogas. Em 1994, o Ministério da Saúde passou a reconhecer a redução de danos, como estratégia de saúde pública para prevenção das doenças de contágio sanguíneo e \ ou sexual, entre Usuários de Drogas Injetáveis (UDI) (Maliska; Padilha; Andrade,2014).

O uso e abuso de substâncias psicoativas oferece a riscos e danos de grande impacto social, como se expor a situações de violência, acidentes de trânsito, desavenças interpessoais, problemas na dinâmica familiar, traumatismos, homicídios, suicídio, vulnerabilidade às infecções sexualmente transmissíveis (IST's), dentre outros (Oliveira; Araújo, Cunha; Mola; Pitangui, 2020).

No que se refere as substâncias ilícitas e lícitas, percebe-se que o excesso se torna um ator de risco para o adoecimento, mortalidade precoce e inaptidão, sendo que ocupa 10% do total de problema de saúde no país (Cordeiro; Godoy; Soares,2014). Além de desinibição, o que pode ajudar para o comportamento sexual desprotegido, causando risco para si e para terceiros, outros efeitos dessa das substâncias psicoativas são o aumento da agressividade e a incapacidade de tomar decisões. A cocaína e anfetaminas também podem estimular relações sexuais de risco em função dos efeitos psicológicos (Dias *et.al.*,2014). O presente estudo teve como objetivo apontar as dificuldades encontradas no programa de redução de danos, no Brasil, analisando a efetividade das ações.

2 METODOLOGIA

A estratégia metodológica utilizada para o alcance do objetivo proposto foi a revisão integrativa de caráter exploratório e descritivo que retrata a análise sobre a redução de danos entre usuários de álcool e outras drogas, como estratégia de melhoria na qualidade de vida dos usuários.

Para os estudos sobre o assunto, foi consultada à base de dados da biblioteca virtual em saúde (BVS, Brasil), a busca foi realizada pela combinação dos descritores “redução de danos e usuários”, utilizando o operador booleano AND. A busca na base de dados identificou 279 artigos, que após critérios de inclusão e exclusão foram selecionados 16 artigos para construção deste estudo. Os critérios de exclusão foram artigos que não retratavam a temática e não respondiam aos objetivos propostos. Os critérios de inclusão foram (1) artigos dos últimos 10 anos indexados nos bancos de dados e (2) artigos publicados na língua portuguesa. Assim restaram 16 artigos para construção deste estudo. Após a leitura dos títulos e Resumos, foram utilizados cinco artigos. A pesquisa aconteceu no período de abril e maio de 2023.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O programa de redução de danos é considerado no Brasil como um conjunto de estratégias que visa a redução de riscos e danos associados ao uso de substâncias psicoativas, independente de abster-se ou não do seu uso. Diversos ganhos foram observados pelos programas de redução de danos para com os usuários de drogas injetáveis, especialmente no controle de infecções por HIV \ AIDS e hepatite C (Maliska; Padilha; Andrade,2014).

Atualmente é notório que os problemas constituídos pelas drogas são maiores que os danos causados à saúde, como por exemplo as condições de ilegalidade, violência, entre outros. É importante ressaltar também que a redução de danos aborda a prevenção do uso, a promoção da qualidade de vida, a educação e informação, abrangendo a responsabilidade dos usuários e mostrando as consequências do uso de drogas. As ações e estratégias de redução de danos não devem ser confundidas com a legalização das drogas ilícitas e nem como incentivo do uso, muito pelo contrário, a proposta é a diminuição das consequências que o consumo das substâncias psicoativas causam na vida dos usuários , tais como a autoestima baixa, higienização precária, em um total abandono com suas necessidades básicas, tornando-se totalmente vulneráveis a discriminação sendo sujeitos a uma série de resultados negativos, como andar pelas ruas como andarilho em condições lastimáveis, muitas vezes sendo excluído pela sociedade, podendo ter como consequências, infecções graves, baixa da imunidade, sexo comercial sem proteção, podendo ainda ser vítimas de agressões ou apresentar comportamentos agressivos, devido a impaciência, irritabilidade, delírios alucinações (Fernandes,2015; Calassa; Penso; Freitas,2015).

Diante do ambiente propício no Brasil, são inúmeras as experiências locais e programas pautados em políticas públicas que apresentam fragilidades são visíveis perante a população. Vale destacar que as portarias do Ministério da Saúde que normatizam as políticas de saúde mental, álcool e outras drogas não organiza as políticas de redução de danos, as divulgações são, muitas vezes,

simbólicas, os programas implementados raramente são monitorados ou avaliados. Além disso, emergem nesse contexto, várias outras questões, como a validação dos procedimentos, rastreamento de adesão, acompanhamento epidemiológico dos usuários de substâncias psicoativas, entre outros (Calassa; Penso; Freitas, 2015; Souza *et al.*, 2012).

Desde 1998, o governo federal suspendeu a utilização de recursos para custear a troca de seringas, passando a responsabilidade para estados e municípios. Na região de Porto Alegre algumas fragilidades marcou o insucesso do programa de redução de danos, como a precariedade relacionada ao trabalho dos redutores de danos, sujeição ao trabalho voluntário, falta de compromisso das esferas municipais, estaduais e federais. Em São Paulo a fragilidade se deu por conta de uma formação não especializada dos redutores de danos, falta de vínculos de trabalho, divergências locais, preconceito da própria comunidade e a descontinuidade de financiamentos, tendo como um resultado, a diminuição sistemática dos recursos para as ações. Foi observado ainda que o programa de redução de danos devido uma sujeição da esfera municipal apresentou um enfraquecimento ou foram criados padrões diversificados entre as regiões e localidades (Dias *et al.*, 2014). Além disso, observou-se uma dificuldade dos profissionais em aplicar suas práticas com mais clareza, partindo da mudança na qualidade da atenção ao usuário, na articulação com outros dispositivos, na realização da busca ativa, bem como na definição da função do enfermeiro no âmbito da atenção psicossocial (Souza *et al.*, 2018).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo buscou elucidar as principais fragilidades da estratégia de redução de danos na vida dos usuários de álcool e outras drogas. Sabendo-se que as substâncias psicoativas causam diversos transtornos na vida do usuário, porque muitos são os casos de usuários que não consegue se controlar em seu consumo colocando sua vida em situações de riscos é importante ressaltar que as políticas públicas apoiadas pelo ministério da saúde, abrangem vários programas de redução de danos, sendo os mais divulgados os programas de troca de seringas e o uso kits seguros para o consumo do crack. Neste estudo observou-se diversos ganhos sociais por meio dos programas de redução de danos, destinados aos usuários de drogas injetáveis, especialmente no controle das infecções por HIV/AIDS e hepatite C. As fragilidades neste sistema são visíveis, pois foi possível perceber que os programas raramente apresentam não conformidades em sua organização dentro de alguns municípios, bem como dificuldades de adesão do usuário, problemas de falta de compromisso das esferas governamentais, precarização das relações de trabalho, dentre outros. Frente a mudanças ocorridas na política de combate às drogas, em 2021, faz-se necessário mais estudos sobre a temática. Há uma

necessidade de desenvolvimento de pesquisas longitudinais que possibilitem investigar as causas das fragilidades e propor medidas corretivas para os problemas encontrados frente a política de redução de danos, no Brasil.

REFERÊNCIAS

ALFENA ,M.D. Uso de psicotrópicos na atenção primária,2015,dissertação(mestrado),Escola nacional de saúde pública Sérgio Arouca,2015.

CALASSA,G.D.B;PENSO,M.A. FREITAS,L.G de. Redução de danos na visão dos profissionais que atuam no CAPS-AD II, do Distrito Federal,UFJF,V9(2),pag.177-187,dezembro 2015

CORDEIRO,L; GODOY,A; SOARES,C.B. A supervisão como processo educativo: construindo o paradigma de redução de danos emancipatório com a sua equipe de CAPS-AD;departamento de enfermagem em saúde coletiva, escola de enfermagem de São Paulo-USP,cader.ter.ocup.UFSCAR, São Carlos,V22,n.suplemento especial,pag.153-159,2014.

DIAS,A.I. *et al* .Políticas de redução de danos no Brasil: contribuições de um programa Norte Americano, ciência & saúde coletiva,V19(1),pag.147-157,2014.

FERNANDES,M.A. A política de redução de danos e o protagonismo do dependente químico, REV. De enfermagem de UFPI,V4,N.1,pag 1-3,março 2015

MALISKA,I.C.A;PADILHA,M.I;ANDRADE,S.R. Redução de danos em Florianópolis-SC: Uma política estratégica de prevenção e cuidado à saúde, REV.eletrônica d enfermagem,V.16, n.1,p.170-178,março 2014.

OLIVEIRA, J.V.B. de, ARAÚJO, R.C. de, CUNHA, S.B., MOLA, R., PITANGUI, A.C.R.Drogas ilícitas e sua associação com o uso de tabaco e álcool em adolescentes e jovens escolares. Mundo da Saúde 2020,44: 349-357, e0642020.

SOUZA,J,de. *et al*..Intervenções de saúde mental para dependentes de álcool e outrasdrogas:Das políticas á prática cotidiana,V21(4),pag.729-738,dezembro 2018.

RELATO DE EXPERIÊNCIA: PROJETO DE EXTENSÃO SER CRIANÇA EM MINAS

Isadora Cristina dos Passos Silva¹
Leticia Bassi¹
Karen Caroline Almeida Silva¹
Marcela Nolasco¹
Ricardo da Silva Taroco¹
Marcela Nolasco²

RESUMO: A educação em saúde em ambientes escolares e creches é fundamental para promover a saúde e prevenir doenças entre crianças. A interação nesses espaços facilita a disseminação de conhecimentos sobre hábitos saudáveis, contribuindo para o crescimento e desenvolvimento saudável. O acompanhamento da saúde infantil, por meio da puericultura, é essencial para identificar e atender às necessidades básicas das crianças. Este projeto de extensão, "Ser Criança em Minas", realizado por discentes de enfermagem e psicologia, teve como objetivo melhorar a qualidade de vida de crianças em situação de vulnerabilidade social. Através de encontros mensais, ações individuais e coletivas, e estratégias de sensibilização, foram abordados temas relacionados ao autocuidado e bem-estar psicossocial. O projeto envolveu 20 crianças de 02 a 05 anos da Creche Sace, em São João del Rei. Os resultados mostraram uma melhoria na assistência à saúde infantil na creche, com atenção especial para alimentação, higiene, segurança e imunização. Durante as intervenções, foram identificadas alterações no crescimento de duas crianças, que foram encaminhadas para avaliação especializada. Houve uma preocupação em estabelecer um plano de cuidados de enfermagem, com acompanhamento periódico e encaminhamentos necessários. A iniciativa destacou a importância da presença de profissionais de enfermagem e psicologia nas creches, visando um cuidado integral às crianças. A introdução de educação em saúde nessas instituições demanda tempo, estudo e apoio político e financeiro. No entanto, é essencial para melhorar a qualidade de vida infantil e atender às demandas de saúde da população mais vulnerável.

Palavras-Chave: Cuidado da Criança. Qualidade de vida. Ações educativas.

1 INTRODUÇÃO

A educação em saúde, em escolas e creches, deve ser compreendida como uma importante ferramenta para a promoção da saúde e para a prevenção de doenças e agravos. Essa prática encontra-se associada a melhores condições de vida e de saúde das crianças. Contudo, para alcançar de maneira eficaz o conhecimento adequado de saúde, é indispensável identificar e atender as necessidades básicas da população alvo, sendo imprescindível a adoção de mudanças no comportamento, práticas e atitudes (Oliveira; Gonçalves, 2004).

Um dos espaços mais importantes para educação em saúde infantil é a escola, pois possibilita

¹ Discentes do curso de Enfermagem do Centro Universitário Presidente Tancredo Almeida Neves- UNIPTAN.

² Docente do curso de Enfermagem do Centro Universitário Presidente Tancredo Almeida Neves- UNIPTAN.

a interação de estudantes, comunidade e equipe de saúde com maior adesão e facilidade. É possível levar as crianças a desenvolverem conhecimentos e habilidades em relação à hábitos saudáveis de vida que influenciam diretamente em seu crescimento e desenvolvimento (Gubert *et al.*, 2009).

Visando avaliar o crescimento e o desenvolvimento, bem como a promoção da saúde, é recomendado a realização da puericultura. A assistência em puericultura pode ser intercalada entre uma consulta com médico pediátrico e o enfermeiro. O Ministério da Saúde recomenda um número mínimo de consultas para cada fase da vida, sendo assim na primeira fase (que vai do nascimento até 01 ano de vida) são recomendadas minimamente 7 consultas que acontece na 1º semana, e no 1º, 2º, 4º, 6º, 9º e 12º mês de vida. Na segunda fase (vai de 01 ano até 02 anos) é indicado 2 consultas (18º e 24º mês de vida), a partir de então são realizadas consultas anuais, com acompanhamento pelo médico pediatra. A preconização não é obrigatória, podendo o serviço de saúde optar por um maior número de consultas, mas não podendo ser menor, visto que os números de consultas são mínimos para cada fase. O número de consultas é influenciado apenas nas necessidades da mãe e da criança (BRASIL, 2012, Silva, Silva e Figueiredo, 2017).

O objetivo do presente projeto foi elaborar estratégias abrangendo crianças sobre situação de carência de cuidados, nos aspectos físicos, mentais e sociais as quais fazem parte de comunidades consideradas de renda financeira baixa ou em situação de pobreza. A promoção da saúde e os cuidados de enfermagem direcionados para a atenção à saúde das crianças e adolescentes constituem uma estratégia importante para melhora da qualidade de vida desse grupo. Esses cuidados são desde as ações da Atenção Básica, no sentido geral, como realização de exames físicos, como, mensuração de temperatura, cuidados paliativos, como doação de objetos pessoais, incluindo até mesmo os de higiene pessoal e propostas de palestras sobre autocuidado, melhorando a autoestima das crianças em relação a sua saúde mental.

2 METODOLOGIA

Trata-se de relato de experiência baseado em um projeto de extensão. O projeto caracterizou-se por encontros mensais, ações individuais e coletivas, além de estratégias de sensibilização, orientações e educação para a saúde da população a respeito do autocuidado ofertados pelos discentes do curso de Graduação de Enfermagem e do Curso de Graduação em Psicologia, que compõem a Liga Acadêmica de saúde mental, acompanhados por 01 docente do curso de Enfermagem. As abordagens foram pautadas em esclarecimentos em relação à condição e qualidade de vida, ressaltando-se os cuidados necessários para evitar complicações de saúde e as possibilidades e caminhos de se viver bem. O público-alvo do projeto foram 20 crianças, entre 02 e 05 anos, que frequentam a Creche Sace, no município de de São João del Rei. O projeto foi baseado nos objetivos

do desenvolvimento sustentável, abrangendo as seguintes metas: (1) Melhorar a saúde e qualidade de vida das crianças da Creche Sace e (2) Realizar ações educativas melhorando o desempenho em atividades psicossociais e mentais.

As ações foram realizadas uma vez por mês, tendo cinco encontros. Foram utilizados para acompanhar o desenvolvimento da criança: diálogo com as professoras da creche buscando informações sobre as crianças, exame físico, preenchimento dos gráficos de crescimento infantil, acompanhamento de desenvolvimento social, de linguagem e psicomotor. Ao se depararem com crianças com crescimento desfavorável ou intercorrências, os discentes da liga acadêmica transmitiram as informações aos professores e orientaram sobre a necessidade de um acompanhamento especializado, e/ou encaminhamento ao Centro de Especialidades Médicas e Odontológicas de São João del-Rei (CEM).

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A inserção do profissional de enfermagem e de psicologia em uma creche em como objetivo aprimorar a assistência à criança nela institucionalizada. Para o Ministério da Saúde “os cuidados com a saúde infantil estão entre as ações essenciais do Ministério da Saúde” (BRASIL. 2004).

A partir dos conhecimentos adquiridos nos cursos de graduação em enfermagem e psicologia, a avaliação e a assistência a ser oferecida na creche atinge um amplo espectro de ações. Isso ocorre pelo vínculo de confiança estabelecido entre os atores envolvidos e, também pela preocupação em satisfazer as necessidades físicas e emocionais das crianças. Os acadêmicos que compõem a liga acadêmica mostraram-se preocupados com a alimentação, higiene, segurança, imunização, entre outros, atingindo assim um olhar holístico.

Esta assistência foi estabelecida por meio de um plano de cuidados de enfermagem na creche, composto pelo atendimento de 20 crianças com registro de informações relevantes acerca da condição de saúde da criança em impresso para os registros de enfermagem, exame físico periódico e outros achados importantes para proporcionar uma assistência integral à criança.

Dentre as ações desenvolvidas no projeto de extensão foram realizadas brincadeiras, exame físico completo, direcionamentos e encaminhamentos para outros profissionais de saúde, de acordo com a necessidade de cada criança.

Durante as intervenções, foram detetadas duas crianças com alterações no crescimento. Na avaliação física as alterações encontradas foram: alteração na dentição e desvio de septo nasal. A criança que apresentava cárie dentária foi encaminhada para o CEM. Os professores da creche foram orientados sobre a importância do acompanhamento nos serviços de saúde.

Uma avaliação holística da criança resulta de uma avaliação do seu bem-estar, bem como dos dados obtidos em relação ao seu histórico de saúde e familiar, bem como de exame físico e da avaliação do desenvolvimento, de acordo com a faixa etária (Hockenberry; Winkelstein, 2006). Os acadêmicos apresentaram dificuldades em obter dados acerca do histórico familiar, tendo em vista que os pais não conseguiam estar presentes na creche nos horários de intervenção.

O exame físico é de grande importância na infância e realizado com uma determinada periodicidade nas crianças institucionalizadas permite um acompanhamento integral nos aspectos físico, emocional e psicológico (Childers, 2006, Hockenberry; Winkelstein, 2006). No projeto todas as crianças foram avaliadas e realizadas as orientações e encaminhamentos necessário. Foi observado melhora em relação à saúde bucal, após as intervenções e encaminhamentos.

4 CONCLUSÃO OU CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos últimos anos, a saúde pública, no Brasil, tem passado por inúmeras transformações resultando em melhorias no acesso e na qualidade da assistência em saúde. Porém, é notório o alcance de metas em saúde, principalmente no que diz respeito à saúde da criança, precisa melhorar.

O projeto de extensão “Ser criança em Minas” o compartilhamento de informações, conhecimento para todos os envolvidos nas ações, proporcionando uma melhora direcionada a assistência às crianças. Atualmente, observa-se uma grande preocupação em se introduzir educação em saúde para as crianças e adolescentes, bem como atender suas necessidades básicas, permitindo assim um cuidado integral para estes grupos etários.

O projeto trouxe à tona a discussão sobre a necessidade de enfermeiros e psicólogos no que fiz respeito ao cuidado à criança institucionalizada na creche. Entretanto, trazer este debate em pauta mostra a importância de incorporar ações de saúde dentro das ações e cuidados prestados à criança institucionalizada. Introduzir essa temática nas instituições demanda tempo, estudo e interesse político e econômico.

Sendo assim, para realizar seu trabalho de maneira ampla, tanto os acadêmicos, em creches precisam conhecer as demandas dos professores para programar ações de promoção à saúde, bem como ações educacionais, no âmbito escolar e contribuir para melhoria da qualidade de vida infantil.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. (Cadernos de Atenção Básica n. 33) [legislação na internet]. Brasília (DF); 2012.

CHILDERS, K. Problemas de saúde para bebês e crianças na pré-escola. In: HOCKENBERRY, M. J.; WINKELSTEIN, W. Wong: Fundamentos de enfermagem pediátrica. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

GUBERT, F. A. *et al.* Tecnologias educativas no contexto escolar: estratégia de educação em saúde em escola pública de Fortaleza-CE. Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia, v. 11, n. 1, p. 165-172, 2009.

HOCKENBERRY, M. J.; WILKELSTEIN, W. Avaliação do desenvolvimento físico da criança. In: Wong: Fundamentos de enfermagem pediátrica. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

OLIVEIRA, H. M.; GONÇALVES, M. J. F. Educação em saúde: uma experiência transformadora. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, DF, v. 57, n. 6, p. 761-763, 2004.

SILVA D.M., SILVA J.G.V., FIGUEIREDO C.A.R. Assistência de enfermagem em puericultura: um estudo bibliográfico. Revista Saber Científico [periódicos na internet]. 2017.

IMPORTÂNCIA DA AUDITORIA EM AMBIENTE HOSPITALAR

Alexandre Thiago Lara
Guilherme Henrique Ribeiro Resende
Ivanilda Aparecida de Oliveira
Verônica Balbino da Silva¹
Jane Daisy de Sousa Almada Resende
Jaíne das Graças Oliveira Silva Resende²

RESUMO: A auditoria desempenha um papel crucial na garantia da efetividade e transparência das operações comerciais, sendo essencial em diversos setores, inclusive na área da saúde. Além de identificar erros e fraudes, a auditoria contribui para a eficiência dos processos empresariais e para a tomada de decisões informadas. No contexto hospitalar, onde a qualidade dos serviços é fundamental, a auditoria se torna ainda mais relevante. Este artigo destacou a importância da auditoria hospitalar como ferramenta para avaliar os impactos nos processos organizacionais das instituições de saúde. A auditoria hospitalar visa garantir a qualidade dos serviços prestados, identificar falhas nos processos internos e otimizar o uso dos recursos disponíveis. Ao abordar a auditoria hospitalar, foram discutidos tipos específicos de auditoria, como interna e externa, e enfatizada a necessidade de observar os padrões e normas internacionais para garantir a qualidade do processo. Além disso, foram mencionados os desafios enfrentados pelas instituições de saúde, como o surgimento de novas tecnologias e procedimentos, aumento dos custos dos serviços e a necessidade de garantir a qualidade e humanização do atendimento. Nesse contexto, a auditoria é uma ferramenta essencial para garantir a eficiência operacional e a qualidade dos serviços prestados pelas instituições de saúde. Portanto, conclui-se que a administração hospitalar requer uma compreensão profunda dos desafios e necessidades dos serviços de saúde, e a auditoria desempenha um papel fundamental nesse processo, contribuindo para o sucesso e excelência das instituições de saúde.

Palavras-Chave: Ambiente hospitalar 1. Qualidade 2. Auditoria e Saúde 3.

1 INTRODUÇÃO

A auditoria é uma ferramenta fundamental para garantir a efetividade e a transparência das operações comerciais. Desde sua origem, há vários séculos, ela tem sido utilizada para controlar bens e avaliar a qualidade do serviço prestado. Hoje em dia, a auditoria é um requisito essencial em todos os campos de negócios, seja nas áreas exatas, de saúde ou humanas (Oliveira, *et al.*, 2012; Souza *et al.*, 2010; Goiás, 2005).

Através da auditoria, é possível identificar eventuais erros e fraudes, além de avaliar a

¹ Discentes do curso de Enfermagem do Centro Universitário Presidente Tancredo Almeida Neves- UNIPTAN.

² Docente do curso de Enfermagem do Centro Universitário Presidente Tancredo Almeida Neves- UNIPTAN.

E-mail para contato: guilhermehrr5@gmail.com.

eficiência e eficácia dos processos empresariais. Com isso, a auditoria contribui para a tomada de decisões informadas e ajuda a prevenir perdas financeiras, reputacionais e legais (Claudino *et al.*, 2013).

Em geral, a auditoria é realizada por profissionais especializados, que seguem padrões e normas internacionais para garantir a qualidade e a confiabilidade do processo.

Neste sentido, ressalta-se que a preocupação com a qualidade na prestação de serviços de saúde remonta a tempos antigos e é um tema cada vez mais importante nos dias de hoje. No caso dos hospitais, que é um sistema complexo, com diversas atividades que estão diretamente relacionadas com a qualidade dos resultados e a satisfação do cliente, a qualidade dos serviços de saúde é medida através de indicadores que avaliam a efetividade, a segurança, a eficiência, a acessibilidade e a humanização do atendimento. Assim, a adoção de medidas de melhoria contínua da qualidade é fundamental para garantir a excelência dos serviços prestados e, conseqüentemente, a satisfação dos pacientes (Simões, 2003).

Para utilizar a auditoria hospitalar como ferramenta reguladora, é necessário entender que existem tipos específicos de auditoria, assim é preciso observar os modelos de auditorias internas e externas. A auditoria externa é realizada por auditores independentes que não possuem ligações com as empresas auditadas. Sua função é avaliar os diversos sistemas internos das empresas e comprovar a veracidade dos dados adquiridos. Já a auditoria interna é realizada por profissionais colaboradores da própria empresa, e sua função é averiguar os processos contábeis e de controle interno, preservando a coerência entre os procedimentos internos e as políticas definidas pela empresa (Brasil, 2000; Vieira, 2014).

Complementarmente, o surgimento constante de novos procedimentos e tecnologias, somado ao aumento dos custos dos serviços, tem sido um desafio para as instituições de saúde. É preciso avaliar cuidadosamente os benefícios e os custos das novas tecnologias e procedimentos, para que possam ser utilizados de forma racional e eficiente. Além disso, a qualidade na prestação de serviços de saúde não se resume apenas ao uso de tecnologias e procedimentos avançados. A humanização do atendimento, a comunicação clara e efetiva com os pacientes e seus familiares, o respeito à dignidade e aos direitos do paciente, são fatores cruciais para a promoção da qualidade e da excelência no cuidado em saúde (Zanon, 2001).

Sendo assim, este trabalho teve como objetivo destacar a importância da auditoria em ambiente hospitalar como uma ferramenta para avaliar os impactos no processo organizacional da instituição.

2 DESENVOLVIMENTO (REFERENCIAL TEÓRICO)

2.1 Auditoria Hospitalar

A auditoria hospitalar é uma atividade essencial para garantir a qualidade dos serviços prestados em um ambiente hospitalar. Ela consiste em avaliar a adequação e efetividade dos processos e procedimentos realizados pelos profissionais da saúde, bem como a utilização dos recursos disponíveis, visando maximizar a eficiência e reduzir custos desnecessários (Emídio *et al.*, 2013)

Um dos principais objetivos da auditoria hospitalar é identificar possíveis falhas nos processos internos da instituição, a fim de aprimorar os serviços prestados e garantir a segurança do paciente. Por meio da análise dos registros e da observação direta das atividades, os auditores podem detectar problemas como erros de diagnóstico, tratamentos inadequados, falta de higiene e segurança, e até mesmo fraudes e desvios de recursos (Dias, 2011).

Além disso, a auditoria hospitalar também pode contribuir para a otimização dos recursos financeiros da instituição. Ao avaliar o uso dos recursos materiais e humanos, os auditores podem identificar práticas desnecessárias ou ineficientes, reduzir desperdícios e despesas desnecessárias, e orientar a gestão sobre investimentos mais rentáveis (Scarparo, 2007).

Para que a auditoria hospitalar seja efetiva, é necessário que a equipe responsável tenha conhecimento técnico e experiência na área da saúde, além de habilidades de comunicação e negociação. É importante que os auditores sejam capazes de se comunicar com os profissionais da saúde de forma clara e objetiva, sem interferir no trabalho da equipe, e que sejam capazes de propor soluções viáveis e adaptáveis à realidade institucional (Dias *et. al.*, 2011).

Em Resumo, a auditoria hospitalar é uma atividade fundamental para aprimorar a qualidade dos serviços prestados em um ambiente hospitalar, garantir a segurança do paciente e maximizar a eficiência dos recursos disponíveis. Por isso, é importante que as instituições de saúde valorizem e invistam nessa atividade, para garantir um atendimento cada vez melhor e mais efetivo aos pacientes

2.2 Hospital: antes e pós Auditoria

A auditoria em um hospital pode ter um impacto significativo na qualidade dos serviços prestados e na eficiência operacional da instituição. Antes da auditoria, muitos hospitais enfrentam problemas de gestão, desperdício de recursos, falta de equipamentos e suprimentos e, em alguns casos, até mesmo casos de corrupção (Mota, 2003)

A realização de uma auditoria é uma medida proativa que permite avaliar a situação atual do hospital, identificar problemas e implementar soluções para melhorar a qualidade do atendimento e reduzir custos desnecessários. Uma auditoria bem-sucedida pode ajudar a equipe do hospital a identificar onde as mudanças devem ser feitas e onde é necessário concentrar os esforços para melhorar a eficiência (Pinto, 2010).

Após a auditoria, o hospital pode se beneficiar de uma série de melhorias. Em primeiro lugar, a instituição terá um melhor controle de seus recursos, o que ajudará a reduzir o desperdício e garantir que os equipamentos e suprimentos estejam disponíveis quando necessário. Isso também pode ajudar a melhorar a qualidade do atendimento aos pacientes, reduzindo o tempo de espera e aumentando a segurança do paciente (Camargo e Pereira, 2017).

Além disso, a auditoria pode ajudar a melhorar a transparência e a responsabilidade do hospital. Ao identificar e resolver problemas, a instituição pode aumentar a confiança do público e fortalecer sua reputação. A auditoria também pode ajudar a garantir que os recursos do hospital sejam usados de forma responsável e que o dinheiro seja investido em áreas que beneficiem diretamente os pacientes (Chiavenato, 2006).

3 METODOLOGIA DE ESTUDO

Durante as aulas da disciplina de Projeto Integrador IV, os alunos do sétimo período de Enfermagem do Centro Educacional Presidente Tancredo de Almeida Neves – UNIPTAN foram convidados pela docente responsável pela disciplina a elaborarem um artigo científico que abordassem temas relacionados às disciplinas estudadas no curso

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Segundo Fontinele Júnior (2002) a administração hospitalar é uma área complexa que envolve a gestão de múltiplos setores e serviços, além de profissionais de diferentes áreas, como médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, administradores e demais colaboradores. Diferentemente de outras instituições, um hospital tem como objetivo primordial prestar serviços de assistência à saúde de qualidade e garantir a segurança dos pacientes.

Além disto, Ciampone e Kurcgant (2004), relata que a administração hospitalar precisa lidar com questões específicas, como a gestão de recursos humanos altamente especializados, aquisição de equipamentos e insumos médicos, além de garantir a disponibilidade de medicamentos e outros materiais necessários para o atendimento. Também é necessário gerir as demandas de pacientes e familiares, gerenciar os processos de internação e alta hospitalar, além de manter o controle de

qualidade dos serviços prestados.

Assim, Padilha e Nassar (2009) afirmam também que para que a administração hospitalar possa ser eficiente, é fundamental que haja uma comunicação clara e efetiva entre as diferentes áreas e profissionais, além de um planejamento estratégico bem definido. Também é importante investir em tecnologia e automação para otimizar processos e reduzir custos.

Sendo assim, Ferreira (2008) coloca como ponto crucial na administração hospitalar a gestão de riscos e a garantia da segurança do paciente. Logo, a administração hospitalar deve implementar protocolos e procedimentos de segurança para minimizar a ocorrência de erros médicos e outros incidentes que possam colocar em risco a saúde e o bem-estar dos pacientes.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que a administração hospitalar é uma área complexa que requer habilidades específicas e uma compreensão profunda dos desafios e necessidades dos serviços de assistência à saúde. Com uma gestão eficiente e um planejamento estratégico bem definido e só é possível garantir a qualidade dos serviços prestados, a segurança do paciente, o sucesso da instituição de saúde se houver um compromisso de equipe de trabalho e auxilia da auditoria hospitalar.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei nº 9.961**, de 28 de janeiro de 2000. (2000). Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS e outras providências. Diário Oficial da União, Brasil, 2000.

CAMARGO L.R.L.; PEREIRA G.R. Análise dos registros realizados pela enfermagem e o possível impacto na auditoria: uma revisão da literatura nacional. **Revista de Administração em Saúde**. v.17, n.68, p.1-11; 2017.

CIAMPONE M.H.T, KURCGANT P. O ensino de administração em enfermagem no Brasil: o processo de construção de competências gerenciais. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília (DF). v.57, n. 4,p. 401-7; 2004.

CHIAVENATO, I. **Administração: teoria, processo e prática**. 4. ed. São Paulo: Campus, 2006.

CLAUDINO HGE *et al.* Auditoria em registros de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Revista de Enfermagem**. UERJ., Rio de Janeiro. v.21, n.3, p.397- 402; 2013

DIAS TCL, Santos J.L.G, Cordenuzzi OCP, Prochnow AG. Auditoria em enfermagem: revisão sistemática da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 64n. 5, p. 931-7; 2011.

EMIDIO, L. *et al.* Acreditação hospitalar: estudo de casos no Brasil. **Perspectivas em Gestão & Conhecimento**. v. 3, n. 1, p. 98-113, 2013.

FERREIRA, L. C. M. **O poder nas organizações hospitalares: administradores hospitalares fantoches da hegemonia hierárquica médica?** [Dissertação Mestrado em administração] - Faculdade Novos Horizontes, Belo Horizonte, 2008.

FONTINELE JUNIOR, K. **Administração Hospitalar**. Goiania: AB, 2002. (Coleção curso de enfermagem)

GOIÁS. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Controle e Avaliação Técnica de Saúde de Goiás. **Manual de Normas e Procedimentos de Auditoria**. Goiânia: SES/SCATS. 2005.

MOTTA A.L.C. **Auditoria de Enfermagem nos hospitais e operadoras de planos de saúde**. 3ª ed. São Paulo: Iátria; 2003.

OLIVEIRA D.S, GOMES G.F.F; PORTO L.C.M. A importância da auditoria interna no processo de gestão das organizações em um ambiente globalizado e cada vez mais competitivo. **Rev. Ciências Gerenciais**. v. 1, n. 1, p. 2-19; 2012.

PADILHA, I. M. B. M; NASSAR, M. R. F. A formação do gestor para organizações de saúde. *In: XIV ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA PUC-CAMPINAS*. Anais. Campinas: PUC, 2009.

PINTO, K.A, MELO M.M. A prática da enfermeira em auditoria em saúde. **Revista Escola Enfermagem USP**. v.44, n.3, 2010.

SCARPARO, A.F. **Auditoria de Enfermagem: identificando sua concepção e métodos**. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2007

SIMÕES, W.J. **Qualidade total: a seleção natural dos serviços hospitalares**. Disponível em: <http://www.saudebusinessweb.com.br/home.vxlpub>. Acesso em: 02 mai. 2023

SOUZA L.A.A.S, DYNIEWICZ AM, KALINOWSKI LC. Auditoria: uma abordagem histórica e atual. **Rev. RAS**. v. 12, n. 47, p.71-78; 2010

VIEIRA A.P.T. Enfermeira auditora uma ferramenta importante para a qualidade do serviço em saúde em hospitais privados. **Rev. Especialize**. v.9, n. 1, p.13. 2014.

ZANON U. **Qualidade da assistência médico-hospitalar: conceito, avaliação e discussão dos indicadores de qualidade**. São Paulo: Médice; 2001.

A IMPORTÂNCIA DA ENFERMAGEM DE FLORENCE NOS DIAS ATUAIS

Andreia Andrade dos Santos¹
Fernanda Keller Silva Oliveira²
Giovanna Schneider²

RESUMO: O artigo aborda a relevância da enfermagem Florence, fundamentada nos princípios estabelecidos por *Florence Nightingale*, para a saúde e o bem-estar da população contemporânea. *Florence Nightingale*, reconhecida como a mãe da enfermagem moderna, revolucionou a prática profissional ao priorizar a higiene, organização e eficiência nos cuidados aos pacientes durante a Guerra da Crimeia. A pesquisa, conduzida por meio de uma revisão bibliográfica, teve como objetivo discutir a importância da enfermagem Florence nos dias atuais, baseada em seis artigos selecionados com critérios de relevância científica. A discussão destaca que a enfermagem Florence desempenha diversas funções essenciais, desde o cuidado básico às necessidades do paciente até o auxílio em procedimentos médicos complexos, como em UTIs. Além disso, ressalta-se o papel da enfermagem na promoção da saúde, prevenção de doenças e na participação em equipes multidisciplinares. A conclusão enfatiza que os ensinamentos de *Florence Nightingale* elevaram a qualidade da assistência à saúde, proporcionando conforto e humanização aos pacientes. Atualmente, os profissionais da enfermagem adotam uma abordagem holística, considerando não apenas a doença, mas todo o contexto do paciente. Assim, a enfermagem Florence continua desempenhando um papel crucial na promoção da saúde e no tratamento de doenças, contribuindo significativamente para o desenvolvimento da prática profissional e garantindo o bem-estar da população.

Palavras-Chave: Enfermagem Florence. História da enfermagem. Teoria da enfermagem.

1 INTRODUÇÃO

A enfermagem florence, baseada nos princípios estabelecidos por *Florence Nightingale* no século XIX, desempenha um papel crucial na saúde e no bem-estar das pessoas em todo o mundo. *Nightingale*, através de seu trabalho incansável e sua dedicação aos cuidados humanizados, mudou o curso da enfermagem e estabeleceu o padrão para a prática profissional moderna (Magalhães e Reis, 2021).

O nome enfermagem florence foi dado em homenagem a *Florence Nightingale*, que foi uma enfermeira inglesa que se destacou por sua atuação durante a Guerra da Crimeia. Florence, ao

¹ Docente do curso de Enfermagem do Centro Universitário Presidente Tancredo Almeida Neves- UNIPTAN.

² Discentes do curso de Enfermagem do Centro Universitário Presidente Tancredo Almeida Neves- UNIPTAN.

observar as condições dos hospitais durante a guerra, desenvolveu uma metodologia de trabalho que priorizava a higiene, a organização e a eficiência no cuidado aos pacientes. *Florence Nightingale*, considerada a mãe da enfermagem moderna, foi uma das principais responsáveis pela consolidação e valorização da profissão (Medeiros, Enders, Lira, 2015).

A enfermagem é uma profissão que atua em diversas áreas, como hospitais, clínicas, empresas, escolas, dentre outras. O objetivo principal da enfermagem é proporcionar cuidados de saúde aos indivíduos, garantindo a qualidade de vida e bem-estar (Farias, *et al.*, 2021).

Neste artigo, discuti-se a importância da enfermagem florence atualmente, bem como as principais contribuições da enfermagem para a saúde e bem-estar da população.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica baseada em artigos científicos. A busca foi realizada nas bases de dados Scielo e Lilacs. Foram utilizados os descritores "Enfermagem Florence", "História da Enfermagem", "Teoria de enfermagem". Os critérios de inclusão foram: artigos publicados entre 2010 e 2022, em português e artigos completos. A amostra final foi composta apenas por 06 artigos, incluindo apenas as de maior relevância para este estudo, que apresentassem um embasamento científico que contribuísse significativamente para o desenvolvimento deste artigo.

3 DISCUSSÃO

A enfermagem florence é responsável por diversas funções que vão desde o cuidado com a higiene do paciente até a administração de medicamentos e o auxílio no tratamento de doenças crônicas. Segundo Silveira *et al.* (2019, p.3),

“as principais funções da enfermagem florence são: cuidar do paciente em todas as suas necessidades básicas, como alimentação, higiene, mobilização, entre outras; administrar medicamentos conforme prescrição médica e acompanhar a evolução do quadro clínico do paciente”.

Além disso, a enfermagem florence também é responsável por auxiliar em procedimentos médicos, como curativos, retirada de pontos, aplicação de injeções e sondagens. Segundo Magalhães e Reis (2021, p.8), “a enfermagem florence tem um papel fundamental no auxílio aos médicos durante procedimentos invasivos, garantindo a segurança do paciente e o sucesso do tratamento”.

Outra função importante da enfermagem florence é o acompanhamento e monitoramento de pacientes em estado grave, como os que estão internados em UTI (Unidade de Terapia Intensiva). De acordo com Souza *et al.* (2020, p.7),

“a enfermagem florence é responsável por monitorar constantemente os pacientes em UTI, realizando medidas de prevenção de infecções hospitalares, acompanhando a evolução do quadro clínico e garantindo que o tratamento prescrito esteja sendo realizado corretamente”.

3.1 A importância da enfermagem florence atualmente

A enfermagem florence é fundamental na atualidade, pois tem um papel importante na promoção da saúde e no auxílio ao tratamento de doenças. Segundo Farias *et al.* (2021), “a enfermagem florence é responsável por garantir a segurança e o bem-estar do paciente durante todo o processo e internação hospitalar, desde a admissão até a alta”. Além disso, a enfermagem florence também é responsável por promover a humanização no atendimento aos pacientes, o que é essencial para o tratamento de doenças. Segundo Oliveira *et al.* (2020, p.3), “a enfermagem florence é responsável por garantir um atendimento humanizado aos pacientes, ouvindo suas queixas e necessidades, oferecendo suporte emocional e prestando cuidados que vão além do aspecto físico”.

Outro ponto importante é que a enfermagem florence tem um papel crucial no auxílio ao tratamento de doenças crônicas, como diabetes e hipertensão. Segundo Souza *et al.* (2020, p.2), “a enfermagem florence é responsável por orientar os pacientes sobre a importância de manter uma alimentação saudável”.

3.1.1 Cuidados de enfermagem de qualidade

A enfermagem florence é conhecida por fornecer cuidados de enfermagem de qualidade aos pacientes. Os enfermeiros são responsáveis por avaliar a condição de saúde dos pacientes e fornecer cuidados adequados e individualizados. Os enfermeiros também são responsáveis por administrar medicamentos, monitorar sinais vitais, realizar procedimentos e ajudar os pacientes em suas atividades diárias.

3.1.2 Prevenção de doenças e promoção da saúde

A enfermagem florence também é responsável por promover a saúde e prevenir doenças. Os enfermeiros são responsáveis por educar os pacientes sobre a importância da prevenção de doenças,

fornecer informações sobre hábitos de vida saudáveis e identificar sinais de alerta precoce para doenças.

3.1.3-Participação em pesquisas e desenvolvimento de tratamentos

A enfermagem florence também contribui para a pesquisa e desenvolvimento de tratamentos. Os enfermeiros são responsáveis por coletar dados e informações sobre a condição de saúde dos pacientes e colaborar com outras áreas da saúde no desenvolvimento de novos tratamentos e técnicas de cuidado.

3.1.4 Atuação em equipes multidisciplinares

A enfermagem florence também tem contribuído para a atuação em equipes multidisciplinares. Os enfermeiros trabalham em conjunto com outros profissionais de saúde, como médicos, fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos, para garantir um cuidado de saúde completo e integrado.

3.2 A importância da enfermagem florence atualmente

A enfermagem florence continua a ser uma das áreas da saúde mais importantes atualmente. Algumas das principais razões que tornam a enfermagem florence tão importante incluem:

3.2.1-Cuidado holístico

A enfermagem Florence enfatiza o cuidado holístico, que trata o paciente como um todo, considerando não apenas suas necessidades físicas, mas também emocionais e psicológicas. Isso significa que a enfermagem não se concentra apenas na doença do paciente, mas também na prevenção de doenças e na promoção da saúde.

3.2.2-Promoção da saúde

A enfermagem Florence também é importante porque tem como objetivo promover a saúde e prevenir doenças. Os enfermeiros trabalham com pacientes para ajudá-los a manter um estilo de

vida saudável, fornecendo informações sobre nutrição, exercício, higiene pessoal e outros hábitos saudáveis.

3.2.3-Assistência em emergências

A enfermagem Florence é fundamental em emergências, como desastres naturais ou epidemias. Os enfermeiros estão preparados para lidar com situações estressantes e perigosas e são frequentemente os primeiros profissionais de saúde a chegar em locais de emergência.

3.2.4 Papel central na equipe de saúde

A enfermagem Florence desempenha um papel central na equipe de saúde, trabalhando em colaboração com médicos, terapeutas e outros profissionais de saúde para garantir que os pacientes recebam o melhor atendimento possível. Os enfermeiros são responsáveis pela administração de medicamentos, realização de exames e cuidados com os pacientes, além de fornecer suporte emocional e psicológico.

3.2.5 Humanização da assistência

A enfermagem Florence é importante porque humaniza a assistência à saúde, estabelecendo uma relação empática e de confiança com o paciente. Isso ajuda a reduzir a ansiedade e o medo do paciente e a aumentar a adesão ao tratamento. Além disso, os enfermeiros oferecem suporte emocional e psicológico, ajudando os pacientes a lidar com suas emoções durante o tratamento.

4 CONCLUSÃO

A enfermagem Florence auxilia significativamente a promoção da saúde e o tratamento de doenças, desempenhando um papel essencial não só na saúde, mas também, no desenvolvimento da prática dos profissionais atualmente.

Portanto, conclui-se que os ensinamentos trazidos por Florence elevaram a qualidade da assistência prestada ao paciente, oferecendo conforto e humanização. Esses conhecimentos permitiram que atualmente os profissionais da área da saúde tivessem um olhar mais holístico durante o tratamento dos pacientes por eles assistidos, enxergando não apenas a doença, mas também todo o contexto no qual o indivíduo se encontra.

REFERÊNCIAS

FARIAS, J. C. M., *et al.* (2021). Atuação do enfermeiro no processo de cuidar em UTI: uma revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, 15, e15830.

MAGALHÃES, M. L. P., & REIS, P. E. D. (2021). Enfermagem florence: da assistência à pesquisa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 74(suppl 2), e20210155.

MEDEIROS ABA, ENDERS BC, LIRA ABCD. **Teoria ambientalista de Florence Nightingale: uma análise crítica**. Esc. Anna Nery. 2015.

OLIVEIRA, R. L. D., *et al.* (2020). A humanização no cuidado de enfermagem: uma revisão integrativa. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, 12(3), 889-894.

SILVEIRA, R. C. C. P., *et al.* (2019). Percepção de acadêmicos de enfermagem acerca da assistência humanizada: um estudo descritivo. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, 21, e12498. doi: 10.5216/ree.v 21.12498.

SOUZA, V. B. D., *et al.* (2020). Prevenção e controle de infecções em unidade de terapia intensiva: atuação da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 73(suppl 2), e20190209.

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Andreia Andrade dos Santos²
Jussara Aparecida Souza Monteiro²
Marcela Nolasco¹
Victória Regina de Paula²

RESUMO: O artigo aborda a complexa questão da violência doméstica contra a mulher, reconhecida como um grave problema de saúde pública e direitos humanos pela Organização Mundial de Saúde. Desde sua oficialização como agravo pela OMS em 1990 e com a promulgação da Lei do Feminicídio em 2015, a discussão e conscientização sobre esse tema têm crescido. A assistência de enfermagem, especialmente na Estratégia de Saúde da Família, desempenha um papel crucial na identificação e no apoio às vítimas, mas enfrenta desafios na abordagem e acolhimento adequados. A revisão integrativa de método realizada neste estudo buscou compreender as ações do enfermeiro diante da violência contra a mulher, destacando a importância do diálogo, da notificação adequada e da disponibilidade do profissional. Os resultados revelaram a dificuldade das ESF's em lidar com o tema, evidenciando a necessidade de capacitação e apoio interdisciplinar para o enfrentamento efetivo. Ações como o encaminhamento para abrigos, apoio psicológico e elaboração de projetos terapêuticos são recomendadas para prevenir a escalada da violência e proporcionar assistência individualizada. No entanto, a fragilidade da rede de serviços e a falta de articulação entre eles representam desafios adicionais. Conclui-se que a atenção às mulheres vítimas de violência exige uma abordagem ampla e interdisciplinar por parte dos enfermeiros, visando não apenas a identificação e intervenção imediatas, mas também a promoção da saúde e prevenção de recorrências. A conscientização e o engajamento de todos os setores da sociedade são fundamentais para enfrentar efetivamente esse grave problema e garantir o bem-estar das mulheres em situação de vulnerabilidade.

Palavras-Chave: Violência contra a Mulher. Equipe de enfermagem. Saúde pública

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a violência doméstica contra a mulher é considerada um problema de saúde pública e de direitos humanos que atinge uma grande da população em todo o mundo. É um problema que atinge todas as classes sociais. Ocorre desde a antiguidade, mas ganhou foco em 1.990 quando foi finalmente reconhecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como um agravo que deveria ser devidamente tratado pelos serviços de saúde com políticas públicas adequadas e resolutivas.

Ela se manifesta de diferentes formas, como abuso físico, psicológico, sexual e negligência, e ocorre

¹ Docentes do curso de Enfermagem do Centro Universitário Presidente Tancredo Almeida Neves- UNIPTAN.

² Discentes do curso de Enfermagem do Centro Universitário Presidente Tancredo Almeida Neves- UNIPTAN.

dentro do ambiente familiar. A atenção primária à saúde desempenha um papel fundamental na identificação e no tratamento de vítimas de violência doméstica. A notificação adequada desses casos é essencial para garantir a segurança das vítimas, fornece suporte emocional, encaminhamento adequado e intervenção precoce (Chaves, Sanchez, Ribeiro e Nappo, 2017).

Em março de 2015 foi aprovada a Lei 13.104, conhecida como a Lei do Feminicídio, que prevê como circunstância qualificadora do crime de homicídio e o inclui no rol dos crimes hediondos. A partir da aprovação desta lei aumentaram as discussões e surgiram novos significados do papel das mulheres na sociedade. Os casos de feminicídios podem ser categorizados como íntimos, quando o homem que comete o crime é conhecido da mulher; não íntimos com ou sem violência sexual e por conexão, em que uma ou várias mulheres são mortas (Fox, Zawitz, 2004).

Diante do exposto, a assistência de enfermagem realizada de forma adequada é importante em casos de violência doméstica e de feminicídio, que é um conhecido problema de saúde pública. Sendo assim, faz-se necessária a assistência do profissional enfermeiro junto da equipe de Estratégia da Saúde da Família (ESF), pois através do vínculo que esta equipe possui com a comunidade, importantes intervenções poderão ser realizada (Fox, Zawitz, 2004).

Percebe-se uma deficiência no que se refere a forma de abordagem da equipe de enfermagem que atua na atenção básica de saúde frente a esta problemática. Assim enquanto norte faz-se necessário discutir sobre o preparo do profissional de enfermagem frente a casos de violência doméstica. O presente estudo teve como objetivo compreender as ações do enfermeiro da ESF frente a casos de violência contra a mulher

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma Revisão Integrativa de Método, realizada a partir de estudos publicados em bases indexadas, que permitiu a formulação de novos conhecimentos baseados nos resultados encontrados.

Na busca de respostas a questão formulada, foi realizada uma pesquisa exploratória em periódicos da área da saúde, na base de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nos meses de abril e maio de 2023, tendo como finalidade de identificar a produção científica sobre a temática abordada, a fim de esclarecer conceitos e ideias, sobre as ações do enfermeiro frente à violência contra a mulher.

A escolha dos artigos foi realizada pelos autores diante da leitura dos títulos, do Resumo e dos descritores Este método foi utilizado objetivando uma interpretação ampliada dos estudos incluídos, por conter informações primordiais e por conceder uma análise constante dos dados O

passo seguinte foi a organização, comparação e o agrupamento das informações para a escrita. A amostra final desta revisão foi composta por oito artigos científicos, selecionados pelos critérios de inclusão previamente estabelecidos (Cavalcanti, Freires, Júnior, Gonçalves, Morais, Lira-Júnior e Batista, 2011).

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Atualmente, reconhece-se a violência contra a mulher como grave problema de saúde pública. A mulher que sofre violência, de acordo com os estudos tem idade entre 20 e 59 anos, são negras e residem no interior ou na periferia das cidades (Marques, Riquinho, Santos e Vieira, 2017; Rodrigues, Rodrigues e Ferreira, 2017; Silva e Ribeiro, 2020).

No estudo que objetivou analisar as situações limitadoras e potencializadoras da prática assistencial das ESF's à mulher em situação de violência, ficou evidente uma dificuldade em relatar a violência, assim um impedimento dos profissionais em abordar o assunto e em acolher a mulher. O silêncio feminino é uma grande barreira para a tomada de decisões e se torna um obstáculo para o acolhimento (Silva, Padoin e Vianna, 2013).

Para a mulher que sofre violência, muitas vezes, o diálogo significa um momento de acolhida, permitindo reduzir a sua ansiedade. Muitas mulheres relataram que o simples fato de serem ouvidas por profissionais de saúde são a única possibilidade de enfrentamento (Marques, Riquinho, Santos e Vieira, 2017; Silva, Padoin e Vianna, 2013).

Para prevenir o agravamento da situação, e um possível feminicídio, faz-se necessário a disponibilidade do enfermeiro frente ao caso, tornando-se uma referência para a mulher, quando estas sentirem vontade ou necessidade de falar sobre a situação violenta. Ao enfermeiro cabe a reflexão acerca da sua capacidade em prestar cuidado à mulher vítima de violência, pois nem todos são capazes de fazê-lo (Silva., Gomes, Oliveira. Marques, Fonseca, Martins, 2015).

Os serviços de saúde podem agir através do reconhecimento e da notificação da violência contra a mulher, assegurada na legislação brasileira, pela Lei Maria da Penha. Em 2007 foi criado o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência Contra a Mulher, uma estratégia de gestão visando orientar as políticas de enfrentamento à violência contra mulheres, buscando garantir a prevenção e o combate à violência, a assistência e a garantia de direitos às mulheres. Este Pacto reafirma a necessidade de uma ação em conjunto dos diversos setores envolvidos com a questão, tais como a área da saúde, segurança pública, justiça e educação. O objetivo é propor ações que diminuam as desigualdades e combatam as discriminações de gênero e a violência contra as mulheres, bem como visa a garantia de um atendimento qualificado e humanizado às mulheres vítimas de violência.

Dentre estes serviços quem compõem a rede de enfrentamento à violência contra as mulheres podemos destacar Atenção Básica de Saúde (Silva, Padoin e Vianna, 2013).

Visando a prevenção do feminicídio, a mulher pode ser encaminhada a abrigos garantindo a sua proteção. Às mulheres que apresentam ideação ou tentativa de suicídio, o atendimento deve ser especializado, com apoio psicológico, através do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Torna-se fundamental para a eficácia da assistência prestada, a identificação junto à mulher de formas de proteção e recursos próprios, da família e da comunidade, que possam ampará-la em situações de ameaça à violência. (Marques, Riquinho, Santos e Vieira, 2017; Silva, Padoin e Vianna, 2013).

A elaboração de projetos terapêuticos também é recomendada, valorizando o diálogo entre o profissional de enfermagem e a mulher. Este diálogo é importante para identificar as demandas e possíveis soluções ajudando a mulher lidar com a situação, de forma direcionada e individualizada (Marques, Riquinho, Santos e Vieira, 2017, Silva; Padoin e Vianna, 2013).

O enfermeiro precisa de qualificação e apoio interdisciplinar para enfrentar e lidar com situações de violência contra a mulher, bem como para prestar assistência a esta cliente, principalmente quando o trauma da mulher frente a violência é ocasionado pelo seu acompanhante. A participação e auxílio de vários órgãos governamentais e não governamentais é indispensável neste contexto, tais como acolhimento e abrigo à mulher (Rodrigues, Rodrigues e Ferreira, 2017).

4 CONCLUSÃO OU CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acolher as mulheres em situação de violência é um passo importante para a assistência de qualidade. A fragilidade da rede, expressa na desarticulação entre os serviços, o que dificulta os encaminhamentos de forma correta.

Configura-se ainda um grande desafio para os enfermeiros na estratégia de Saúde da Família, o atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica. O papel do enfermeiro é importante por possuir um contato mais próximo da comunidade, contribuindo assim para a identificação dos casos, bem como a realização de medidas de promoção, prevenção e recuperação a saúde.

Visando maior qualidade no atendimento às mulheres vítimas de violência, é necessário que os enfermeiros ampliem seu olhar sobre esse grave problema de saúde pública, pois compreende diversas dimensões da vida humana. É indispensável um sendo olhar em caráter interdisciplinar e intersetorial para que as reais necessidades dessa mulher sejam atendidas de maneira resolutiva.

REFERÊNCIAS

CAVALCANTI, Y.W., FREIRES, I.A. JÚNIOR E.C., GONÇALVES D.T., MORAIS F.R., LIRA-JÚNIOR, R., BATISTA, A.U.D. Determinação do Nível de Evidência Científica de Artigos sobre Prótese Total Fixa Implanto-Suportada. **R bras ci Saúde** 14(4):45-50, 2011.

CHAVES, T. V., SANCHEZ, Z. M., RIBEIRO, M. S., & NAPPO, S. A. O papel da atenção primária à saúde na notificação de violência doméstica contra a mulher. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, 12(39), 1-12. 2017.

FOX J.A., ZAWITZ M.W. **Homicide trends in the U.S.: 2002 Update** Washington: Bureau of Justice Statistics; 2004.

MARQUES S.S., RIQUINHO D.L., SANTOS M.C., VIEIRA L.B. Estratégias para identificação e enfrentamento de situação de violência por parceiro íntimo em mulheres gestantes. **Rev Gaúcha Enfermagem**. 38(3):e67593, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Estratégia e plano de ação para o reforço do sistema de saúde para abordar a violência contra a mulher**. 54.º Conselho Diretor 67.ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas.

RODRIGUES W.F.G., RODRIGUES R.F.G., FERREIRA F.A. Violência contra a mulher dentro de um contexto biopsicosocial um desafio para o profissional da Enfermagem. **J Nurs UFPE on line.**, Recife, 11(4):1752-8, Apr., 2017.

SILVA, E.B., PADOIN, S.M.D.E.M., VIANNA, L.A.C. Violência contra a mulher: limites e potencialidades da prática assistencial. **Acta Paul Enferm**. 26(6):608-13, 2013.

SILVA, V.G, RIBEIRO, P.M. Violência contra as mulheres na prática de enfermeiras da atenção primária à saúde. **Escola Anna Nery** 24(4)2020.

SILVA C.D., GOMES V.L.O., OLIVEIRA D.C., MARQUES S.C., FONSECA A.D., MARTINS S.R. Representação social da violência doméstica contra a mulher entre Técnicos de Enfermagem e Agentes Comunitários. **Rev Esc Enferm USP**; 49(1):22-29, 2015.

A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE ÀS MULHERES LÉSBICAS: UMA PERSPECTIVA DE CUIDADO E INCLUSÃO

Andreia Andrade dos Santos¹
Amanda Letícia Cristina Cruz²
Elisangela Aparecida de Paiva²
Maria Helena de Almeida Silva²
Maria Laura Lima e Silva²

RESUMO: O artigo aborda a necessidade de uma prática de enfermagem mais inclusiva e equitativa para mulheres lésbicas, bissexuais e travestis, em consonância com os objetivos da Agenda 2030 das Nações Unidas de redução das desigualdades sociais e promoção da igualdade de gênero. Apesar da existência da Política Nacional de Saúde Integral para LGBT, os serviços de saúde enfrentam desafios significativos na prestação de cuidados a esse grupo, refletidos na falta de preparo e na discriminação por parte dos profissionais de saúde. A revisão integrativa realizada buscou analisar a atuação do enfermeiro frente a essas mulheres, identificando barreiras e promovendo estratégias para uma prática mais inclusiva. Destacaram-se a invisibilidade das necessidades de saúde das mulheres lésbicas, a falta de conhecimento e treinamento específico dos profissionais de saúde, e a negligência em relação à orientação sexual durante a anamnese e o atendimento. É essencial que os enfermeiros adotem estratégias para garantir um ambiente acolhedor e sem preconceitos, oferecendo informações claras sobre saúde sexual e reprodutiva, fornecendo suporte emocional e identificando a necessidade de encaminhamento para serviços especializados. Além disso, é fundamental que haja uma abordagem interdisciplinar e sensível às questões de gênero, sexualidade e diversidade, promovendo assim uma assistência integral e de qualidade. Diante disso, conclui-se que a atuação do enfermeiro é crucial para garantir o acesso das mulheres lésbicas aos serviços de saúde e para promover uma assistência livre de preconceitos e discriminação. Por meio de capacitações, atualizações e treinamentos relacionados à diversidade sexual, os enfermeiros podem contribuir significativamente para a promoção da saúde e do bem-estar físico e emocional dessas mulheres.

Palavras-Chave: Assistência de enfermagem. Mulheres lésbicas. Violência de gênero e Saúde da mulher.

1 INTRODUÇÃO

Devido as desigualdades sociais no mundo, as Nações Unidas desenvolveram uma agenda de metas a ser alcançada até 2030 por seus países membros, inclusive o Brasil, com intuito de reduzir as desigualdades sociais às quais metade da população mundial está exposta por ser mulher, buscando alcançar a igualdade de gênero e o empoderamento das mulheres e meninas. Essas desigualdades ficam mais acentuada quando se trata de mulheres lésbicas, bissexuais e travestis

¹ Docente do curso de Enfermagem do Centro Universitário Presidente Tancredo Almeida Neves- UNIPTAN.

² Discentes do curso de Enfermagem do Centro Universitário Presidente Tancredo Almeida Neves- UNIPTAN.

E-mail para contato: andreia.santos@uniptan.edu.br

(Nascimento, 2020).

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT), busca aumentar o acesso dessa população aos serviços de saúde de forma respeitosa, com qualidade e com a resolução de suas demandas e necessidades de saúde, a fim de favorecer a redução das desigualdades sociais e de saúde para essa população (BRASIL, 2013).

Porém os serviços de saúde não estão preparados para atender essa população com isso, mulheres bissexuais e lésbicas procuram os serviços de saúde com menor frequência, pois o despreparo e a discriminação no atendimento, pelos profissionais de saúde reforçam o receio desse grupo (ARAÚJO, 2019). As mulheres lésbicas são frequentemente marginalizadas e discriminadas pela sociedade, incluindo a área da saúde. A atuação do enfermeiro é fundamental para garantir que essas mulheres recebam cuidados de qualidade e sem preconceitos (Crispim, 2017).

A diversidade sexual é uma característica intrínseca da sociedade contemporânea, e as mulheres lésbicas são um grupo que merece atenção especial no contexto dos cuidados de saúde. No entanto, muitas vezes enfrentam desafios únicos em relação ao acesso aos serviços e ao enfrentamento da discriminação. Nesse sentido, o papel do enfermeiro é fundamental para garantir uma assistência qualificada, respeitosa e sensível às necessidades dessas mulheres (Belém, 2018).

O objetivo deste estudo é fornecer subsídios para uma prática de enfermagem mais inclusiva e equitativa para mulheres lésbicas, visando a garantia de seus direitos e o alcance do bem-estar físico e emocional.

2 OBJETIVO

Analisar atuação do enfermeiro frente às mulheres lésbicas, identificando as principais barreiras e promovendo estratégias para uma prática de enfermagem mais inclusiva e equitativa.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa, utilizando como base de dados a Biblioteca Virtual da Saúde (BVS). Utilizando os descritores assistência de enfermagem AND mulheres lésbicas AND violência de gênero com os filtros texto completo e idioma português foi encontrado 02 artigos.

Na busca da BVS, utilizando os descritores assistência de enfermagem AND mulheres lésbicas, utilizando os filtros texto completo, idioma português e últimos 05 anos foi encontrado 12 artigos, após análise dos títulos foram descartados 05 artigos pois não eram condizentes ou não se encaixavam com a temática proposta. Dessa forma, para a discussão foram utilizados 09 artigos.

Todos os artigos encontrados passaram por uma análise criteriosa do título e do Resumo para se enquadrarem na inclusão de pesquisa do presente trabalho.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo Crispim (2017) as mulheres lésbicas e bissexuais são consideradas invisíveis pois suas necessidades são ignoradas o que as deixam mais vulneráveis a problemas de saúde.

O que é reforçado por Araújo (2019) que descreve as lésbicas como invisíveis pois a falta de conhecimento sobre seu perfil, e suas necessidades dificultam o seu acesso aos serviços de saúde. Isso mostra claramente a necessidade de políticas voltadas a esse público ser colocadas em prática.

Oliveira (2018) destaca que a definição sobre as reais necessidades de saúde do grupo LGBT irá trazer qualidade na assistência e garantir o respaldo e a responsabilidade dos profissionais de saúde. Pois segundo Nascimento (2020) as enfermeiras que cuidam das mulheres lésbicas, durante o planejamento familiar, não receberam treinamento específico para compreender as necessidades específicas dessa população.

A existência de um plano que fornece subsídios para implantar a política de atenção integral a LGBT não garante o atendimento no contexto da ESF, pois os cuidados a este público ainda são escassos (Belém 2018). Na consulta de enfermagem deixa-se implícito que todas as mulheres são heterossexuais, a orientação sexual ainda é negligenciada, porém durante a anamnese o enfermeiro deveria direcionar as orientações e os cuidados de acordo com as necessidades de cada mulher o que não acontece atualmente (Cabral, 2019). Sendo assim imprescindível a capacitação e organização dos profissionais de saúde para atender esse público específico.

Cabral (2019) ressalta a importância de se conhecer e abordar questões sobre sexualidade durante as consultas de enfermagem, o enfermeiro deve também proporcionar um ambiente onde as paciente se sintam seguras e acolhidas e respeitando seu estilo de vida abordar a temática das possíveis IST's e relação sexual segura entre mulheres, pois segundo Crispim (2017) é possível torná-las visíveis dentro do sistema de saúde com a criação de protocolos de atendimento específico para atender as demandas deste grupo de mulheres, oferecendo uma qualidade no atendimento. Esse grupo merece receber atenção integral levando em consideração não somente o biológico, mas também os aspectos sociais e psicológico respeitando as diferenças e desejos dentro do sistema de saúde.

A atuação do enfermeiro frente às mulheres lésbicas pode ser bastante desafiadora, uma vez que essas mulheres muitas vezes enfrentam preconceito e discriminação no acesso aos serviços de saúde. Além disso, a falta de conhecimento e treinamento adequados dos profissionais de saúde pode levar a uma falta de sensibilidade e empatia em relação às necessidades dessas mulheres.

No entanto, é importante ressaltar que a atuação do enfermeiro pode ser crucial para garantir que as mulheres lésbicas recebam cuidados de qualidade e sem preconceitos. Para isso, é fundamental que o enfermeiro tenha conhecimento sobre as especificidades dessas mulheres, bem como sobre as questões de gênero, sexualidade e diversidade (Carta, Santos, 2017).

Entre as principais estratégias que podem ser adotadas pelo enfermeiro para garantir uma atuação mais sensível e humanizada frente às mulheres lésbicas, podemos destacar: garantir um ambiente acolhedor e sem preconceitos, respeitando a diversidade e a individualidade de cada mulher; fornecer informações claras e precisas sobre saúde sexual e reprodutiva, incluindo o uso de contraceptivos e a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis; oferecer suporte emocional e psicológico às mulheres que enfrentam dificuldades em relação à sua orientação sexual; identificar e encaminhar as mulheres lésbicas para serviços especializados, quando necessário (Tavares, Pinto, 2019).

5 CONCLUSÃO OU CONSIDERAÇÕES FINAIS

É função do enfermeiro prestar uma assistência integral e de qualidade aos seus pacientes, porém foi observado durante o estudo que o grupo LGBT tem sido negligenciado devido à falta de capacitação e o preconceito dos profissionais de saúde, relacionados à sua orientação sexual, dificultando o atendimento de forma integral.

A falta de acolhimento e a forma desrespeitosa que são tratados pode levar o afastamento dessa população do serviço de saúde o que pode deixá-los vulneráveis a fatores de riscos. Cabe então ao enfermeiro elaborar uma forma de atuação visando alcançar o grupo LGBT de forma abrangente, cobrando da sua equipe respeito e igualdade promovendo a assistência integral.

Sendo necessário então que o enfermeiro como gestor e chefe de equipe leve o conhecimento através de atualizações, capacitações e treinamentos relacionado a diversidade sexual, para que toda a equipe possa conhecer e respeitar as vivências sexuais e individualidades de cada mulher, para que possa levar uma assistência de qualidade embasada no respeito e acolhimento às mulheres lésbicas, bissexuais e travestis.

A atuação do enfermeiro frente às mulheres lésbicas é fundamental para garantir que essas mulheres recebam cuidados de qualidade e sem preconceitos. Para isso, é necessário que os profissionais de saúde tenham conhecimento sobre as especificidades dessas mulheres, bem como sobre as questões de gênero, sexualidade e diversidade. Além disso, é importante que sejam criados ambientes acolhedores e respeitosos, capazes de garantir o acesso das mulheres lésbicas aos serviços de saúde. Com essas medidas, podemos contribuir para a promoção da saúde e da qualidade de vida

dessas mulheres.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, L. M. *et al.* O cuidado à saúde das lésbicas. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 27: e 34262 abril 2019.

BELÉM, J. M. *et al.* Atenção à saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais na Estratégia Saúde da Família. **Rev baiana enferm**, v.32: e. 26475. 2018.

CABRAL, K. T. F. *et al.* Assistência de enfermagem às mulheres lésbicas e bissexuais. **Rev enferm UFPE Online**, v.13 n. 1 p. 79-85, jan., 2019.

CARTA, C., SANTOS, I. Saúde da Mulher Lésbica: uma revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 51, e 03221, 2017.

CRISPIM, J. E. B. *et al.* Assistência de enfermagem à mulher lésbica e bissexual na atenção básica: protocolo de atendimento. **Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, p. 34-39, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais [Internet]. Brasília: **Ministério da Saúde**; 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf

NASCIMENTO, C. M. *et al.* Questões de gênero na consulta pré-natal de enfermagem: percepções das enfermeiras residentes. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 10, e. 91, p. 1-22, 2020.

OLIVEIRA, G. S. *et al.* Serviços de saúde para lésbicas, gays, bissexuais e travestis/transsexuais. **Rev enferm UFPE Online**, v.12, n,10, p. 2598-2609, 2018.

TAVARES, C. M., PINTO, E. S. Conhecimento dos enfermeiros sobre a saúde da mulher lésbica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 72(5), 1283-1290, 2019.

A PRÁTICA DE ESTÁGIO EM ENFERMAGEM NO CONTEXTO DOS MUTIRÕES DE VACINA CONTRA COVID 19 UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Célia Regina de Carvalho¹
Jussara Cristina Aparecida de Souza Monteiro¹
Renata Angélica Calçavara¹
Susane Mara Fonseca²

RESUMO: O artigo descreve a experiência de acadêmicos de Enfermagem em estágio curricular supervisionado durante a pandemia de COVID-19, atuando na campanha de vacinação em massa em um *drive-thru*, no interior de Minas Gerais. A metodologia envolveu oficinas de capacitação, atuação em campo e atividades avaliativas. Os resultados destacam o papel transformador dos alunos na complementação das ações do Sistema Único de Saúde, abordando desafios logísticos, organizacionais e educativos. A experiência proporcionou aprendizado em gerenciamento de imunobiológicos, interação com a comunidade e aplicação prática dos conhecimentos adquiridos, reforçando a importância da enfermagem na promoção da saúde pública. A conclusão ressalta a relevância da atuação dos estudantes na construção do conhecimento e na promoção da saúde da população, demonstrando a colaboração entre universidade e serviço de saúde.

Palavras-Chave: Covid-19. Cobertura vacinal. Educação em Enfermagem.

1 INTRODUÇÃO

O Estágio Curricular Supervisionado é um instrumento didático utilizado como forma de elo entre os conteúdos acadêmicos às práticas e habilidades profissionais. É ensinar por meio de experimentação, vivência, testando hipóteses realísticas, baseadas na contribuição social. A atuação do acadêmico extramuros proporciona desenvolvimento técnico científico em ambiente sem manipulações e adequações, expressando exatamente a realidade da categoria profissional. Destacando a figura do Enfermeiro tutor no processo de aprendizado (Gimenez, 2017). Tratando-se de relevância social, o Sistema Único de Saúde é a instituição que mais abarca acadêmicos de Enfermagem, propiciando desenvolvimento corroborativo, da assistência à população e mudanças nos vieses das determinantes de saúde e doença (Funghetto, Silveir, Silvino e Karnikowski, 2015).

¹ Docentes do curso de Enfermagem do Centro Universitário Presidente Tancredo Almeida Neves- UNIPTAN.
E-mail para contato: susanemfonseca@gmail.com.

² Discente do curso de Enfermagem do Centro Universitário Presidente Tancredo Almeida Neves- UNIPTAN.

Em março de 2020, foi decretado pela Organização Mundial da Saúde estado de pandemia (OMS, 2020). Em resposta às urgências provocadas pela pandemia e a escassez de mão de obra, as universidades se engajaram numa parceria solidária, resultando em aprendizado e interação sociedade universidade.

2 OBJETIVOS

Descrever a experiência da prática de Estágio Curricular Supervisionado dos acadêmicos em Enfermagem de nono e décimo período, em tempos de pandemia atuando na campanha de vacinação em massa contra COVID-19, no *Drive thru* de vacinação, numa cidade no interior de Minas Gerais. Desenvolver aprendizado frente a situações de gerenciamento e administração de imunobiológicos. Construir aprendizado frente a situações adversas inerentes ao marco histórico pandemia.

3 METODOLOGIA

Trata-se do relato de experiência da construção do conhecimento que se deu em três momentos durante Estágio Supervisionado Prático. Primeiro momento: os alunos passaram por oficinas de capacitação, dentro de uma universidade no interior de Minas Gerais, as temáticas abordadas tratavam de acondicionamento e administração de vacinas, uso de Equipamentos de Proteção Individual. Segundo momento: Em campo de estágio, os alunos compuseram a equipe de vacinação, atuando juntamente aos funcionários da atenção primária da cidade. Atentando aos processos de biossegurança.

O *Drive thru* acontecia diariamente de segunda a sexta, com início matutino. Os veículos eram organizados em 2 filas e dentro das tendas as 2 filas se dividiam em 4 filas. Um grupo de dez alunos mantinha-se supervisionado por um Tutor Enfermeiro. Os alunos eram distribuídos da seguinte forma: 2 alunos em cada fila de veículos administrando e orientando sobre as vacinas, e 2 alunos ficavam na diluição de vacinas ou monitorando a temperatura das caixas térmicas. Agentes de Endemias participavam anotando os dados pessoais de cada pessoa que aguardava na fila. Para posteriormente esses dados serem digitados no Sistema PNI Web. Os Agentes de Endemias também entregavam comprovantes de vacinação para serem anexados aos cartões pessoais de vacinação. As imunizações se davam por faixas etárias, sendo assim as vacinas administradas, eram determinadas para cada idade conforme determinação do fabricante e disponibilidade em estoques. Os alunos recebiam informações pertinentes à vacina utilizada no dia, juntamente com toda equipe de servidores envolvidos na vacinação, cada fabricante determinava dosagem, modo de diluição e

intervalo para segunda dose. Com uma média de atendimentos diários de 800 pacientes. Terceiro momento: Atividade avaliativa reflexiva, os alunos passaram por atividade escrita, tipo múltipla escolha e dissertativa, com objetivo de verificação do aprendizado (Vaillant, Marcelo, 2012).

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A atuação das universidades como complementar as ações do Sistema Único de Saúde, já era uma prática estruturada na região, e a partir dos crescentes casos de infecção pela Covid-19, e da eminente necessidade de vacinação em massa, o papel dos alunos no campo de estágio tornou-se preponderantes como força de trabalho de mudança e transformação social (De Jesus, 2017). Os acadêmicos de Enfermagem se viram diante de um marco histórico, cuja trajetória prática reservaria a experiência de atividade de Estágio Curricular Prático em situação inédita. O ensinar na vivência prática da vacinação em mutirão, trouxe aos alunos, diversas problematizações que envolviam logística das vacinas, acondicionamento, administração. Evidenciou o papel da enfermagem na organização de equipes, divisão de tarefas, o lidar com o público como educador, frente às Fake News (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020) Ainda atuação no gerenciamento de cobertura vacinal. Ao discente era momento de colocar em prática os conhecimentos adquiridos, num novo formato, com enfoque nas boas práticas de biossegurança, porém a atuação em campo exigia além dos saberes, carecia preparo emocional, considerando a inquietude gerada pela exposição ao contexto da pandemia. O modelo de *Drive thru* utilizado era o mais seguro tanto para os profissionais envolvidos quanto para as pessoas que aguardavam ansiosamente pela vacina (Aquino *et al.*, 2020). A campanha deu-se de abril a dezembro de 2021. Durante o processo de vacinação os alunos questionavam a população atendida sobre as manifestações gripais, orientavam sobre períodos de intervalos das doses, explicava sobre efeitos adversos (UFVJM, 2020). Foi um momento singular de aprender sobre o papel do Enfermeiro como mola mestra na promoção da saúde frente ao Sistema Único de Saúde. Com o encerramento das atividades de campanha em massa a equipe foi homenageada pela população e reconhecida como objetos de transformação social. Por fim passaram por verificação do aprendizado com grande êxito, tendo em vista o alcance do objetivo e acerto das questões que nortearam a verificação (Vaillant, Marcelo, 2012).

6 CONCLUSÕES

A atuação do estudante de enfermagem na campanha de vacina contra a covid-19, mostrou-se de grande relevância na construção do conhecimento e na promoção da saúde da população, propiciando a vivência prática com base na realidade profissional do enfermeiro atuante frente a

gestão de equipes e imunização na atenção primária. Trazendo as problematizações que norteiam o trabalho da categoria, expressaram a atuação solidária e corroborada entre universidade e Sistema Único de saúde.

REFERÊNCIAS

AQUINO, E. M. L., SILVEIRA, I. H., PESCARINI, J. M., AQUINO, R., SOUZA-FILHO, J. A. (2020).

Rocha AS, *et al.* Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID19: potenciais impactos e desafios no Brasil. **Cienc Saude Coletiva**. 25(1), 2423-46.

BRASIL. Ministério da Saúde. Calendário de notificação para o ano de 2020. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 6 jan. 2020. Disponível em: <https://portalsinan.saude.gov.br>. (2020). **Ministério da Saúde**. Plano Nacional para Operacionalização da vacinação contra a covid-19. Brasília

DE JESUS, A.S., *et al.* (2016). **Aspectos bioéticos da vacinação em massa no Brasil**. Acta Bioethica, 22(2), 263-268.

FUNGHETTO, S.S, SILVEIR S.M, SILVINO A.M, KARNIKOWSKI M.G.O. Perfil profissional tendo o SUS como base das Diretrizes Curriculares da Área da Saúde no processo avaliativo. **Saúde Redes**. 2015;1(3):103-20.

GIMENEZ, A. M. N. **As multifaces da relação universidade-sociedade e a construção do conceito de terceira missão**. 2017. Tese (Doutorado em Política Científica e Tecnológica) – Instituto de Geociências, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2017.

OMS. (2020). **Global research on coronavirus disease (COVID19)**. World Health Organization. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novelcoronavirus-2019/global-research-on-novel-coronavirus-2019-ncov>.

UFVJM – UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI. **Centro de Políticas Públicas da UFMJM** distribui material educativo sobre coronavírus. UFMJM, Diamantina, 7 abr. 2020. Disponível em: <http://portal.ufvjm.edu.br/noticias/2020/centro-de-politicas-publicas-da-ufvjm-distribui-material-educativo-sobre-coronavirus>. Acesso em: 10 janeiro. 2023.

VAILLANT, D, MARCELO, C. **Ensinando a ensinar**. As quatro etapas de uma aprendizagem. Curitiba: Editora da Universidade Tecnológica Federal do Paraná, 2012.

GRAVIDEZ ATRÁS DAS GRADES: A REALIDADE DAS GESTANTES PRIVADAS DE LIBERDADE E SEUS DESAFIOS DE SAÚDE

Andréia Andrade dos Santos
Marcele Pereira Silvestre Gotardelo¹
Hewerton Côrtes de Castro
Maria Fernanda Andrade domingos
Mariana Urbano
Paula Trindade Ferreira²

RESUMO: O artigo aborda as condições precárias de assistência à saúde da gestante encarcerada e os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde que atuam nesse ambiente. Na introdução, destaca-se a importância do direito à saúde para todas as pessoas, incluindo aquelas privadas de liberdade, e a legislação brasileira que respalda esse direito. O objetivo do estudo é identificar essas condições e analisar os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde nesse contexto. A metodologia consistiu em uma revisão bibliográfica de artigos científicos entre 2010 e 2021, buscando dados sobre a assistência à saúde da gestante encarcerada. Cinco artigos foram selecionados para análise. Na discussão, são apresentadas as dificuldades enfrentadas pelas mulheres encarceradas durante a gestação, como a falta de acesso a serviços de saúde adequados, a superlotação das celas e a discriminação por parte dos profissionais de saúde e dos demais presos. Destaca-se a importância do acompanhamento pré-natal para garantir uma gestação saudável, o que muitas vezes não ocorre devido à falta de assistência adequada. Além disso, são abordadas as complicações durante a gestação e o parto decorrentes das condições de encarceramento, como a violência obstétrica e a falta de acompanhamento adequado. Os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde incluem a falta de recursos e equipamentos, a falta de capacitação específica e o ambiente hostil e inseguro. Na conclusão, destaca-se a necessidade de garantir a assistência à saúde da gestante encarcerada de acordo com as normas internacionais de direitos humanos. São sugeridos programas de capacitação para os profissionais de saúde e melhorias nas condições de encarceramento para garantir o acesso adequado à saúde durante a gestação e o parto.

Palavras-Chave: Gravidez. Saúde Prisional. Saúde da Mulher.

1 INTRODUÇÃO

A assistência à saúde é um direito humano fundamental que deve ser garantido a todas as pessoas, incluindo aquelas que estão em situação de privação de liberdade. No entanto, as condições de assistência à saúde da gestante encarcerada são frequentemente precárias, o que pode ter graves consequências tanto para a mãe quanto para o feto.

¹ Docente do curso de Enfermagem do Centro Universitário Presidente Tancredo Almeida Neves- UNIPTAN.

² Discentes do curso de Enfermagem do Centro Universitário Presidente Tancredo Almeida Neves- UNIPTAN.

Email para contato: andrea.santos@uniptan.edu.br

A Constituição Federal de 1988 junto com a Lei de Execução Penal de 1984 consentem que toda pessoa privada de liberdade tem direito à saúde e à educação. Porém, somente em 2003 os ministérios firmaram o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) (Galvão; Davim 2013) que garante a toda população penitenciária sua inclusão no SUS, fazendo com que o direito à cidadania se efetive na perspectiva dos direitos humanos (BRASIL, 2004).

O ministério da saúde determina como umas das linhas prioritárias do PNSSP, ações de Atenção Integral à Saúde (AIS), que tem por finalidade promover a saúde dessa população e a redução de agravos frequente, todo esse atendimento é composto por uma equipe multidisciplinar da Estratégia da Saúde da Família (ESF), atuando nas Unidades básicas de saúde (UBS) dentro do sistema prisional (BRASIL, 2003).

A preconização de ações do PNSS traz para mulheres privadas de liberdade a realização de pré-natal, controle do câncer cérvico-uterino e do câncer de mama, diagnóstico, aconselhamento e tratamento em DST/ HIV/Aids, além da garantia do acesso das gestantes no atendimento de intercorrências, assistência à anticoncepção e imunizações, partos e assistência ao puerpério. Mesmo diante desses benefícios a falta de assistência à saúde ainda gera um grave problema para o sistema prisional brasileiro (Galvão; Davim 2013).

No contexto prisional, questões como a gestação e a maternidade exigem uma reflexão mais profunda sobre o impacto do encarceramento na vida das mulheres. Assim, a falta de estruturas específicas para a custódia das mulheres grávidas e as indagações sobre a permanência dos filhos com as mães na prisão são pontos que ganham notoriedade nessa discussão. Sobre essa última questão, de um lado há quem argumente por esta necessidade de amparo e de formação de vínculo entre mãe e bebê. De outro, há quem defenda que a prisão é um ambiente insalubre e por isso impróprio para crianças (Cunico; Brasil; Barcinski, 2015).

Além das preocupações relacionadas ao bem-estar psicológico e social, a promoção da saúde também envolve a oferta de acesso a serviços de atendimento à saúde. Muitas gestantes encarceradas sofrem com o escasso atendimento tanto para o feto como para si próprio, tendo a constatação de soropositivas e outras doenças transmissíveis na hora do parto. Um dos motivos para a falta de atendimento é a falta de escolta policial e o PNSSP não incluir as cadeias públicas, sendo assim as mesmas não compartilham o orçamento do Governo Federal predestinado às políticas de saúde para o Sistema Prisional, trazendo condições precárias de atendimento (BRASIL, 2003).

Nesse contexto, o objetivo deste artigo é identificar as condições precárias de assistência à saúde da gestante encarcerada e analisar os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde que atuam nesse ambiente.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica baseada em artigos científicos. A busca foi realizada nas bases de dados PubMed, Scielo e Lilacs. Foram utilizados os descritores "gestantes encarceradas", "saúde da mulher", "assistência à saúde" e "prisões". Os critérios de inclusão foram: artigos publicados entre 2010 e 2021, em português e que abordem as condições de assistência à saúde da gestante encarcerada. Ao final foram utilizados 05 artigos.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As mulheres encarceradas enfrentam diversas dificuldades na gestação e na assistência à saúde. Além das condições precárias das celas, elas têm dificuldades em acessar os serviços de saúde e enfrentam preconceitos e discriminação por parte dos profissionais de saúde e dos demais presos. A falta de privacidade e a falta de equipamentos adequados, como cadeiras ginecológicas, tornam a assistência à saúde ainda mais difícil e desrespeitosa (Leal *et al.*, 2016).

Elas têm maior probabilidade de terem complicações durante a gestação, como hipertensão arterial, diabetes gestacional, parto prematuro e infecções urinárias. No entanto, a assistência à saúde oferecida a essas mulheres é geralmente inadequada e insuficiente (Chaves; Araújo, 2020). A assistência pré-natal é essencial para garantir uma gestação saudável e reduzir os riscos de complicações para a mãe e para o feto (Cunico; Brasil; Barcinski, 2015). Todavia, muitas gestantes encarceradas não recebem atendimento pré-natal adequado, ou têm acesso limitado aos serviços de saúde. Isso aumenta o risco de partos prematuros, baixo peso ao nascer e mortalidade neonatal (Chaves; Araújo, 2020).

As condições de encarceramento como a superlotação, falta de higiene e de acesso a serviços de saúde, aumentam o risco de complicações durante a gestação e o parto. Além disso, as mulheres grávidas são frequentemente submetidas a práticas de violência obstétrica, como o uso desnecessário de cesáreas e a falta de acompanhamento adequado durante o trabalho de parto. Além disso, a assistência obstétrica no ambiente prisional é muitas vezes insuficiente e inadequada (Mayara Lima *et al.*, 2019).

Muitas vezes, as gestantes são encaminhadas para hospitais públicos para o parto, sem acompanhamento adequado antes e depois do parto. A falta de acompanhamento adequado pode aumentar os riscos de complicações pós-parto, como hemorragia e infecções. Os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde que atuam no ambiente prisional incluem a falta de recursos e equipamentos, a falta de capacitação específica para lidar com as particularidades da saúde da mulher encarcerada, e o ambiente hostil e inseguro. Muitas vezes, os profissionais de saúde são

sobrecarregados e não têm tempo suficiente para dedicar à assistência às gestantes encarceradas (Fernandes; Fernandes; Barbosa, 2020).

4 CONCLUSÃO

A assistência à saúde da gestante encarcerada deve ser garantida pelo Estado, em conformidade com as normas internacionais de direitos humanos. As condições de encarceramento devem ser melhoradas para garantir o acesso à saúde adequada durante a gestação e o parto. É importante que sejam desenvolvidos programas de capacitação para profissionais de saúde, para que possam oferecer um atendimento humanizado e respeitoso às mulheres grávidas que estão em situação de privação de liberdade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Portaria Interministerial MS/MJ nº 1.777**, de 09 de setembro de 2003. Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Brasília (DF), 2003. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html. Acesso em: 04 mai. 2023.

GALVÃO, M. C. B.; DAVIM, R. M. B. Ausência de assistência à gestante em situação de cárcere penitenciário. **Cogitare enferm.** [online]. v.18, n.3, p.452- 459. 2013. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/33554>. Acesso em: 02 mai. 2023.

LEAL, M. C. *et al.* Nascer na prisão: gestação e parto atrás das grades no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 2061-2070, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/PpqmzBJWf5KMTfzT37nt5Bk/?lang=pt#:~:text=No%20momento%20da%20pris%C3%A3o%2C%2089,verbal%2C%20psicol%C3%B3gica%20ou%20f%C3%ADsica.)). Acesso em: 20 mai. 2023.

BARBOSA, M. L. *et al.* Ações de enfermagem para as pessoas privadas de liberdade: uma scoping review. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, e20190098, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/8W3787SLwcbMmyTtYDzLNq/?lang=pt#:~:text=Entre%20as%20a%C3%A7%C3%B5es%20de%20enfermagem,condi%C3%A7%C3%B5es%20de%20sa%C3%BAde%20nos%20pres%C3%ADdios>. Acesso em: 03 mai. 2022.

CUNICO, S. D.; BRASIL, M. V.; BARCINSKI, M. A maternidade no contexto do cárcere: uma revisão sistemática. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 509-528, 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180842812015000200005&lng=pt&nrm=is. Acesso em: 05 mai. 2023.

FERNANDES, D. C. A, FERNANDES, H. M. A. BARBOSA, E. S. REFLEXÕES SOBRE O DIREITO À SAÚDE DAS GESTANTES E PUÉRPERAS NO SISTEMA PRISIONAL. **Revista Saúde Multidisciplinar**. v. 1, n.7, p. 1-8. 2020. Disponível em: <https://fampfaculdade.com.br/wp->

content/uploads/2020/05/Artigo-3-REFLEX% C3% 95ES-SOBRE-O-DIREITO-% C3% 80-SA% C3% 9ADE-DAS-GESTANTES-E-PU% C3% 89RPERAS-NO-SISTEMA-PRISIONAL.pdf.
Acesso em 04 mai. 2023.

CHAVES, L. H. ARAÚJO, I. C. A. Gestação e maternidade em cárcere: cuidados de saúde a partir do olhar das mulheres presas em uma unidade materno-infantil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, e300112. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/7z5kcxDVhFvksgJcGRRxQqv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 04 mai. 2023.

A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O CUIDADO AO PACIENTE EM SAÚDE MENTAL

Joice das Mercês dos Santos Silva
Karen Caroline Almeida Silva
Letícia Bassi
Maria Luiza Santos
Ricardo da Silva Taroco¹
Marcela Nolasco²

RESUMO: O estudo aborda a integração entre as práticas de saúde mental e a Estratégia de Saúde da Família (ESF), destacando a importância dessa parceria na transformação do modelo de assistência em saúde. A introdução contextualiza as mudanças promovidas pelo Programa de Saúde da Família (PSF) e pela Reforma Psiquiátrica, enfatizando a necessidade de descentralização e abordagem comunitária na assistência à saúde. Apesar dos avanços, as equipes de ESF enfrentam desafios no acolhimento e acompanhamento adequado de pacientes com transtornos mentais, devido à falta de preparo dos profissionais e à escassez de recursos. A metodologia adotada foi qualitativa e descritiva, utilizando revisão integrativa para análise de artigos publicados entre 2013 e 2023. Foram selecionados 07 artigos que abordam a relação entre saúde mental e ESF, com destaque para a importância da atenção primária na promoção da saúde mental e prevenção de agravos. Os resultados e discussões enfatizam a necessidade de uma abordagem comunitária e humanizada para o cuidado das pessoas com transtornos mentais, destacando a importância da ESF como porta de entrada para o tratamento e reabilitação psicossocial. Apesar dos obstáculos encontrados pelas equipes, como falta de capacitação e sobrecarga de trabalho, há evidências de que a parceria entre saúde mental e ESF é viável e benéfica para os pacientes. Na conclusão, ressalta-se a importância da atenção básica na detecção precoce e manejo adequado dos problemas de saúde mental, contribuindo para a prevenção de agravos e promoção da qualidade de vida. O estudo reforça a necessidade de investimentos em capacitação e recursos para fortalecer a atuação das equipes de ESF no cuidado integral aos pacientes com transtornos mentais, visando a efetivação do exercício da cidadania e o respeito às subjetividades.

Palavras-Chave: Saúde Mental. Estratégia de Saúde da Família. Atenção Básica

1 INTRODUÇÃO

Nesses últimos anos, com o Programa de Saúde da Família (PSF), logo a Estratégia de Saúde da Família e a Reforma Psiquiátrica trouxeram contribuições importantes para a reformulação da atenção em saúde no país. Estes defendem os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e propõem uma mudança radical no modelo de assistência à saúde, privilegiando a descentralização e

¹ Discentes do curso de Enfermagem do Centro Universitário Presidente Tancredo Almeida Neves- UNIPTAN.

² Docente do curso de Enfermagem do Centro Universitário Presidente Tancredo Almeida Neves- UNIPTAN.

Email para contato: marcela.nolasco@uniptan.edu.br.

a abordagem comunitária/familiar, em detrimento do modelo tradicional, centralizador e voltado para o hospital (Amarante e Nunes, 2018).

A atuação conjunta da equipe saúde mental e a ESF têm como meta a substituição do confinamento nos hospitais psiquiátricos pelo cuidado comunitário das pessoas que sofrem com transtornos mentais (MINAS GERAIS, 2006)

O problema é que a maioria das equipes de ESF encontram dificuldades no acolhimento e acompanhamento adequados desses pacientes. Os profissionais da atenção básica de formação generalista não estão preparados para atender as demandas desses usuários, sendo necessária, muitas vezes, uma capacitação que os habilite a cuidar sem excluir (BRASIL, 2001).

A atenção primária constitui-se como porta de entrada prioritária do serviço de saúde, sendo sua grande responsabilidade desenvolver as ações de prevenção e promoção da saúde como também as ações curativas. Este atendimento deve ser prestado a todo usuário sem distinção. O acolhimento hoje é uma das ações prioritárias que a equipe desenvolve no dia a dia de trabalho, porém a dificuldade apresentada pelos profissionais no acolhimento do paciente portador de sofrimento mental ainda é muito grande (MINAS GERAIS, 2006)

O acolhimento faz parte das atribuições de todos os membros da equipe, por isso a grande necessidade de procurar soluções para as dificuldades no acolhimento do paciente com sofrimento mental (Scóz e Felini, 2003).

A ESF, por ter seu trabalho centrado na família e comunidade possui um grande potencial para trabalhar com o portador de sofrimento mental e seus familiares, afinal, o que essa paciente precisa é ser reinserido na comunidade e família, precisa ser respeitado como cidadão e ter seus direitos garantidos, ter direito de falar e ser ouvido (Scóz e Felini, 2003).

As equipes de saúde da família precisam repensar seus preconceitos, precisam descobrir que são capazes de cuidar de maneira adequada dos usuários que apresentam transtorno mental que podem contribuir e muito para a qualidade de vida e para o sucesso de seu tratamento (Amarante, 1995). O presente estudo teve o objetivo de descrever sobre a aproximação entre as práticas da saúde mental e a Estratégia de Saúde da Família (ESF), abordando aspectos gerais sobre o surgimento das ESF's, sobre a reorientação do modelo assistencial psiquiátrico e suas relações.

1 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, de revisão integrativa, elaborado com base em estudos publicados no *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO) e na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que permitiu a formulação de novos conhecimentos baseados nos resultados encontrados. A busca dos artigos foi realizada a partir da utilização dos descritores: Saúde Mental

AND Estratégia de Saúde da Família *AND* Atenção Básica.

Os critérios de exclusão foram artigos que não retratavam a temática e não respondiam aos objetivos propostos. Os critérios de inclusão foram (1) artigos dos últimos 10 anos indexados nos bancos de dados e (2) artigos publicados na língua portuguesa. Assim restaram 22 artigos para construção deste estudo. Após a leitura dos títulos e Resumos, foram utilizados 07 artigos. A pesquisa aconteceu no período de abril e maio de 2023.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Logo no início de 1960, começou a aparecer uma nova tendência em relação aos tratamentos dos transtornos comportamentais, os programas de psiquiatria comunitária (Reinaldo, 2008, Nunes & Landim, 2016).

Segundo Reinaldo (2008) a psiquiatria comunitária teve seu início talvez um pouco desajustado, até mesmo para os profissionais da saúde mental. O grande obstáculo estava no conceito de saúde mental comunitária, em oposição à psiquiatria hospitalar, e ao entendimento do que seria comunidade, em relação aos seus limites.

O Ministério da Saúde entende que por sua proximidade com famílias e comunidades, as equipes da atenção básica são um recurso estratégico para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas formas de sofrimento (BRASIL, 2003; Nunes e Landim, 2016).

Por sua vez, a organização dos serviços toma como ponto de partida o fato de que as ações de saúde mental na atenção básica necessitam seguir o modelo de redes de cuidados, de base territorial e de atuação intersetorial com políticas específicas e que procurem a criação de vínculos e acolhimento. (BRASIL, 2003; Nunes e Landim, 2016).

A equipe de saúde mental e a ESF procuram a substituição do modelo da hospitalização, da institucionalização e dos manicômios pelo cuidado comunitário e humanizado das pessoas que sofrem com transtornos mentais (Scóz e Felini, 2003).

Após a Reforma psiquiátrica, houve a formação de serviços que iriam substituir aqueles já considerados arcaicos, organizados em nível de complexidade capaz de atender a demanda da população. Dentro desse contexto, houve a hierarquização da rede de atenção em saúde mental representada pela Atenção Básica, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), CAPS de média complexidade, Serviços residenciais terapêuticos, Hospital dia, Leitos psiquiátricos em hospital geral, Serviço de urgência psiquiátrica em hospital geral e Hospital psiquiátrico (BRASIL, 2001).

A junção de esforços entre ESF e serviços substitutivos, é importante para a ESF porque a doença mental não acontece separada da saúde física. Outro fato é a singularização do atendimento na ESF; o paciente passa a ser cliente, ou um prontuário para se transformar numa pessoa conhecida, que tem família, que convive em um meio social, obrigando as equipes de trabalho a trabalhar com o sofrimento humano, uma difícil tarefa para a qual não estão preparadas (BRASIL, 2001).

No documento Brasil (2001) é ressaltado alguns aspectos que geram interferência positiva na integração entre ESF e Saúde mental, sendo eles: a equipe de atenção primária tem contato com a comunidade e são bem aceitos; A equipe cria laços com a comunidade e o sistema de saúde; Nas cidades onde não existem serviços de saúde mental, os profissionais de atenção primária oferecem esse suporte; O seu conhecimento da comunidade possibilita reunir o apoio dos familiares, amigos e organizações; É a porta de entrada aos serviços de saúde para os que deles necessitam.

Resumindo, pode-se dizer que os profissionais de saúde da atenção primária são disponíveis, acessíveis, detentores de conhecimento e comprometidos com a promoção de saúde, incluindo ações referentes à saúde mental.

A parceria Saúde Mental e Estratégia de Saúde da Família é uma parceria necessária, desejável e possível para o sucesso do serviço em saúde pois a lógica dos projetos de Saúde Mental inspirados na Reforma Psiquiátrica tem grandes afinidades com aquela dos Programas de Saúde de Família, entendidos como estratégia de implantação do SUS (Nunes e Landim, 2016).

As equipes da ESF, por sua proposta de trabalho, costumam ter com sua clientela uma relação muito diferente daquela que se estabelece nas práticas mais tradicionais de Saúde. Conhecem seus pacientes, conversam com eles, entram em contato direto ou indireto não só com seus sintomas e doenças, mas com os mais diferentes aspectos de suas vidas. Isso reflete positivamente frente aos pacientes de saúde mental, incluindo não apenas aqueles casos mais graves, mas até mesmo aqueles com sinais e problemas mais simples. (MINAS GERAIS, 2006; BRASIL, 2001).

O acompanhamento das equipes de ESF a todos os pacientes de sua área adstrita necessita seguir os seguintes princípios: o fato de escutar o paciente cuja queixa traduz especialmente a demanda que auxilia para um problema emocional; acompanhá-lo, buscando pensar com ele as razões desse problema, e maneiras possíveis de enfrentá-lo; evitar tanto quanto possível o recurso aos psicofármacos, e, quando necessário, utilizá-los de maneira criteriosa; não forçar o paciente a deixar, de um dia para o outro, o medicamento que sempre utilizou, mas ponderar com ele os riscos e as desvantagens desse uso; não repetir condutas e receitas, entre outros aspectos contribui muito principalmente para os pacientes de saúde mental. (MINAS GERAIS, 2006; Nunes e Landim, 2016, Vasconcelos, 2017).

As equipes em diversos locais podem referir-se a vários impedimentos para realizar essas

funções, especialmente para os pacientes que já fazem do acompanhamento de saúde mental em CAPS ou em outras unidades. Contudo, é preciso superar essas barreiras, visando atender estes pacientes da mesma forma que os demais, e trabalhando as dificuldades encontradas juntamente com a equipe (MINAS GERAIS, 2006).

Diante deste contexto podemos observar que esse despreparo é uma dificuldade real a ser solucionada. Cursos de capacitação em Saúde Mental, referências bibliográficas adequadas, são recursos necessários (MINAS GERAIS, 2006).

Sendo assim é importantíssimo que as equipes do PSF tenham noções básicas de Saúde Mental, pois existe um nível mais complexo de saberes desta área que seus profissionais não são obrigados a conhecer. Dessa forma, a disponibilidade da equipe de Saúde Mental é essencial: cabe-lhe ajudar a abordagem destas questões, seja através de reuniões e de debates periódicos, seja no cotidiano do serviço – discutindo alguns casos, avaliando outros, recebendo aqueles que se agravam ou se complicam (MINAS GERAIS, 2006).

Contudo, os problemas suscitados por esta clientela não se resolvem simplesmente transferindo seu atendimento da Saúde Mental para a ESF. Quando se faz apenas isto, o que acontece muito brevemente é que as agendas da ESF se tornam tão tomadas por estes usuários quanto antes o estavam as agendas dos serviços de saúde mental (Vasconcelos, 2017).

Mas ainda existem poucas discussões teóricas e análises críticas em relação à saúde mental na atenção básica (Jucá, Nunes e Barreto, 2009; Nunes e Landim, 2016).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Hoje existe a concepção de que o especialista é detentor de todo conhecimento e o único capaz de solucionar e gerir um bom tratamento ao paciente. Contudo, a população não tem a consciência de que a atenção básica por meio das ESF é indispensável dentro deste contexto, pois ela abordar e pode diagnosticar e tratar o início de muito destes problemas, evitando que progrida para maiores problemas.

Os problemas psíquicos afetam toda a população. Muitas vezes valorizamos apenas os sintomas graves como as psicoses, os transtornos mentais graves, e deixamos de olhar os demais problemas mentais comuns que afetam a população. A depressão está muito presente em nossa sociedade, e muitas pessoas não percebem, mas essa doença acaba afetando além da saúde mental, a saúde física, trazendo diversos problemas, entre eles falta de sono, desestabilização imunológica, estresse, entre outros diversos problemas.

Assim, a saúde mental na atenção básica é fundamental, pois é ali que se detectam esses

primeiros sinais de um possível abalo na saúde mental, o qual pode ser resolvido com mais facilidade, do que quando este se agrava.

Este estudo possibilitou notar que ainda existem as dificuldades dos profissionais da atenção básica, especificamente das Estratégias de Saúde da Família, lidar com os pacientes com sofrimento mental. As ESF muitas vezes deixam de oferecer cuidados e acabam encaminhando sempre esses pacientes. Contudo é importante resgatar essa responsabilidade para as ESF, pois fazem parte de seu trabalho, atender de forma adequada esses pacientes e oferecer como para os demais todos os recursos e meios demandados por eles.

Com a revisão integrativa, identificamos que as Estratégias de Saúde da Família são peças importantes na consolidação da Reforma Psiquiátrica e trazem elementos significativos para a Reabilitação Psicossocial dos pacientes com sofrimento mental. Isso amplia o desafio do processo de transformação da assistência, instiga buscas que venham contribuir para a efetivação do exercício da cidadania, da ética, do respeito às subjetividades, além de gerar e disparar intervenções que venham contribuir no processo de reabilitação psicossocial.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2ed. RioDe Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, P. NUMES, M. de O., A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciênc. saúde colet.** 23 (6). Jun 2018.

BRASIL. Lei 10.216 (2001). **LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001**. Brasília, DF, 2001. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. Reorganização do sistema de saúde mental: uma experiência do Qualis. **Revista Promoção da Saúde**. Ano 2, n.3, p. 446, ago. 2003.

JUCÁ, V.J.S.; NUNES, M. O.; BARRETO, S. G. Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede. Rio de Janeiro. **Ciênc. saúde coletiva**, v.14, n.1, Jan./Fev. 2009.

MINAS GERAIS. **Secretaria de Estado de Saúde**. Atenção em Saúde Mental. Marta Elizabeth de Souza. Belo Horizonte, 2006.

NUNES M., LANDIM F.L.P., organizadores. **Saúde Mental na Atenção Básica**, Política & Cotidiano Salvador: Edufba; 2016.

REINALDO, Amanda Márcia dos Santos. Saúde mental na atenção básica como processo histórico de evolução da psiquiatria comunitária. **Esc Anna Nery RevEnferm.** 12 (1): 173 - 8. 2008.

SCÓZ, T. M. X.; FENILI, R. M. Como desenvolver projetos de atenção à saúde mental no programa de saúde da família. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 5, n. 2, p. 71 – 77, 2003.

VASCONCELOS, E.M. As abordagens anglo-saxônicas de empoderamento e recovery (recuperação, restabelecimento) em Saúde Mental II: uma avaliação crítica para uma apropriação criteriosa no cenário brasileiro. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental 2017; 9(21):48-65.