

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

**ANAIS DO II SEMINÁRIO DO
PROGRAMA DE PÓS-
GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE
SERVIÇOS DE SAÚDE DA UFMG**

*Gestão em Saúde em Tempos de COVID-19:
cenários e perspectivas*

ISBN: 978-65-996864-2-9

Belo Horizonte, 9 e 10 de Dezembro de 2021.

ANAIS DO II SEMINÁRIO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

ISBN: 978-65-996864-2-9

COMISSÃO ORGANIZADORA

Colegiado do Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde

Coordenação

Karla Rona da Silva

Subcoordenação

Vanessa de Almeida

Comissão Organizadora

Adriane Vieira

Karla Rona da Silva

Mirela Castro Santos Camargos

Lívia Cozer Montenegro

Renato Rodrigues da Silva

Catálogo na Fonte

Departamento de Tratamento Técnico da Agência de Produção Editorial de Alagoas (Apeal)

- A532 Anais do II Seminário da Pós- Graduação em gestão de serviços de saúde [recurso eletrônico] / Karla Rona da Silva (coordenação) ... [et al.]. – Maceió : Apeal, 2022.
E-book; PDF.
- Inclui bibliografia.
ISBN: 978-65-996864-2-9.
1. Enfermagem. 2. Gestão - serviços de saúde. 3. Técnicas gerenciais. 4. Avaliação – planejamento – serviços de saúde. I. Guerra, Vanessa de Almeida, coord. II. Vieira, Adriane, coord. III. Montenegro, Lívia Cozer, coord. IV. Camargos, Mirela Castro Santos, coord.

CDU: 614.2(063)(813.5)

Elaborada por Fernanda Lins de Lima – CRB – 4/1717

APRESENTAÇÃO

O **Seminário do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde** (PPGSS) é uma realização do Colegiado do PPGSS, da Escola de Enfermagem (EE) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Em sua segunda edição teve como tema *Gestão em Saúde em Tempos de COVID-19: cenários e perspectivas*. O evento online aconteceu nos dias 9 e 10 de dezembro de 2021 na modalidade on-line.

Os trabalhos aqui publicados foram apresentados no formato de Resumo Expandido e de Artigo Completo nos seguintes eixos temáticos:

- Política, Planejamento e Avaliação em Saúde (PPAS);
- Trabalho e Gestão Participativa na Saúde (TGPS);
- Tecnologias Gerenciais em Saúde (TGS).

Realização:



Apoiadores:



PROGRAMAÇÃO GERAL

1º dia – Quinta-feira: 09/12

- 14:00 – 15:00 Credenciamento
15:00 – 15:40 Cerimônia de abertura
- 16:00 - 17:00 Palestrante: Profº Drº Rômulo Paes de Sousa
Palestra: “Lições e legados de uma pandemia que insiste em não passar”.
Moderadora: Profª Drª Karla Rona da Silva
- 17:00 – 18:00 Palestrante: Profº Drº Unai Tupinambás
Palestra: “Momento atual pandemia COVID-19: transição para fase endêmica?”.
Moderadora: Profª Drª Vanessa de Almeida
- 18:00 – 19:00 Palestrante: Msc. Danilo Borges Matias
Palestra: “Planejamento e gestão em tempos de COVID-19: A experiência do HOB”.
Moderador: Msc. Cristiano Inácio Martins
- 19:00 – 22:00 Apresentação de Resumos Expandidos – seções paralelas por eixos-temáticos:
- Política, Planejamento e Avaliação em Saúde (PPAS)
- Tecnologias Gerenciais em Saúde (TGS)
- Trabalho e Gestão Participativa na Saúde (TGPS)

2º dia – Sexta-feira: 10/12

- 15:00 – 16:00 Palestrante: Profª Drª Eli Iola Gurgel Andrade
Palestra: “O subfinanciamento histórico do SUS: há saída?”.
Moderadora: Profª Drª Kenya Valéria Micaela de Souza Noronha
- 16:00 – 17:00 Palestrante: Doutoranda Monique Fernanda Felix Ferreira
Palestra: “Reorganização da Rede Estadual de Saúde de Minas Gerais na pandemia”.
Moderadora: Msc. Ethiara Vieira de

Macedo

- 17:00 – 18:00 Palestrante: Mestrando Alexandre Rodrigues Inácio de Azevedo
Palestra: “Estresse ocupacional em trabalhadores de saúde de serviços de Atenção Primária no contexto da pandemia Covid-19”.
Moderadora: Msc. Marília Aparecida Rosário Oliveira Santos
- 18:00 – 19:00 Palestrante: Profª Drª Claudia Affonso Silva Araujo
Palestra: “Resiliência e Improvisação dos profissionais de linha de frente em tempos de Covid-19: o papel dos gestores”.
Moderadora: Profª Drª Livia Cozer Montenegro
- 19:00 – 21:00 Apresentação de Artigos – seções por eixos-temáticos:
- Política, Planejamento e Avaliação em Saúde (PPAS)
- Tecnologias Gerenciais em Saúde (TGS)
- Trabalho e Gestão Participativa na Saúde (TGPS)
- 21:00 – 22:00 Cerimônia de premiação dos melhores artigos por eixos-temáticos e encerramento

Link dos anais eletrônicos:

<https://doity.com.br/anais/seminario-do-ppgss>

Links de transmissão do evento:

<https://youtu.be/9bkAMC8Mu9c>

<https://youtu.be/OQUAvq93C9s>

<https://youtu.be/10I7oJLSOZs>

<https://youtu.be/W3IZNMGq6B4>

<https://youtu.be/bMp7no8PaxE>

https://youtu.be/jV_f_gDyqE4

<https://youtu.be/Or9AVTumb8k>

<https://youtu.be/0X9LJEIBBEY>

ISSN DO SEMINÁRIO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE: 2764-3816

RELAÇÃO DOS TRABALHOS APRESENTADOS

EIXO: POLÍTICA, PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE (PPAS) RESUMOS EXPANDIDOS

ANÁLISE DA SAÚDE DOS BOMBEIROS DA OPERAÇÃO BRUMADINHO ATRAVÉS DE PARÂMETROS HEMATOLÓGICOS, RENAIS E HEPÁTICOS.

(Eleonora Assunção Morad Arantes, Bárbara da Costa Campos Dias, Fabiana de Almeida Marques da Silva, Isabela Alves Dias)

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS DE 2015 A 2021: IMPACTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NA DEMANDA DA POPULAÇÃO IDOSA USUÁRIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

(Carla Jorge Machado, Tiago de Oliveira Furlam, Claudia Cristina de Aguiar Pereira)

FATORES INDIVIDUAIS E CONTEXTUAIS ASSOCIADOS AO TABAGISMO EM ADULTOS JOVENS BRASILEIROS

(Vitória da Silva Marques, Joana Motta Araújo Roesberg, Priscila Silvia Nunes Souza, Mery Natali Silva Abreu)

AVALIAÇÃO DO ACOMETIMENTO POR COVID-19 DOS TRABALHADORES DOS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE, EM SEUS AMBIENTES DE TRABALHO, NO PERÍODO DE MARÇO DE 2020 A MAIO DE 2021, EM MINAS GERAIS

(Eleonora Assunção Morad Arantes, Mery Natali Silva Abreu, Joana Roesberg, Vitória da Silva Marques)

EIXO: POLÍTICA, PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE (PPAS) TRABALHOS COMPLETOS

VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19: PERSPECTIVAS DE PROFISSIONAIS E GESTORES DA SAÚDE E DA ASSISTÊNCIA SOCIAL

(Nayara Carolina Mendes, Mirela Castro Santos Camargos, Doane Martins da Silva)

FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS ASSOCIADOS AO ATENDIMENTO DE IDOSOS VÍTIMAS DE QUEDAS EM UM PRONTO-SOCORRO

(Cristiano Inácio Martins, Karla Rona da Silva, Mirela Castro Santos Camargos)

ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER NOS MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE DA REGIONAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE

(Luciana Mara Nogueira Costa, Ana Paula de Lima Bezerra, Fernanda Esthefane Garrides Oliveira, Kátia Ferreira Costa Campos)

**EIXO: TRABALHO E GESTÃO PARTICIPATIVA NA SAÚDE
RESUMOS EXPANDIDOS**

A EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO DE SAÚDE OCUPACIONAL E SEGURANÇA DO TRABALHO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PÚBLICO NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA COVID-19

(Carla Patrícia Antunes Gontijo, Leonardo Pereira Garrido, Regiane Prado Ribeiro, Railina Laura Uyara Brandão Sales)

ESTÁGIO CURRICULAR, UTILIZAÇÃO DE PADRÕES DE BOAS PRÁTICAS EM UM RESTAURANTE EM MACEIÓ, ALAGOAS.

(Eva Géssica Mello de Amorim, Carolyne Ávila dos Santos)

ESTRESSE, EXAUSTÃO PROFISSIONAL E COPING DE ENFERMEIROS NO CONTEXTO DA PANDEMIA COVID-19 EM UMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DE LISBOA/PORTUGAL

(Vívian Carlech Melo Oliveira, Karla Rona da Silva, Hernâni Artur Veloso Neto)

ESTRATÉGIA DE TELEMONITORAMENTO PARA ENFRENTAMENTO DA COVID-19 NO SERVIÇO DE HEMODIÁLISE DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PÚBLICO DE BELO HORIZONTE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

(Lívia Mari Martins Reis, Mariana Regina Pinto Pereira, Aline Cristina Alves Dias)

ANÁLISE DE RISCO HIGIÊNICO-SANITÁRIO UTILIZANDO UMA FERRAMENTA DE BOAS PRÁTICAS NA ALIMENTAÇÃO ESCOLAR EM UMA UNIDADE DE ENSINO EM MACEIÓ.

(Eva Géssica Mello de Amorim, Franciete Silva Dos Santos, Amanda Sofia Cardoso dos Santos)

ESTÁGIOS CURRICULARES: DESAFIOS NA ALIMENTAÇÃO DE ESCOLARES IMPOSTOS PELO CENÁRIO PANDÊMICO OCACIONADO PELA COVID-19

(Eva Géssica Mello de Amorim, Franciete Silva dos Santos, Amanda Sofia Cardoso dos Santos)

O IMPACTO DOS ERROS DE REGISTRO NAS COBERTURAS VACINAIS: PROCESSO DE AVALIAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE NAS UNIDADES DE SAÚDE

(Jessica Soares dos Anjos Barboza, Maria Lucélia da Hora Sales, Joyse Márcia da Silva Marques, Sandra Maria da Silva Ferreira)

GESTÃO PARTICIPATIVA E O DIAGNÓSTICO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: UM MODELO COM ABORDAGEM DE MÉTODOS MISTOS

(Thaiane Almeida Silva Pol, Cleide Straub da Silva Bicalho, Rebeca Iwankiw Lessa Beltran, Karla Crozeta Figueiredo)

**EIXO: TRABALHO E GESTÃO PARTICIPATIVA NA SAÚDE
ARTIGOS COMPLETOS**

**ENSINO-EXTENSÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE NA FORMAÇÃO DE GESTORES:
DESENVOLVIMENTO DE REFERÊNCIAS TÉCNICAS MUNICIPAIS**

(Katia Ferreira Costa Campos, Ana Paula de Lima Bezerra, Fernanda Gonçalves de Souza, Vanessa de Almeida)

**O TELEATENDIMENTO COMO ESTRATÉGIA DE FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE E A PANDEMIA PELA COVID-19: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DO MUNICÍPIO DE BELO
HORIZONTE**

(Caroline Schilling Soares, Carolina Serravite Irrthum, Edmundo Gustavo Cipriano de Araújo, Warley Aguiar Simões)

**EIXO: TECNOLOGIAS GERENCIAIS EM SAÚDE (TGS)
RESUMOS EXPANDIDOS**

**AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS COM O ATENDIMENTO PRESTADO POR
RESIDENTES**

(Adriane Vieira, João Paulo Carvalho, João Antonio Deconto, Pollyanna Maria Carmo)

**GESTÃO DO DESEMPENHO HUMANO NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE: UMA REVISÃO DE
LITERATURA**

(Ariele Alves Nascimento, Adriane Vieira)

**COLETA DE AMOSTRAS SANGUÍNEAS NO CORDÃO UMBILICAL PARA REALIZAÇÃO DE
EXAMES LABORATORIAIS: UMA REVISÃO DA LITERATURA**

(Júnia Gonçalves de Almeida Quintão, Karla Rona da Silva)

**TECNOLOGIA APLICADA PARA MONITORAMENTO DE BENEFICIÁRIOS INSCRITOS EM
PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: DESENVOLVIMENTO E IMPLANTAÇÃO DE
FERRAMENTA DE BUSINESS INTELLIGENCE EM UMA OPERADORA DE SAÚDE AUTOGESTÃO**

(Andreza De Oliveira Madureira, Renato Rodrigues Da Silva, Junio Cesar Pinto Da Silva, Natalia Gherardi Almeida)

INTELIGÊNCIA EMOCIONAL NO TRABALHO EM SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.

(Rafael de Jesus da Paz, Karla Rona da Silva, Fátima Ferreira Roquete, Fernanda Rodrigues Maia Mendez)

RELATO DE EXPERIÊNCIA: AÇÕES E RESULTADOS DO PROJETO CUIDAR DE QUEM CUIDA
(Verônica Francis Duquina Mateus, Monique Galvão dos Santos, Karla Rona da Silva, Cristiano Inácio Martins)

AVALIAÇÃO DE ANTIMICROBIANOS PARA TRATAMENTO DA COVID-19: ESTRATÉGIAS PARA ALCANÇAR A GESTÃO EFICIENTE EM UM HOSPITAL PRIVADO NO MUNICÍPIO DE GOVERNADOR VALADARES/MINAS GERAIS
(Preslliane Breder Paschoarelli Santos Cobucci, Mauro Lúcio de Oliveira Júnior, Maurício Almeida)

PROGRAMA ACOMPANHAR: HISTÓRICO DA IMPLANTAÇÃO E RESULTADOS ALCANÇADOS
(Richardson Warley Siqueira Luzia, Ana Paula Penna de Simone, Marcos Aurelio de Fonseca)

TAXA DE ABSENTEÍSMO POR DOENÇA EM TRABALHADORES DA FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS: UMA ANÁLISE COMPARATIVA 2019 E 2020
(Richardson Warley Siqueira Luzia, Jair Alves Pereira Filho, Adriane Vieira, Marcos Aurélio Fonseca)

ACREDITAÇÃO HOSPITALAR: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA
(Andreia Paulina Ferreira Silva, Adriane Vieira)

EFEITOS DA APLICAÇÃO DA METODOLOGIA LEAN THINKING NO PRONTO ATENDIMENTO DE UM HOSPITAL GERAL
(Maysa de Paula Pacheco Batista, Adriane Vieira)

APRENDENDO COM OS LIVROS POR MEIO DAS TECNOLOGIAS DIGITAIS: RELATOS DO PROJETO DE EXTENSÃO LEITURA É SAÚDE
(Fernanda Gonçalves de Souza, Karla Rona da Silva)

A INSTITUCIONALIZAÇÃO ACELERADA DO HOME OFFICE COMO ANALISADOR DO TRABALHO: REFLEXÕES A PARTIR DA ANÁLISE INSTITUCIONAL
(Brenda Reis Chaves, Carla Aparecida Spagnol, Ester Mendes da Silva, Flávia Lúcia da Silva Colares)

ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO QUESTIONÁRIO CUIDADO NO DIÁLOGO – ESCALA DE COMPETÊNCIA
(Patrícia Lourdes Silva, Adriane Vieira, Carla Aparecida Spagnol)

DESENVOLVIMENTO DE UMA METODOLOGIA PARA DIMENSIONAMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE BELO HORIZONTE DE MINAS GERAIS
(Natasha Preis Ferreira, Selme Silqueira de Matos, Meiriele Tavares Araújo)

**EIXO: TECNOLOGIAS GERENCIAIS NA SAÚDE
TRABALHOS COMPLETOS**

**SALA CIRÚRGICA PARA REMOÇÃO MULTIORGÂNICA PARA FINS DE TRANSPLANTE:
CONTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE LAYOUT**

(Edna Andréa Pereira de Carvalho, Fernanda Gonçalves de Souza, Messias Inácio da Silva Carvalho, Karla Rona da Silva)

AGRICULTURA FAMILIAR E DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL.

(Ângela Maria de Souza)

**A EXPERIÊNCIA DE MULHERES EM CARGOS DE LIDERANÇA ATUANDO NO ENFRENTAMENTO
DA COVID-19 EM UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR**

(Denise Silva Pinto, Adriane Vieira, Karla Rona da Silva)

EIXO TEMÁTICO: POLÍTICA, PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE (PPAS)

Coodenadora: Prof^a. Dr^a. Mirela Castro Santos Camargos

Resumos Expandidos

II SEMINÁRIO DA PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Gestão em Saúde em Tempos de COVID-19: cenários e perspectivas
9 e 10 de dezembro de 2021

ANÁLISE DA SAÚDE DOS BOMBEIROS DA OPERAÇÃO BRUMADINHO ATRAVÉS DE PARÂMETROS HEMATOLÓGICOS, RENAIS E HEPÁTICOS

Eleonora Assunção Morad Arantes; Coordenadora de Saúde do Trabalhador SESMG, Bárbara da Costa Campos Dias, Referência Técnica do Comitê Gestor Pró-Brumadinho SESMG; Fabiana de Almeida Marques da Silva, Referência Técnica do Comitê Gestor Pró-Brumadinho SESMG; Isabela Alves Dias, Referência Técnica do Comitê Gestor Pró-Brumadinho SESMG

PALAVRAS-CHAVE: vigilância à saúde do trabalhador; rompimento de barragem; bombeiros.

INTRODUÇÃO

Em 25 de janeiro de 2019 a barragem I (B1) da mina do Córrego do Feijão, do Complexo Paraopeba II, em Brumadinho/MG se rompeu acarretando o rompimento das barragens BIV e BIVA. A tragédia culminou com a morte de 272 pessoas, sendo 2 nascituros, e, atualmente 09 continuam desaparecidas. Além das vidas perdidas, os impactos e prejuízos socioambientais provocados pelo rompimento são imensuráveis. Desde o dia do rompimento até os dias atuais as buscas pelos corpos das vítimas continuam incessantemente. Apenas no período de 17 de março a 12 de maio de 2021 houve uma breve interrupção nos trabalhos, devido ao estabelecimento da Onda Roxa no Estado de Minas Gerais, com medidas de restrição no combate à pandemia da Covid-19. À época do rompimento, o rejeito foi analisado e verificou-se a presença de metais como Alumínio (Al), Bário (Ba), Cobre (Cu), Ferro (Fe), Manganês (Mn) entre outros, os quais posteriormente foram comparados com os valores padrão da legislação específica. Diante da exposição dos militares à lama de rejeitos e os riscos potenciais à saúde humana decorrentes desta atividade, entendeu-se como necessário e imprescindível o monitoramento da saúde destes profissionais, como por exemplo, a coleta de exames toxicológicos e laboratoriais. É importante destacar o papel da vigilância à saúde dos trabalhadores para tal atividade, em que o principal objetivo dos exames médicos ocupacionais foi a avaliação da efetividade das medidas de controle do ambiente de trabalho (RANTANEN; FEDOTOV,1995).

OBJETIVO

Analisar a situação de saúde dos militares envolvidos na Operação Brumadinho, por meio dos resultados dos exames laboratoriais de sangue: hemograma, alanina aminotransferase (ALT), aspartato aminotransferase (AST), gama glutamil transferase (GGT), ureia, creatinina, coletados no período de maio a outubro de 2019.

METODOLOGIA

Foram analisados os dados referentes ao monitoramento laboratorial dos profissionais do Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais, expostos ao rejeito de mineração, decorrente do rompimento da barragem da Mina Córrego do Feijão da Vale S/A – Brumadinho – MG. Todos os dados, não nominais, em posse da SESMG estavam contidos em 2017 registros de exames de sangue de um total de 1738 profissionais, uma vez que alguns realizaram mais de uma coleta.

Com a necessidade de se fazer uma análise detalhada e de forma conjunta destas informações, foi realizada a extração dos exames para um único banco de dados, por meio do *Software R* com utilização dos pacotes *pdftools* e *tidyverse*, usado para a leitura de PDF e limpeza, tratamento e formatação dos textos, respectivamente. O produto foi o banco de dados em formato *.xls* para exploração dos dados. Foi realizado uma análise exploratória com o objetivo de identificar possíveis padrões e resultados que pudessem ser associados a uma alteração do exame decorrente da exposição ao rejeito de mineração. Para cada valor dos exames: ureia, creatinina, aspartato aminotransferase (AST), alanina aminotransferase (ALT), gama glutamil transferase (GGT), plaquetas, linfócitos, monócitos, segmentados, leucócitos, índices hematimétricos (RDW, CHCM, HCM, VCM), hematócrito, hemoglobina, hemácias, eosinófilos) foram construídas tabelas, estratificando por idade e por sexo, e em cada tabela foram apresentadas estatísticas pontuais (média, mínimo, 1º quartil, 2º quartil, 3º quartil e máximo).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Essa pesquisa analisou apenas os exames laboratoriais, não considerando as amostras toxicológicas para verificar os níveis de metais no organismo dos profissionais, apesar de terem sido coletadas. A data da coleta dos exames analisados foi referente ao período de maio a outubro de 2019. A variação da taxa de uréia ficou entre 4mg/dl e 70mg/dl entre todos os registros, sendo que 75% dos resultados estão abaixo do valor de 40mg/dl, indicando normalidade na maioria dos indivíduos. Verificou-se um número pequeno de resultados de uréia com valor acima da referência, que não significou alteração na função renal, uma vez que se comparando posteriormente à creatinina, ela se encontrou com valores dentro da normalidade. Percebeu-se, por uma análise global, que os resultados apresentados se encontram dentro do intervalo de referência, não sendo observada anormalidade significativa. Analisando-se a função hepática, observou-se que 75% dos exames de AST, ALT e GGT apresentaram valor abaixo da concentração de 26mg/dl, 35 mg/dl e 52 mg/dl, respectivamente, ou seja, dentro da normalidade. A maioria (75%) dos profissionais apresentaram resultados normais na contagem global de leucócitos, abaixo de 7400. Também foram apresentados resultados dentro da normalidade dos índices VCM, HCM, CHCM e RDW, através dos quais é possível detectar e caracterizar as anemias de acordo com alterações na forma, tamanho, cor e estrutura das hemácias.

CONCLUSÃO

Apesar dos exames laboratoriais apresentados encontrarem-se dentro da normalidade, não se exclui a possibilidade de que tal atividade, potencialmente, apresente danos à saúde dos trabalhadores, uma vez que não há na literatura relato de situação semelhante, tampouco cenário que envolva tanto o contato dos profissionais com a lama de rejeitos, como o período estendido de buscas de corpos. Adicionalmente, não há condições de caracterização de que esta exposição seja aguda ou crônica, e quais parâmetros seriam esperados. Portanto, a avaliação destes exames acompanhados dos toxicológicos, anamnese ocupacional, e acompanhamento clínico seriam os recomendados a médio e longo prazo, com vistas a delimitar os potenciais danos à saúde, e instituir as medidas preventivas.

REFERÊNCIAS

BUSCHINELLI, J. T. P. *Toxicologia ocupacional*. São Paulo: Fundacentro, 2020

WILLIAMSOM, M. A. SNYDER. M. L. *Wallach Interpretação de exames laboratoriais*. 10 ed., Guanabara Koogan, 2015. 1244p

RUPPENTHAL, E. J. *Toxicologia*. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria, Colégio Técnico Industrial de Santa Maria; Rede e-Tec Brasil, 2013.

RANTANEN, J. FEDOTOV, I. A. *Standards, principles and approaches in occupational health services*. [S.l.: s.n., 1994]. Disponível em: https://ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_110439.pdf .Acesso em: 27 ago. 2021.

R. C. Team *et al.* *R: a language and environment for statistical computing*. 2013.

II SEMINÁRIO DA PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Gestão em Saúde em Tempos de COVID-19: cenários e perspectivas
9 e 10 de dezembro de 2021

AVALIAÇÃO DO ACOMETIMENTO POR COVID-19 DOS TRABALHADORES DOS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE, EM SEUS AMBIENTES DE TRABALHO, NO PERÍODO DE MARÇO DE 2020 A MAIO DE 2021, EM MINAS GERAIS

Eleonora Assunção Morad Arantes, Mestranda do Programa de Pós-Graduação de Gestão em Serviços de Saúde; Joana Roesberg, Aluna da Graduação de Enfermagem; Vitória da Silva Marques, Aluna da Graduação de Gestão de Serviços de Saúde, Mery Natali Silva Abreu, Professora Orientadora – Departamento de Gestão em Saúde – UFMG

PALAVRAS-CHAVE: COVID-19; profissionais de saúde; saúde do trabalhador.

INTRODUÇÃO

Em fevereiro de 2020 foi declarada, pelo Ministério da Saúde, Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional em decorrência da infecção humana pelo novo Coronavírus. No mês seguinte, a mesma situação de emergência foi decretada em Minas Gerais (MG). O exercício das atividades laborais, assim como as condições de trabalho, são fontes potenciais de exposição ao vírus SARS-CoV-2, responsável pela COVID-19. Sendo assim, a preservação da saúde dos trabalhadores é fundamental para controlar a disseminação da doença, bem como para possibilitar a continuidade da prestação de serviços pelos setores econômicos (FIIHO *et al.*, 2020). Além da preocupação com as consequências da exposição a sangue e aos fluidos corpóreos, a falta de um diagnóstico real da situação de ocorrência deste tipo de acidente no Brasil, pela subnotificação existente, constitui-se em obstáculos para a implementação de medidas preventivas efetivas (MUROFUSE; MARZIALE; GEMELLI, 2005). Entende-se que a contaminação por SARS-CoV-2 em trabalhadores da saúde, no exercício de suas atividades laborais, é um acidente de trabalho decorrente da exposição a material biológico de fluidos e secreções de pacientes contaminados, de acordo com a definição de caso de Acidente de Trabalho com Exposição a Material Biológico – ATEMB, constante na Nota Informativa nº 94, de 26 de julho de 2019 da Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador, do Ministério da Saúde. Ressalta-se que não fora padronizado no país, pelo Ministério da Saúde, instrumento oficial para registro dos casos de COVID-19 em trabalhadores decorrentes da exposição laboral. Em decorrência foram adotados por cada estado diferentes condutas e instrumentos de notificação. Considerando a necessidade de oportunamente garantir dados dos trabalhadores dos serviços assistenciais de saúde que adoeceram de COVID-19 decorrente de sua exposição ocupacional, o estado de MG em 28 de maio de 2020, adotou para estes casos a notificação compulsória por meio da ficha de ATEMB do SINAN. A avaliação do acometimento por COVID-19 dos trabalhadores dos serviços assistenciais de saúde, em seus ambientes de trabalho em MG, permitiu identificar os fatores e situações de risco e, posteriormente, a elaboração de estratégias de intervenção para proteção da saúde dos trabalhadores.

OBJETIVO

Avaliar o acometimento por COVID-19 dos trabalhadores dos serviços assistenciais de saúde, em seus ambientes de trabalho, no período de março de 2020 a maio de 2021, em MG.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo transversal descritivo, a partir da análise de dados secundários das Fichas de ATEMB, do Sistema de Agravos de Notificação – SINAN, referente aos trabalhadores dos serviços assistenciais de saúde que foram acometidos por COVID-19 em seus ambientes de trabalho, entre março de 2020 a maio de 2021, em MG. Realizou-se análise descritiva para caracterização da população investigada e cálculo das incidências mensais e da prevalência anual de 2020 e 2021 de COVID-19 entre os trabalhadores analisados, com respectivos intervalos de confiança de 95%. Como denominador, foi considerado o número de trabalhadores dos serviços de saúde cadastrados no CNES, obtido por meio da ferramenta TABNET do Datasus. Os respectivos valores de incidência e prevalência foram ilustrados por meio de mapas temáticos, com o auxílio do software Mapinfo versão 9.0, segundo as Macrorregiões de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisadas um total de 6906 notificações de casos de ATEMB – COVID-19 em trabalhadores dos serviços assistenciais de saúde de MG, entre março de 2020 a maio de 2021. Desse total, 73,6% ocorreram no gênero feminino e entre 30 e 44 anos, em consonância com o observado por Campos e Leitão (2021), ao analisar casos de COVID-19 em profissionais de saúde do Pará, em que 70,3% eram do gênero feminino e 61,3% com idade entre 30 e 49 anos. Do total das notificações, 34% (2352) ocorreram em técnicos/auxiliares de enfermagem. O Brasil também apresentou acometimento maior desses trabalhadores, seja por Síndrome Gripal - SG ou Síndrome Respiratória Aguda Grave - SRAG por COVID-19, conforme as edições 23 (março a dezembro de 2020) e 65 (janeiro a maio de 2021) do Boletim Epidemiológico Especial do Ministério da Saúde. A maioria das notificações foram realizadas em Serviços de Atenção Primária (25,6%), Instituições Hospitalares (25,2%) e Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (24,2%). A relativa homogeneidade dos percentuais e as diferentes complexidades destes três serviços denotam uma sensibilização efetiva do SUS pela Coordenação de Saúde do Trabalhador da SESMG, quanto à importância da notificação dos trabalhadores da saúde e do instrumento padronizado. A maioria (81,1%) teve alta por cura, e somente 0,4% foram a óbito, demonstrando adequada assistência à saúde dispensada a esses trabalhadores. No período de março a dezembro de 2020, foram notificados 4869 casos (70,5%) e, de janeiro a maio de 2021, 2037 (29,5%) casos confirmados de COVID-19 em trabalhadores dos serviços assistenciais de saúde, uma média aproximada de 608 casos por mês em 2020, e de 407 por mês em 2021. Considerando as macrorregiões de saúde, as maiores prevalências em 2020 foram observadas na macrorregião Leste, seguida da Vale do Aço. Nota-se queda acentuada nas prevalências de COVID-19 entre trabalhadores assistenciais da saúde em quase todas as macrorregiões no ano de 2021, sendo maior na macrorregião Noroeste. Analisando-se os meses dos anos de 2020 e 2021, observou-se que as maiores incidências de COVID-19 entre trabalhadores dos serviços assistenciais ocorreram em julho, agosto e setembro de 2020 (2,96 por 1.000; 2,44 por 1.000; 2,13 por 1.000 trabalhadores). A partir de janeiro de 2021, início da vacinação dos trabalhadores da saúde contra a COVID-19, verificou-se a redução gradativa da incidência nesta população trabalhadora. Tal fato provavelmente justifica a diminuição da média mensal de notificações no ano de 2021, em que se manteve a vacinação dos trabalhadores da saúde, seja para contemplar todos os grupos etários, ou para aplicação de segundas doses.

CONCLUSÃO

É fundamental avaliar, de acordo com os dados dos sistemas de informação, as condições laborais, sua potencial relação com o adoecimento por COVID-19 e as características dos trabalhadores dos serviços assistenciais de saúde acometidos. Dessa forma, além de compreender a cadeia de transmissão do vírus nesses ambientes de trabalho e garantir

oportunamente os dados oficiais dos trabalhadores que se infectaram, é possível, após as análises, subsidiar a implementação ou adequação de medidas de preservação e proteção à saúde dos trabalhadores, e indiretamente, da população em geral, durante a pandemia de COVID-19.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico 23 e 65*. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública – COE-nCoV. Brasília: Ministério da Saúde, p. 07, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Nota Informativa nº 94/2019 - DSASTE/SVS/MS*. Orientação sobre as novas definições dos agravos e doenças relacionados ao trabalho do Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

CAMPOS, A. C. V. LEITÃO, L. P. C. Letalidade da COVID-19 entre profissionais de saúde no Pará, Brasil. *J. Health NPEPS*; 6(1) jun. 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1147344>. Acesso em: 26 Out. 2021

FIHO, J. M. J. *et al.* A saúde do trabalhador e o enfrentamento da COVID-19. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 45, p. 14, 2020.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Nota Técnica COES MINAS COVID-19 Nº 44*. Recomendações aos profissionais e serviços de saúde para contenção da transmissão do SARS-CoV-2. Belo Horizonte, MG, 2020. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/noticias_e_eventos/000_2020/mar_abr_maio/28-05-Nota-Tecnica-Saude-Trabalhador.pdf. Acesso em: 05. Mai. 2020.

MINAS GERAIS. *Decreto nº 113, de 12 de março de 2020*. Declara situação de emergência em saúde pública no Estado em razão de surto de doença respiratória – COVID-19 e dispõe sobre as medidas para seu enfrentamento, previstas na Lei Federal nº 13.979, de 06 de fevereiro de 2020. Minas Gerais, Belo Horizonte: ALEMGO, 2020. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/noticias_e_eventos/000_2020/coronavirus-legislacoes/Decreto_113-de-12.03.2020-declara-Situacao-de-Emergencia.pdf. Acesso em: 05. Mai. 2020.

MUROFUSE, N. T.; MARZIALE, M. H. P.; GEMELLI, L. M. G. Acidente com material biológico em hospital universitário do oeste do Paraná. *Rev. Gaúcha de Enfermagem*. v. 26. n. 2. p. 168-79. 2005. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4550/248>. Acesso em: 31 Jan. 2021.

WHO. *Novel Coronavirus (2019-nCoV) Situation Report - 11*. 2020. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200131-sitrep-11-ncov.pdf?sfvrsn=de7c0f7_4. Acesso em: 03. Abr. 2021

II SEMINÁRIO DA PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Gestão em Saúde em Tempos de COVID-19: cenários e perspectivas
9 e 10 de dezembro de 2021

FATORES INDIVIDUAIS E CONTEXTUAIS ASSOCIADOS AO TABAGISMO EM ADULTOS JOVENS BRASILEIROS

Vitória da Silva Marques, UFMG; Joana Motta Araújo Roesberg, UFMG, Priscila Silvia Nunes Souza; UFMG, Mery Natali Silva Abreu; UFMG

PALAVRAS-CHAVE: Tabagismo, Saúde do adulto jovem, IDH.

INTRODUÇÃO

Aos jovens é atribuída especial atenção das agendas governamentais no que tange ao tabagismo, por se tratar de um período da vida em que o uso dessa e outras substâncias geralmente inicia e se consolida¹. Trata-se de uma fase marcada por diversas mudanças sociais, biológicas e psicológicas, tais como busca por autonomia, necessidade de inserção em um grupo social e de novas experiências, que podem deixá-los mais vulneráveis a danos em reações cognitivas e emocionais. Além da fragilidade peculiar dessa fase da vida, é preocupante o fato de que, no Brasil, dados da pesquisa do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) indicam que a taxa de jovens entre 18 a 24 anos fumantes saltou de 6,7% em 2018, para 7,9% em 2019². Vasta literatura indica fatores associados ao tabagismo entre adolescentes e adultos em geral.³⁻⁵ Entre os adolescentes, o uso de tabaco é mais prevalente entre os que possuem amigos e pais que fumam,⁴ sem supervisão familiar⁵, e que não moram com ambos os pais⁶. Já entre adultos, o hábito de fumar é mais frequente entre os homens,³ que fazem uso corriqueiro de álcool, e com menor nível de escolaridade⁷. Entretanto, até onde se sabe, não há estudos que analisam os fatores de risco associados aos adultos jovens (18 a 24 anos), com amostra representativa do Brasil e que consideram aspectos individuais e contextuais. Monitorar as condições relacionadas ao hábito de fumar em cada faixa etária é imprescindível para o enfrentamento da morbidade e mortalidade relacionadas ao fumo⁸. Com um caráter inédito ao atrelar aspectos individuais ao contexto no qual o jovem está inserido, o objetivo foi identificar fatores associados ao tabagismo em adultos jovens brasileiros de 18 a 24 anos, considerando a influência conjunta de fatores individuais e contextuais avaliado por meio do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal que utilizou os dados coletados pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019. O modelo teórico foi fundamentado a partir de variáveis individuais, que neste estudo foram divididas em fatores demográficos, antecedentes e comportamentos em saúde. Foi acrescentado o nível contextual considerando a importância das peculiaridades do ambiente no qual o indivíduo está inserido na determinação do seu comportamento⁹, sendo o segundo nível aqui mensurado pelo IDHM. Foi realizada análise descritiva dos dados e a prevalência de tabagismo entre adultos jovens foi estimada para cada UF. Para avaliar a correlação entre prevalência de tabagismo e IDHM da UF foi estimado o coeficiente de correlação de Pearson (r). O modelo multinível de Poisson com variâncias robustas, para

estimação da Razão de Prevalência (RP), avaliou os fatores individuais e contextuais associados ao tabagismo, considerando como primeiro nível os indivíduos e como segundo as UF. A modelagem compreendeu as seguintes etapas: 1) análise do modelo nulo, que inclui apenas o intercepto aleatório; 2) inclusão de variáveis de nível individual (com valor-p menor que 0,20 na análise univariada); 3) inclusão da variável de nível contextual (IDHM). Considerou-se um nível de significância de 5%.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A prevalência de tabagismo entre adultos jovens foi de 10,5% no Brasil, com variação de 4,3% no Ceará a 14,9% em São Paulo. As maiores prevalências de tabagismo foram identificadas nos estados das regiões Centro-oeste, Sudeste e Sul e as menores nos estados das regiões Norte e Nordeste. Padrão semelhante pôde ser observado para a distribuição dos valores de IDHM entre os estados brasileiros, com maiores índices de IDHM nas regiões Centro-oeste, Sudeste e Sul, e correlação positiva entre a prevalência de tabagismo da UF e seu respectivo IDHM ($r=0,40$; $p<0,05$). Os fatores associados a uma maior probabilidade de fumar foram: ter ensino médio ou maior escolaridade, não possuir trabalho remunerado, viver sem companheiro, presenciar fumo no domicílio, apresentar AASB ruim, sentir-se deprimido ou mal consigo mesmo e consumir álcool excessivamente. Em contrapartida, os fatores associados a uma menor chance de fumar foram: ser do sexo feminino, praticar atividade física e ter excesso de peso. Ainda de acordo com o modelo, houve maior probabilidade de fumar entre os jovens residentes em estados com maiores níveis de IDHM. A população em estudo - os jovens - é mais sensível aos preços, sendo as políticas de taxaço ao tabaco mais eficazes nesse grupo no qual há um maior reflexo de restrições mais rígidas de renda¹¹. Essa mudança mercadológica com o aumento das taxas tributárias dos produtos de tabaco e a redução da comercialização e do acesso aos cigarros de baixo preço advindo do mercado ilegal¹², poderiam justificar o maior consumo de tabaco atual (segundo dados de 2019) entre jovens residentes em locais com melhor nível socioeconômico, bem como entre indivíduos com maior escolaridade e que geralmente possuem maior renda. Nessa perspectiva, é imprescindível do ponto de vista da gestão, no que tange ao campo da Política, Planejamento e Avaliação em Saúde, conhecer a configuração do tabagismo entre jovens, bem como os fatores associados. Esse conhecimento pode auxiliar na adequação e fomento das políticas públicas considerando as especificidades e ciclo de vida desses indivíduos, além de dar subsídios adequados para abordagem, avaliação e acompanhamento dos tabagistas. Rótulos de advertência, campanhas midiáticas em massa, banimento da publicidade, promoção e patrocínio do tabaco; diminuir a acessibilidade dos produtos do tabaco; uma vez que os adultos jovens podem ser mais sensíveis às mudanças de preço, são medidas coerentes.

CONCLUSÃO

Dados inéditos e representativos da população adulta jovem brasileira foram examinados à luz da compreensão da influência do contexto no qual esses jovens estão inseridos na prática do fumo. Chama a atenção que locais nos quais são oferecidas melhores condições de vida em termos sociais e econômicos também são aqueles onde há maior chance de fumar entre os jovens. Os resultados apontaram para intervenções mais abrangentes no controle do tabagismo neste público, promovendo maior autonomia e participação em seu cuidado, atentando para políticas públicas diferenciadas de acordo com cada estado do país.

REFERÊNCIAS

1. Hall WD, Patton G, Stockings E, Weier M, Lynskey M, Morley K, Degenhardt L. Why young people's substance use matters for global health. *Lancet Psychiatry* 2016;3(3):265-279.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *Vigitel Brasil*; 2019.
3. Tee GH, Aris T, Rarick J, Irimie S. Social determinants of health and Tobacco use in five low - and middle-income countries - results from the Global Adult Tobacco Survey (GATS), 2011-2012. *Asian Pac J Cancer Prev* 2016;17(3):1269–1276.
4. Joung MJ, Han MA, Park J, Ryu SY. Association between family and friend smoking status and adolescent smoking behavior and E-cigarette use in Korea. *Int J Environ Res Public Health* 2016;13(12):1183.
5. Malta DC, Machado IE, Felisbino-Mendes MS, Prado RR, Pinto AMS, Oliveira-Campos M, Souza MFM, Assunção AA. Use of psychoactive substances among Brazilian adolescents and associated factors: National School-based Health Survey, 2015. *Rev Bras Epidemiol* 2018;21(Suppl 1):E180004.
6. Figueiredo VC, Szklo AS, Costa LC, Kuschnir MCC, Silva TLN, Bloch KV, Szklo, M. ERICA: Smoking prevalence in Brazilian adolescents. *Rev. Saúde Públ* 2016;50(Suppl 1):12s.
7. Francisco PMS, Assumpção D, Malta DC. Co-occurrence of smoking and unhealthy diet in the Brazilian adult population. *Arq. bras. cardiol* 2019;113(4):699-709.
8. Wamamili B, Wallace-Bell M, Richardson A, Grace RC, Coope P. Cigarette smoking among university students aged 18-24 years in New Zealand: Results of the first (baseline) of two national surveys. *BMJ Open* 2019;9(12):1-8.
9. Caiaffa WT, Ferreira FR, Ferreira AD, Oliveira CL, Camargos VP, Proietti FA, Saúde urbana: a cidade é uma estranha senhora, que hoje sorri e amanhã te devora. *Ciênc. saúde coletiva* 2008;13(6):1785-1796.
10. Maciel JAC, Castro S, Farias MR. Initial analysis of the spatial correlation between the incidence of covid-19 and human development in the municipalities of the state of Ceará in Brazil. *Rev Bras Epidemiol* 2020; 23(1):1-17.
11. Pinto M, Bardach A, Palacios A, Biz A, Alcaraz A, Rodriguez B, Augustovski F, Pichon-Riviere, A. Carga do tabagismo no Brasil e benefício potencial do aumento de impostos sobre os cigarros para a economia e para a redução de mortes e adoecimento. *Cad Saúde Pública* 2019;35(8):e00129118.
12. Brasil. Decreto Nº 9.516, de 1º de Outubro de 2018. Promulga o Protocolo para Eliminar o Comércio Ilícito de Produtos de Tabaco, de 12 de novembro de 2012. *Diário Oficial da União*; 2018.
13. Reitsma MB, Flor LS, Mullany EC, Gupta V, Hay SI, Gakidou E. Spatial, temporal, and demographic patterns in prevalence of smoking tobacco use and initiation among young people in 204 countries and territories, 1990-2019. *Lancet Public Health*. 2021;v(7):472-481.

AGRADECIMENTOS

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, pelo auxílio financeiro.

II SEMINÁRIO DA PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Gestão em Saúde em Tempos de COVID-19: cenários e perspectivas
9 e 10 de dezembro de 2021

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS DE 2015 A 2021: IMPACTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NA DEMANDA DA POPULAÇÃO IDOSA USUÁRIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Carla Jorge Machado, UFMG; Cláudia Cristina de Aguiar Pereira, ENSP/Fiocruz; Tiago de Oliveira Furlam, UFMG

PALAVRAS-CHAVE: Técnicas e Procedimentos Diagnósticos; Pandemia por COVID-19; Análise de Séries Temporais Interrompida.

INTRODUÇÃO

A pandemia de Covid-19 trouxe novos desafios para a atenção primária, secundária e terciária na manutenção dos cuidados de rotina de pacientes idosos, usualmente com comorbidades. Houve mudanças organizacionais na gestão e organização de consultas, exames e atendimentos de urgência e hospitalares em decorrência da pandemia, especialmente no caso de pacientes nestas faixas etárias e que estavam em maior risco de Covid-19 (MICHALOWSKY et al, 2021). Ocorreram aumentos da quantidade de consultas remotas por telefone e por vídeo e, como resultado, os atendimentos médicos, referências a especialistas e internações hospitalares diminuíram quando das medidas de restrição aos deslocamentos e de isolamento em virtude da necessidade de contenção da propagação do Covid-19 (MICHALOWSKY et al, 2021). Apesar de alguns trabalhos que identificaram queda sem recuperação da utilização de serviços de saúde no Brasil após o início da pandemia de Covid-19 (e.g, MALTA et al, 2021), . As evidências são escassas para usuários idosos da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS). Considerando que os procedimentos diagnósticos são fundamentais para a identificação de doenças há, portanto, a necessidade de se mensurar se ocorreu mudança na tendência e quantidade de procedimentos diagnósticos demandados por esta população, para que a gestão possa se preparar para estas eventuais demandas reprimidas e também antever seu impacto futuro no sistema de saúde no Brasil.

OBJETIVO

Estimar o impacto do início da pandemia de Covid-19 sobre a tendência observada desde 2015 no número de procedimentos de diagnóstico apresentados no caso da população idosa (60 anos ou mais) para as regiões do Brasil, utilizando dados de Janeiro de 2015 a Agosto de 2021.

METODOLOGIA

Os dados provieram do Datasus (SIAB - Sistema de Informação de Atenção Básica), onde foram obtidas as informações referentes à produção ambulatorial - quantidades apresentadas para pagamento - do Sistema Único de Saúde por região de residência. Obteve-se, assim, informações sobre a demanda dos atendidos e não sobre o número efetivamente aprovado no período, conforme o objetivo deste estudo. Foram selecionados todos os procedimentos apresentados com finalidade diagnóstica de idosos (60 anos ou mais) no período de Janeiro de 2015 a Agosto de 2021. A seleção feita foi de todos os códigos 02 (*Grupo procedimento: 02*

Procedimentos com finalidade diagnóstica). Para analisar se ocorreu impacto do início da pandemia na tendência dos procedimentos diagnósticos apresentados, comparou-se a tendência anterior à pandemia com o impacto imediato e com a tendência posterior. Considerando que a análise constou de 80 meses (Janeiro de 2015 a Agosto de 2021) identificou-se que março de 2020 foi o mês de número 63, sendo este o ponto de corte escolhido para separar as tendências nos procedimentos diagnósticos. A análise de séries temporais interrompidas tem sido considerada o recurso mais efetivo para dados observacionais (não experimentais) que permitem avaliar o efeito longitudinal de intervenções (ANTUNES e CARDOSO, 2015). Neste caso, não se trata de uma intervenção mas de um evento - o início da pandemia de Covid-19 - que pode ter causado uma ruptura em uma tendência estabelecida. Segundo Antunes e Cardoso (2015) essa análise implica separar, de forma algébrica, a série temporal. Sabendo que dois parâmetros definem cada segmento da série, quais sejam, nível e tendência, o nível seria o valor inicial da série em cada segmento; já a tendência seria a mudança dos valores ao longo do período abarcado pelo segmento (ANTUNES e CARDOSO, 2015). Assim, avaliou-se se ocorreu impacto imediato (mudança de nível) e/ou impacto progressivo (mudança de tendência) nos valores da série. Usualmente, denomina-se *degrau* a mudança de nível; e, *rampa*, a mudança de tendência. Os coeficientes da regressão linear de Prais-Winsten que consideram a autocorrelação entre os valores próximos da série temporal ajustam os pontos da série temporal ao degrau (coeficiente linear) e à rampa (coeficiente angular) encontrados (ANTUNES e CARDOSO, 2015). Um degrau estatisticamente significativo ocorre quando a intervenção ou evento tem impacto imediato sobre a série - podendo ser positivo ou negativo. Já no caso de rampas estatisticamente significativas, ocorrem quando o impacto do evento ou intervenção (positivo ou negativo) é progressivo sobre a série. Além de se obter os efeitos degrau e rampa decorrentes do início da pandemia para cada região do Brasil considerando-se nível de significância de 5%, foi possível estimar qual o impacto absoluto e relativo no número de procedimentos, supondo que a tendência anterior a Março de 2020 perdurasse até Agosto de 2021 e comparando com as quantidades efetivamente observadas de procedimentos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os coeficientes angulares anteriores ao mês de Março de 2020 foram positivos e significativos ($p < 0,001$) para todas as regiões do Brasil. As estimativas de aumento médio mensal de número de procedimentos apresentados nas regiões Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste foram, respectivamente: 2,35 mil; 3,85 mil; 20,28 mil; 10,04 mil; 0,92 mil. Os coeficientes referentes às séries temporais interrompidas estimados para cada região indicaram que, com exceção das Regiões Norte e Centro-Oeste, o efeito degrau revelou-se significativo, ou seja, houve um decréscimo no número de procedimentos apresentados em Março de 2020 comparativamente a Fevereiro de 2020. Nas Regiões Nordeste, Sudeste e Sul os respectivos efeitos degrau foram: -212,90 mil ($p = 0,017$); -839,75 mil ($p < 0,001$) e -203,19 mil ($p = 0,040$). Quanto ao efeito rampa foi significativamente diferente de zero apenas na Região Centro-Oeste: igual a 0,37 mil procedimentos apresentados a mais a cada mês a partir de Abril de 2020 ($p = 0,013$). Finalmente, com base nos coeficientes angulares obtidos, referentes à tendência anterior a março de 2020, obteve-se os resultados para as Regiões: (i) no Norte, enquanto os números observados de procedimentos apresentados foram de 3,19 milhões, o esperado foi de 3,57 milhões (déficit de 377,3 mil; -10,6%); (ii) na Região Nordeste, deixaram de ser apresentados 2,63 milhões, resultado de um total observado de 8,32 milhões frente a um estimado de 10,95 milhões, com quase $\frac{1}{4}$ de demandas de diagnósticos a menos em decorrência da pandemia; (iii) no Sudeste, foram observados e estimados, respectivamente, 31,32 e 40,76 milhões procedimentos, e 9,43 milhões deixaram de ser diagnósticos feitos (-23,2%). (iv) No Sul, a diferença de procedimentos (-3,76 milhões; -

22,2%) também indicou que menos procedimentos foram demandados, comparativamente aos estimados (13,15 e 16,91 milhões respectivamente); (v) finalmente, no Centro-Oeste, foi estimado menor número de procedimentos (2,75 milhões) frente ao observado (2,80 milhões), com diferença de 51,3 mil (1,9% a mais). Os achados do presente estudo são coerentes com outro trabalho que indicou piora na situação de saúde de mais de 20% dos idosos (ROMERO et al, 2021). É possível que a redução na procura por atendimento de saúde – limitando, assim, novos diagnósticos em saúde para os idosos pela pandemia – tenha contribuído para a piora da saúde de uma população já fragilizada pois doenças podem ter cursado sem tratamento. Quanto à abordagem utilizada, o estudo avançou ao utilizar uma metodologia que permitiu aferir a tendência obtida em meses anteriores ao início da pandemia, identificar a variação inicial decorrente deste início (efeito degrau) e verificar se houve posterior modificação da tendência (efeito degrau). Ademais, trouxe estimativas que podem orientar os gestores nos seus esforços no atendimento de demandas reprimidas de procedimentos, organizando o serviço de saúde da melhor forma possível.

CONCLUSÃO

Os achados do presente estudo indicaram queda importante e sustentada do número de procedimentos diagnósticos para a população idosa decorrente da pandemia de Covid-19 em todas as regiões do Brasil, com exceção da Região Centro-Oeste. É importante observar que diagnósticos postergados podem atrasar o início do tratamento de uma série de doenças que necessitam tratamento imediato. Portanto, o gestor de saúde deve priorizar análises como estas para que possa planejar intervenções que visem compensar esses atrasos, reduzindo a letalidade e mortalidade dos idosos.

REFERÊNCIAS

- ROMERO, Dalia Elena et al. Idosos no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: efeitos nas condições de saúde, renda e trabalho. **Cadernos de Saúde Pública** [online], n. 3, v. 37, e00216620, 2021.
- ANTUNES, José Leopoldo Ferreira; CARDOSO, Maria Regina Alves. Uso da análise de séries temporais em estudos epidemiológicos. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** [online], n. 3, v. 24, , p. 565-576, 2015.
- MICHALOWSKY, Bernhard et al. Effect of the COVID-19 lockdown on disease recognition and utilisation of healthcare services in the older population in Germany: a cross-sectional study. **Age and Ageing**, n. 2, v.50, p. 317–325, 2021.
- MALTA, Deborah Carvalho et al. Uso dos serviços de saúde e adesão ao distanciamento social por adultos com doenças crônicas na pandemia de COVID-19, Brasil, 2020. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2021, v. 26, n. 07 , pp. 2833-2842..

AGRADECIMENTOS

CNPq: Bolsa de Produtividade em Pesquisa da primeira autora (Processo 302540/2019-9)

EIXO TEMÁTICO: POLÍTICA, PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE (PPAS)

Coodenadora: Prof^a. Dr^a. Mirela Castro Santos Camargos

Artigos

II SEMINÁRIO DA PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Gestão em Saúde em Tempos de COVID-19: cenários e perspectivas
9 e 10 de dezembro de 2021

FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS ASSOCIADOS AO ATENDIMENTO DE IDOSOS VÍTIMAS DE QUEDAS EM UM PRONTO-SOCORRO

Cristiano Inácio Martins - Mestre em Gestão de Serviços de Saúde – Universidade Federal de Minas Gerais; Karla Rona da Silva - Doutora docente no Mestrado Profissional e na Graduação em Gestão de Serviços de Saúde – Universidade Federal de Minas Gerais; Mirela Castro Santos Camargos - Doutora docente no Mestrado Profissional e na Graduação em Gestão de Serviços de Saúde – Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO

Conhecer o paciente idoso atendido em serviços de urgência e emergência deve ser entendido como uma ferramenta de gestão para fortalecer o planejamento do processo de trabalho. Com o envelhecimento populacional e aumento da longevidade, é de se esperar um aumento na demanda por atendimento dessa população, por diversos motivos, entre eles as quedas. Analisar os fatores sociodemográficos e clínicos associados à atendimentos por quedas em pacientes idosos de um pronto-socorro referência para politraumatizado do Estado de Minas Gerais. Trata-se de um estudo transversal descritivo, de natureza quantitativa, desenvolvido em um pronto-socorro de referência para politraumatismo do Estado de Minas Gerais. A coleta de dados foi realizada no prontuário eletrônico disponível no Banco de Dados do Sistema Integrado de Gestão Hospitalar. Foram incluídas informações da base de dados de atendimentos por motivo de queda, sendo a amostra composta por 5.030 prontuários de pacientes idosos, atendidos no período de 2015 a 2019. O teste do qui-quadrado avaliou a prevalência de quedas e a análise de regressão logística permitiu examinar a associação entre as variáveis estudadas (sexo, idade, estado civil e classificação de risco) e a queda. A análise demonstrou maiores chances de ocorrência de queda no sexo feminino, um paciente de 75 a 79 anos tem 1,2 vezes mais chances de sofrer queda em comparação a um paciente na faixa de 60 a 64 anos. Estas chances são aumentadas em 1,5 vezes se o paciente for da faixa de 80 a 84 anos, 2,0 vezes se for da faixa de 85 a 89 anos, 2,5 vezes se for da faixa de 90 a 94 anos, 3,4 vezes se for da faixa de 95 a 99 anos e 6,5 vezes se for da faixa de 100 anos ou mais. Um paciente com classificação de Manchester verde tem 2,7 vezes mais chances de sofrer queda em comparação a um paciente com classificação azul. Estas chances são aumentadas 4,8 vezes para o paciente classificado na cor amarela, aumento de 6,4 vezes para a classificação cor laranja e 3,3 vezes para a cor vermelha. As lesões em membros inferiores foram os mais prevalentes dentre as lesões corporais. Os resultados apresentados são insumos para o planejamento de ações necessárias a gestão e organização da atenção à saúde do idoso, que contribuem para o fortalecimento de uma assistência de qualidade, segura e transparente.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso. Quedas. Pronto-socorro.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2015), pessoas com idade igual ou superior a 60 anos representam mais de 12% da população mundial, sendo que, até 2030, esse índice aumentará para 16,5% em todo o mundo.

No Brasil, pessoas com idade igual ou superior a 60 anos já são mais de 13% do total da população e projeta-se que, em 2050, cheguem a 29,75%, tornando-se o sexto país do mundo com maior número absoluto de idosos (FONSECA, 2018; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2008; CHENA et al, 2015; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015).

O envelhecimento da população acarreta vários desafios em termos de saúde, proteção social e necessidade de cuidado. Apesar de velhice não ser sinônimo de doenças, sabe-se que nesta fase da vida são maiores as prevalências de doenças crônicas, muitas vezes acompanhadas de incapacidades. Assim, quanto maior o contingente idoso, maiores serão os desafios (DEGANI, 2011; FONSECA, 2011; FREITAS, 2015; BORDIN et al., 2018; MINAYO, 2008).

O envelhecimento fisiológico é parte do ciclo vital, inevitável a todos os seres humanos, um processo dinâmico, progressivo e irreversível onde ocorrem alterações como o declínio da força e perda da massa muscular, alterações ósseas, além do déficit de equilíbrio e da lentificação do tempo de reação, o que aumenta a predisposição para certos fatores de risco como as quedas (SILVA; SOUZA; GANASSOLI, 2017; FONSECA, 2018; TIENSOLI *et al.*, 2019).

As quedas da própria altura são consideradas o tipo mais frequente de quedas e podem desencadear problemas como a incapacidade funcional, com reflexo direto na sua qualidade de vida (DEGANI, 2011). Nos Estados Unidos, as quedas da própria altura são consideradas a segunda causa de morte devido a lesões não intencionais em idosos (HUANG et al., 2012).

As quedas representam um importante problema de saúde para os idosos e para os serviços públicos de saúde. Resultam em aumento da morbimortalidade, tempo de internação prolongada, diminuição da capacidade funcional e institucionalização precoce (FREITAS, 2015; BORDIN et al., 2018; MINAYO, 2008).

Para os serviços de saúde, as condições que as pessoas envelhecem têm impacto direto na busca pelo acesso e, hoje, muitos daqueles que ultrapassam a barreira dos 60 anos tiveram, ao longo de suas vidas, hábitos indesejáveis como a má alimentação, o sedentarismo, o tabagismo e o uso excessivo de bebidas alcoólicas. Esses fatores afetam diretamente o perfil de morbidade da população idosa, prevalecendo, então, às doenças crônicas não transmissíveis e o agravamento de patologias típicas da velhice (ROCHA; GARDENGHI; OLIVEIRA, 2017).

Por isso, o conhecimento da situação do atendimento ao paciente idoso em serviços de urgência e emergência, deve ser entendido como uma ferramenta de gestão para fortalecer o planejamento do processo de trabalho.

O objetivo do presente estudo foi analisar os fatores sociodemográficos e clínicos associados à internação por quedas de pacientes idosos atendidos em um pronto-socorro referência para politraumatizado do Estado de Minas Gerais.

REFERENCIAL TEÓRICO

O trauma no idoso representa uma dimensão diferente com desafios ímpares quando comparado ao trauma em pacientes mais jovens. Alguns dos primeiros dados a respeito do efeito da idade sobre o prognóstico vieram do *Major Trauma Outcome Study* realizado pela *American College of Surgeons Committee on Trauma*. Os dados de mais de 3.800 idosos com mais de 65 anos de idade vítimas de traumas foram comparados com quase 43 mil pacientes vítimas de traumas com menos de 65 anos de idade, a mortalidade aumentou entre 45 e 55 anos de idade e duplicou em torno dos 75 anos de idade (PHTLS, 2011).

As peculiaridades que o idoso possui, tais como grau de fragilidade, chances de infecções e sangramentos, instabilidades hemodinâmicas, maior sensação de dor e presença de comorbidades, comumente exigem cuidados específicos e mais intensivos, gerando novas demandas nos cuidados de saúde. Isso contribui para o aumento dos gastos dos serviços de

assistência, das internações hospitalares, institucionalizações, morbidade e mortalidade, o que resulta em ônus social e econômico (SILVA; PESSOA; MENEZES, 2016).

No entanto, as causas externas têm crescido significativamente entre a população idosa, contribuindo com aumento das taxas de internações hospitalares e altos custos dos serviços de saúde, caracterizadas por acidentes e violências, que devem ser objeto de preocupação entre os profissionais da saúde. O aumento das causas externas no Brasil tem repercutido na organização do sistema de saúde em decorrência da elevação dos gastos com internações, tratamentos e superlotação dos serviços de urgência (SILVA; CORTEZ, 2015).

As causas externas são um conjunto de eventos assim denominados na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e correspondem às causas de morbidades decorrentes de acidentes e de violências, dentre essas, os acidentes de trânsito, quedas, homicídios, suicídios, afogamentos e intoxicações (FREITAS et al., 2015). Essas são consideradas importante determinante de morbimortalidade em idosos, representadas basicamente pelas violências, quedas e acidentes de trânsito, que correspondem à sexta causa de morte entre os idosos, perdendo para doenças respiratórias, endócrinas, digestivas, infecciosas e os cânceres (SILVA; CORTEZ, 2015).

As quedas, especificamente, objeto deste estudo, podem ser conceituadas como “vir a inadvertidamente ficar no solo ou em outro nível inferior, excluindo as mudanças de posição intencionais para se apoiar em móveis, paredes ou outros objetos”, incluindo as que ocorrem no mesmo nível, de nível mais alto e outras quedas não especificadas (OMS, 2010, p. 9). Estima-se que ocorra uma queda a cada três indivíduos com mais de 65 anos e que um em vinte desses sofra uma fratura ou necessite de internação (BRASIL, 2014).

Dados do Ministério da Saúde, no ano de 2008, descreveram as quedas como o principal mecanismo de trauma nas internações de causas externas, seguido de acidentes de trânsito automobilístico e agressões físicas. No Texas, um estudo com registro de atendimentos de vítimas de traumas buscou descrever a relação entre diferentes mecanismos de trauma e seus padrões de lesões, constatou-se que as quedas foram o principal mecanismo de trauma em idosos com um total de 144.320 atendimentos (BROWN et al., 2016).

Em Taiwan, um estudo com 518.601 idosos internados decorrentes de lesões, observou-se que o mecanismo de traumas que mais prevaleceu foi às quedas, sejam após tropeçar ou escorregar, constituindo 68,5% das internações, assim como ocorreram registros de outras quedas não específicas 15,7% (CHIEN et al., 2014).

A influência dos fatores ambientais associa-se ao estado funcional e mobilidade da pessoa idosa, ou seja, as quedas em pessoas idosas resultam de uma interação complexa entre fatores extrínsecos e intrínsecos (FONSECA, 2018b).

Nesse sentido, o aumento da expectativa de vida possibilita a ocorrência de problemas inerentes ao envelhecimento, por isso os idosos são mais propensos a procurarem atendimento de urgência e costumam ser admitidos no hospital duas vezes mais que indivíduos jovens (ANDRADE et al., 2018). Sabe-se que a demanda por cuidados de saúde relacionada à população idosa é diferente daquela apresentada pelo restante da sociedade, devido à incapacidade e ao processo degenerativo requerem cuidados especializados e de maior complexidade tecnológica (WONG; CARVALHO, 2006).

Nesse cenário, o conhecimento dos fatores sociodemográficos e clínicos dos atendimentos por quedas de pacientes idosos atendidos em um pronto-socorro referência para politraumatizado tornam-se de grande importância. Poderá ampliar a percepção da necessidade de uma gestão dos recursos que fundamente avaliações de políticas administrativas e econômicas em saúde com foco nessa população (SILVA et al., 2019). Ressalta-se que a procura pelo serviço de urgência por pessoas com mais de 60 anos acarreta um custo mais elevado para o sistema de saúde por demandar, em geral, vários dias de internação (SILVA; SOUZA; GANASSOLI, 2017; RODRIGUES et al., 2017).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal descritivo, de natureza quantitativa, realizado a partir dos dados de atendimento de um pronto-socorro de referência para politraumatismo do Estado de Minas Gerais. A coleta de dados ocorreu entre os meses de janeiro a março de 2020, e foi realizada em fonte secundária, utilizando as informações contidas no prontuário eletrônico disponível no Banco de Dados do Sistema Integrado de Gestão Hospitalar (SIGH) institucional. O SIGH é um sistema totalmente integrado, desenvolvido em ambiente *web*, com módulos independentes, centralizado em base única. Os módulos do sistema permitem a integração das informações de prontuário, atendimento, enfermagem, bloco cirúrgico, exames, farmácia, hotelaria, custos, gestão, Central de Material Esterilizado, Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, faturamento e protocolos clínicos, tem como principal objetivo garantir a informatização dos processos de atendimento do paciente, gerando informações consistentes, disponíveis para todos os níveis gerenciais, em tempo real (GONÇALVES et al., 2012).

Foram incluídas na pesquisa informações da base de dados de atendimentos por motivo de queda, sendo a amostra composta por 5.030 idosos. Os critérios de inclusão foram pacientes com idade igual e superior a 60 anos, atendidos no período de 2015 a 2019. As variáveis investigadas foram: idade, sexo, estado civil e o tipo de risco (segundo classificação de Manchester).

Os dados foram armazenados em planilha do programa *Excel 2010*®, codificados, sendo elaborado um dicionário de dados, os quais foram transcritos utilizando-se planilhas do aplicativo *Microsoft Excel*. Após revisão e correção de erros, esses dados foram exportados e analisados no *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 19.

O teste do qui-quadrado avaliou a prevalência de quedas no período estudado. A análise de regressão logística foi o método estatístico que permitiu examinar a associação entre as variáveis estudadas e a queda. Dessa forma, a regressão logística simples e multivariada verificou a associação entre a variável dependente (queda) e as demais variáveis independentes (sexo, faixa etária, estado civil, classificação de Manchester), em que se calculou o *Odds ratio* (OR) com seus respectivos intervalos de confiança de 95%. Valores de *p* menores que 0,05 foram considerados significativos.

Este estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa envolvidos sob o nº do CAAE 98627418.0.0000.5149 e parecer nº 3.082.692.

RESULTADOS

A imagem 1 demonstra que as maiores quantidades de quedas foram observadas para os anos de 2016 com 20,74% (n=1043) e o de 2019 com 21,19% (n=1066), porém, o teste não acusou diferença entre as prevalências, portanto, pode-se afirmar que a quantidade de quedas foi semelhante entre os anos de 2015 a 2019 (Figura 1).

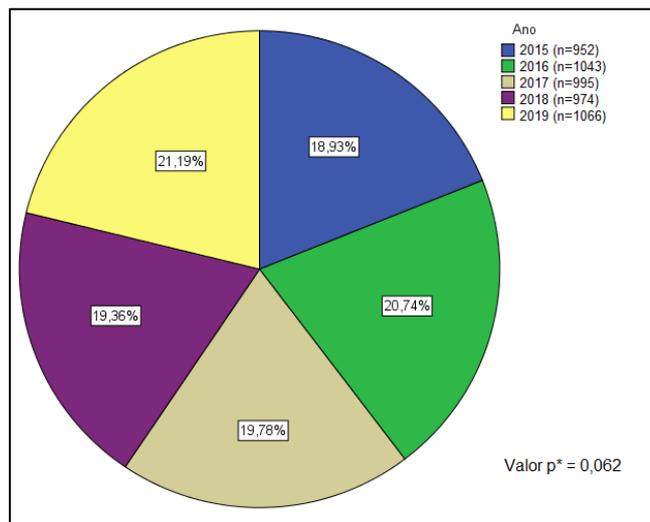


Imagem 1: Descrição da quantidade de quedas anuais. *. Teste do qui-quadrado

A tabela 1 mostra a análise de regressão logística simples e múltipla e as associações com o motivo de entrada queda. Um paciente do sexo feminino tem 1,4 vezes mais chances de sofrer queda em relação a um paciente do sexo masculino. Já quando se avalia o sexo em conjunto com as demais variáveis estas chances são de 1,2 vezes.

Em relação a faixa etária, um paciente de 75 a 79 anos tem 1,2 vezes mais chances de sofrer queda em comparação a um paciente na faixa de 60 a 64 anos. Estas chances são aumentadas em 1,5 vezes se o paciente for da faixa de 80 a 84 anos, 2,0 vezes se for da faixa de 85 a 89 anos, 2,5 vezes se for da faixa de 90 a 94 anos, 3,4 vezes se for da faixa de 95 a 99 anos e 6,5 vezes se for da faixa de 100 anos ou mais. Quando se avalia a faixa etária com as demais variáveis incluídas no modelo, a faixa de 80 a 84 anos tem estas chances aumentadas em 1,4 vezes, a de 85 a 89 anos aumento de 1,7 vezes, a de 90 a 94 anos aumento de 2,8 vezes e a de 95 a 99 anos aumento 3,0 vezes.

Em relação ao estado civil, um viúvo (a) tem 1,4 vezes mais chances de sofrer queda em relação a um solteiro (a). Na avaliação do estado civil com as demais variáveis, não se observou significância estatística.

No que se refere a classificação de Manchester, um paciente com classificação de Manchester verde tem 2,7 vezes mais chances de sofrer queda em comparação a um paciente com classificação azul. Estas chances são aumentadas 4,8 vezes para o paciente classificado na cor amarela, aumento de 6,4 vezes para a classificação cor laranja e 3,3 vezes para a cor vermelha. Quando se avalia a classificação com as demais variáveis incluídas no modelo, a classificação verde tem estas chances aumentadas em 2,2 vezes, a cor amarela aumento de 3,7 vezes, a cor laranja aumento de 5,4 e a cor vermelha aumento de 2,6 vezes (Tabela 1).

TABELA 1 - Associação do Atendimento por Queda com o Sexo, Faixa Etária, Estado Civil e Classificação de Manchester

Variável dependente - Motivo de entrada (Queda)	Valor p*	OR (bruto)	95% Intervalo de Confiança para OR		Valor p*	OR (ajustado)	95% Intervalo de Confiança para OR	
			Limite inferior r	Limite superior r			Limite inferior r	Limite superior r
Sexo	Masculino	-	1	-	-	1	-	-
	Feminino	< 0,001	1,435	1,308	1,574	0,011	1,232	1,049 1,448
Faixa etária	60 a 64 anos	-	1	-	-	1	-	-
	65 a 69 anos	0,784	1,020	0,886	1,174	0,154	1,186	0,938 1,500
	70 a 74 anos	0,579	0,959	0,826	1,113	0,705	0,953	0,741 1,224
	75 a 79 anos	0,022	1,195	1,026	1,393	0,310	1,145	0,882 1,485
	80 a 84 anos	< 0,001	1,506	1,275	1,778	0,021	1,384	1,051 1,823
	85 a 89 anos	< 0,001	1,971	1,636	2,374	0,001	1,663	1,224 2,259
	90 a 94 anos	< 0,001	2,498	1,885	3,309	< 0,001	2,758	1,700 4,476
	95 a 99 anos	< 0,001	3,434	2,129	5,539	0,007	2,987	1,356 6,577
100 anos ou mais	0,012	6,463	1,501	27,836	0,202	2,770	0,579 13,239	
Estado civil	Solteiro (a)	-	1	-	-	1	-	-
	Viúvo (a)	< 0,001	1,378	1,155	1,645	0,953	0,992	0,753 1,307
	Casado (a)/união estável/amigado	0,336	0,935	0,816	1,072	0,055	0,821	0,671 1,004
	Divorciado (a)/separado (a)	0,105	0,829	0,660	1,040	0,388	0,866	0,625 1,200
Classificação de Manchester	Azul	-	1	-	-	1	-	-
	Verde	< 0,001	2,717	1,678	4,399	0,005	2,191	1,263 3,801
	Amarelo	< 0,001	4,799	3,004	7,666	< 0,001	3,739	2,186 6,396
	Laranja	< 0,001	6,417	4,037	10,199	< 0,001	5,374	3,159 9,141
	Vermelho	< 0,001	3,305	1,937	5,639	0,003	2,628	1,397 4,946

*. Regressão logística simples; **. Regressão logística múltipla; OR - Odds Ratio; 1. Categoria de referência; significativo se $p < 0,050$

A Tabela 2 exibe os tipos de lesões corporais mais prevalentes nos idosos que sofreram queda, com base na CID 10 (OMS, 2000). Constatou-se maior ocorrência de traumatismo dos membros inferiores (50,36%) seguido de traumatismo dos membros superiores (16,29%).

TABELA 2 - Tipos de Lesões Corporal com Base na Cid 10.

Variáveis	n	%
(S70-S99) Traumatismo dos membros inferiores	992	50,36

(S40-S69) Traumatismo dos membros superiores	321	16,29
(T00-T07) Traumatismo envolvendo múltiplas regiões do corpo	203	10,30
(S00-S09) Traumatismo da cabeça	161	8,17
(S10-S19) Traumatismo do pescoço	129	6,55
(S30-S39) Traumatismo do abdome, dorso, coluna lombar e da pelve	76	3,86
(S20-S29) Traumatismo do tórax	75	3,81
(T08-T14) Traumatismo de localização não especificada do tronco, membros ou outras regiões	13	0,66

Fonte: Elaboração própria de acordo com os dados do Prontuário eletrônico disponível no Banco de Dados do Sistema Integrado de Gestão Hospitalar (SIGH) institucional.

DISCUSSÃO

Neste estudo, compuseram a amostra 5.030 prontuários de pacientes idosos vítimas de quedas, com maior quantidade de atendimento no ano de 2019 (21,19%), seguido do ano de 2016 (20,74%). Este resultado demonstra que a ocorrência de quedas em idosos tem sido um importante motivo de atendimento em serviços de pronto-socorro, portanto deve ser discutido no sentido promover ações de estratégias e planejamentos da gestão dos serviços de urgência, além de alertar para o fortalecimento das ações de promoção de saúde e prevenção de quedas nos idosos.

As quedas da própria altura são consideradas o tipo mais frequente, levando a pessoa idosa à incapacidade funcional com reflexo direto na sua qualidade de vida (DEGANI, 2011; QUEIROZ et al., 2016). Nos Estados Unidos da América, as quedas da própria altura são consideradas a segunda causa de morte devido a lesões não intencionais em idosos (HUANG et al., 2012).

Esse estudo evidenciou que queda tem associação significativa com sexo e idade. As mulheres tem mais tendência a sofrer queda do que os homens e à medida que a idade aumenta as chances de sofrer quedas são aumentadas. O aumento da idade é um fator de risco para queda. Em relação ao sexo, as mulheres idosas estão mais propensas à queda e a ocorrências de lesões graves.

Esse fenômeno pode ser explicado pela redução do nível de estrogênio, perda progressiva da massa óssea, diminuição da massa magra e da força muscular, maior prevalência a doenças crônicas e exposição a atividade domiciliar. Os dados aqui apresentados corroboram com outros estudos, sinalizando que os idosos atendidos em decorrência de queda são, em sua maioria, do sexo feminino, e que a taxa de mortalidade aumenta após 65 anos (TIENSOLI et al., 2019; QUEIROZ, 2016; CHAIMOWICZ, 2013; LIMA; CAMPOS, 2011).

As evidências científicas sinalizam que 68% dos idosos que caem apresentam algum prejuízo, 40-60% dos idosos sofrem laceração, fraturas ou traumatismo craniano, declínio funcional são apontados em 35% das quedas, e uma diminuição de atividades sociais e físicas em 15%.

Portanto, a queda em idosos gera hospitalização prologada consequentemente aumento do custo da internação, medo, depressão, imobilidade e dependência, perda da qualidade de vida e aumento da morbimortalidade (FREITAS, 2018; BORDIN et al., 2018; MINAYO, 2008).

Os dados analisados neste estudo demonstram que na medida em que se envelhece aumentam-se as chances de sofrer queda. Possivelmente, este resultado pode ser justificado pelo fato que o envelhecimento traz consigo suas fragilidades, sendo assim a idade é um fator de risco para queda. O processo de envelhecimento fisiológico ocasiona alterações estruturais

e funcionais ao longo dos anos que se acumulam de forma progressiva e podem comprometer o desempenho de habilidades motoras, dificultar a adaptação do indivíduo ao ambiente e predispor-lo à ocorrência de queda (TIENSOLI et al., 2019). Corroborando com os dados encontrados, Cruz et al. (2012) similarmente encontraram associação do sexo feminino, idade avançada (80 anos ou mais). Um estudo prospectivo sobre variáveis acerca das quedas incluiu a idade avançada, a presença de mais de duas doenças crônicas, epilepsia, tontura, pouca visão, baixa mobilidade, quedas anteriores, comportamentos de risco e uma casa com alto nível de risco (RANAWEERA et al., 2013).

Quanto ao estado civil a amostra revelou que ser viúvo tem mais chances de sofrer quedas. Uma possível justificativa seja o fato de residirem sozinho, estarem mais expostas às tarefas domésticas, desta forma, mais susceptíveis a sofrerem quedas, além de não terem alguém para compartilhar os cuidados com a própria saúde e promoção de um ambiente seguro (PHELAN et al., 2015; QUEIROZ, 2016; TIENSOLI et al., 2019; FREITAS, 2018).

No que se refere à classificação de Manchester os dados revelaram que idosos vítimas de queda têm maiores chances para classificações em cores que sinalizam para um maior grau de prioridade (laranja e vermelho) muito urgente. A classificação de risco por meio de protocolos tem sido utilizada como estratégia para classificar os pacientes conforme o grau de risco nos serviços de urgências, sem o objetivo de se fazer um diagnóstico, mas sim de definir uma prioridade clínica tendo por base a queixa principal do paciente, sinais e sintomas (JUNIOR; MAFRA, 2010).

A presença de lesões traumáticas em idosos representam desafios únicos com taxa de mortalidade aumentados a partir dos 75 anos quando comparados com trauma em pacientes mais jovens. Apesar do aumento de mortalidade e morbidade, historicamente, os idosos têm menos chances de receber cuidados médicos em um centro de trauma em comparação com os pacientes mais jovens com lesões semelhantes. As quedas, mesmo aquelas que ocorrem a partir da própria altura, podem resultar em lesões graves e potencialmente fatais (PHTLS, 2021; TIENSOLI et al., 2018; CHIEN et al., 2014; BROWN et al., 2016).

Neste estudo, traumatismo de membros inferiores obteve maior representatividade em número de lesões nos idosos atendidos no pronto-socorro, seguido de traumatismo de membros superiores. As fraturas de ossos longos são responsáveis pela maioria das lesões, sendo as fraturas do quadril as que resultam nas maiores taxas de mortalidade e morbidade. A taxa de mortalidade se deve a múltiplas causas, mas postula-se que esteja relacionada aos efeitos da redução da mobilidade (PHTLS, 2021). Desta forma, contata-se em alguns estudos que as lesões decorrentes da queda em idosos mais frequentes foram fratura de extremidades, trauma crânio cefálico e fratura do quadril (COUTINHO et al., 2015; TIENSOLI et al., 2018; CHIEN et al., 2014; BROWN et al., 2016; SILVA; PESSOA; MENEZES, 2016; SANTOS, 2013).

Os idosos vítimas de trauma apresentam-se inicialmente com quadro clínico mais crítico, necessitam de internação hospitalar com maior frequência, muitas vezes requerem cuidados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), com maiores possibilidades de desenvolvimento de complicações, o que pode levá-los a morte (SANTOS, 2013; COSTA; FORTES, 2018).

Portanto, deve-se implementar no âmbito da política de saúde pública programas relacionados a prevenção de quedas, envelhecimento saudável e ativo com envolvimento dos idosos e de seus cuidadores, com objetivo de promover ou manter a independência e melhorar as capacidades funcionais e físicas dos idosos, evitando a queda e reduzindo as hospitalizações por essa causa. A sociedade precisa ser conscientizada sobre a importância da prevenção das quedas, fatores de risco e suas consequências. Dessa forma, faz-se necessária a realização de campanhas educativas e/ou palestras, de forma a desmitificar as quedas como uma consequência normal e inevitável do envelhecimento.

A avaliação multifatorial, as intervenções multidisciplinares e o gerenciamento abrangente dos fatores de risco identificados, que contemplam os fatores intrínsecos e extrínsecos, são os únicos com resultados eficazmente comprovados mundialmente (FONSECA, 2018; BOONGIRD; ROSS, 2017).

Alguns programas e ações para prevenção de quedas têm sido implantados e avaliados em diversos países, no entanto, o alcance eficaz pelos idosos é um grande desafio, principalmente no âmbito da atenção primária. As implementações se revelam como insuficiente no que se refere à coordenação do cuidado e da gestão das quedas (PHELAN et al., 2015; PHELAN et al., 2016; ECKSTROM et al., 2016; FONSECA, 2018).

A literatura aponta algumas ações como potencializadores e efetutores de programas eficazes de prevenção das quedas que podem ser desenvolvidas pelas equipes de atenção primária a saúde, são elas: avaliação do ambiente domiciliar do idoso, análise da ocorrência de quedas anteriores, adoção de medidas de segurança, educação para o auto cuidado, orientação para cuidadores formais, informais e gestores de instituições de longa permanência (FONSECA, 2018; ELLIOTT et al., 2012; BRASIL, 2010; BRASIL, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo possibilitou identificar as características dos idosos vítimas de queda atendidos em um pronto – socorro de referência em trauma no estado de Minas Gerais. A análise demonstrou maiores chances de ocorrência de queda no sexo feminino, idade acima de 80 anos e com a classificação de risco de Manchester cor laranja e vermelha, que sinalizam para muito urgente.

Contudo, constatou-se a vulnerabilidade do idoso em sofrer queda e a necessidade de conscientizar a sociedade, gestores, profissionais da saúde, familiares e cuidadores a se despertarem para os possíveis riscos e agravos gerados por esses eventos em um grupo populacional que já apresenta limitações próprias do processo de envelhecimento.

Do ponto de vista da gestão, é pertinente implantar nos serviços de saúde instrumentos protocolos de triagem dos idosos para orientar os profissionais de saúde a identificar os fatores de risco de queda conhecidos, como STEADY - Stopping Elderly Accidents, Deaths, and Injuries (STEVENS; PHELAN, 2013); FROP - Fall Risk for Older People Community Setting (RUSSEL et al., 2008; RUSSEL et al., 2009); FRAST - Fall Risk Assessment & Screening Tool (RENFRO; FEHRER, 2011); Prevenção de quedas em Idosos – Passos em busca da adesão (FONSECA, 2018). Uma vez identificados, as intervenções devem ser implementadas de forma a reduzir os riscos atentando-se a realidade do idoso, especificamente nos serviços de atenção primária a saúde.

Tais estratégias requerem o engajamento de diversos setores da sociedade. Autoridades governamentais devem participar de todo processo de implementação das ações de saúde pública voltadas para prevenção das quedas e envelhecimento saudável, visando a segurança e acolhimento do idoso em todos os espaços públicos.

No entanto, os resultados apresentam direcionamento para o planejamento de ações necessárias à gestão do serviço de urgência voltadas para integralidade no atendimento do idoso.

Ressalta-se que a limitação do estudo foi à falta de alguns registros de informações referentes aos atendimentos dos idosos no Sistema de Integrado de Gestão. Contudo, essa limitação não comprometeu a viabilidade e análise dos dados que compõe esta pesquisa. Sugerem-se novos estudos que visem contribuir com o conhecimento do atendimento de idosos vítimas de queda nos serviços de prontos-socorros e a aplicabilidade de instrumentos e protocolos de prevenção de queda nos serviços de atenção primária a saúde a fim de reduzir as internações por esta causa.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, L. A. S. *et al.* Cuidado do idoso no setor de emergência: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 249-260, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v21n2/pt_1809-9823-rbgg-21-02-00243.pdf. Acesso em: 10 out. 2021.
- ARREGUY-SENA, C. *et al.* Projeto de extensão sobre o processo de envelhecimento e contribuição para o Envelhecimento ativo: acuidade visual por triagem domiciliar na prevenção de Quedas. *In: 7º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária, 2016, Anais.* Ouro Preto, MG: Universidade Federal de Juiz de Fora, 2016. ISBN: 978-85-93416-00-
- BOONGIRD, C.; ROSS, R. Views and Expectations of Community-Dwelling Thai Elderly in Reporting Falls to Their Primary Care Physicians. **J Appl Gerontology**, v. 36, n. 4, p. 480-498, abr. 2017. DOI: 10.1177/0733464815606799. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26399856/>. Acesso em: 28 ago. 2021.
- BORDIN, D. *et al.* Fatores associados à internação de idosos: estudo de base nacional. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 439-446, jul./ago. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232018000400439&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 10 ago. 2021.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Avaliação da Implantação e do Desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)**. Brasília: CONASS, 2015(b). 400 p.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 27 ago. 2021.
- _____. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o Cuidado das Pessoas Idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral.** *In: XXX CONGRESSO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE*, mai. 2014. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 46 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf. Acesso em: 05 out. 2021.
- BROWN, C. V. R. *et al.* A Comprehensive Investigation of Comorbidities, Mechanisms, Injury Patterns, and Outcomes in Geriatric Blunt Trauma Patients. **The american surgeon**, v. 82, n. 11, p. 1055-1062, nov. 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28206931/>. Acesso em: 17 ago. 2021.
- CHAIMOWICZ, F. **Saúde do Idoso**. 2. ed. Belo Horizonte: Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais, 2013. 167 p. Disponível em: <https://www.nescon.medici-na.ufmg.br/biblioteca/imagem/3836.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2021.

CHANG, T. T.; SCHECTER, W. P. Injury in the Elderly and End-of-Life Decisions. *The Surgical Clinics of North America*, **Philadelphia**, v. 87, n. 1, p. 229–245, 2007. Disponível em:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0039610906001460>. Acesso em: 05 out. 2020.

CHENA, D.N.C; ORTOLANI, F.P.B; WITTER, C; RODRIGUES, G.M. Envelhecimento e Interdisciplinaridade: Análise da produção científica. **Estudos Interdisciplinares sobre o envelhecimento**, Porto Alegre, v. 20, n. 3, p. 883-901, 2015.

CHIEN, W. C. A. *et al.* A retrospective population-based study of injury types among elderly in Taiwan. **International Journal of Injury Control and Safety Promotion**, v. 21, n. 1, 2014. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17457300.2012.717084>. Acesso em: 17 jul. 2021.

CRUZ, D.T, et al. Prevalência de quedas e fatores associados em idosos. **Rev. Saúde Pública** [online], vol.46, n., p. 138-146, 2012.

DEGANI, G. C. **Trauma em idosos: características e evolução**. Tese (Dissertação de Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. 153 p. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-28112011-164940/pt-br.php>. Acesso em: 17 jul. 2021.

ECKSTROM, E. *et al.* An interprofessional approach to reducing the risk of falls through enhanced collaborative practice. **J Am Geriatric Soc.**, v. 64, n. 8, p. 1701-1707, 2016. DOI: 10.1111/jgs.14178. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4988864/>. Acesso em: 20 jun. 2021.

ELLIOTT, S. J. *et al.* Feasibility of interdisciplinary community-based fall risk screening. **American Journal of Occupational Therapy**, v. 66, n. 2, p. 161-168, 2012. DOI: 10.5014/ajot.2012.002444. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22394525/>. Acesso em: 12 ago. 2021.

FONSECA, R. F. M. R. **Prevenção de queda nos idosos: adesão na atenção primária**. Dissertação (Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018(b). 162 p. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22134/tde-30052018-105526/pt-br.php>. Acesso em: 18 jan. 2021.

FREITAS, M. G. de *et al.* Idosos atendidos em serviços de urgência no Brasil: um estudo para vítimas de quedas e de acidentes de trânsito. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 701-712, 2015. DOI: 10.1590/1413-81232015203.19582014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232015000300701&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 25 ago. 2021.

GONÇALVES, M. A. *et al.* Acordo Externo de Resultados: inclusão de nova variável no Modelo de Gestão FHEMIG e sua possível influência. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 22, p. 35-43, mai. 2012.

HUANG, A. R. *et al.* Medication-related falls in the elderly: causative factors and preventive strategies. **Drugs Aging**, v. 29, n. 5, p. 359-376, 2012. DOI: 10.2165/11599460-000000000-00000. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22550966/>. Acesso em: 03 set. 2021.

_____. **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil 2009**. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: https://ww2.ibge.gov.br/english/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indicsaude.pdf. Acesso em: 28 de set. 2021.

LIMA, R. S.; CAMPOS, M. L. P. Perfil do idoso vítima de trauma atendido em uma Unidade de Urgência e Emergência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 659-664, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a16.pdf>. Acesso em: 02 set. 2021.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008. 406 p.

PHELAN, E. A. *et al.* Assessment and Management of Fall Risk in Primary Care Settings. **The Medical Clinics of North America**, v. 99, n. 2, p. 281–293. 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25700584/>. Acesso em: 21 set. 2020.

PHELAN, E. A. *et al.* Adoption of Evidence-Based Fall Prevention Practices in Primary Care for Older Adults with a History of Falls. **Front Public Health**, v. 4, p. 190, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27660753/>. Acesso em: 23 set. 2021.

PREHOSPITAL TRAUMA LIFE SUPPORT (PHTLS). **Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado**. National Association of Emergency Medical Technicians (NAEMT). Comitê de Trauma, 7. ed., 2011. 709 p.

PREHOSPITAL TRAUMA LIFE SUPPORT (PHTLS). **Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado**. National Association of Emergency Medical Technicians (NAEMT). Comitê de Trauma, 9. ed., 2011. 756 p.

RENFRO, M.O.; FEHRER, S.; Multifactorial Screening for Fall Risk in Community-Dwelling Older Adults in the Primary Care Office: Development of the Fall Risk Assessment & Screening Tool. **Journal of Geriatric Physical Therapy**. v. 34, issue, 4, p 174–183, out/dez 2011.

RODRIGUES, M. R. *et al.* Perception of people with chronic diseases about hospitalization. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 11, n. 6, p. 2368-2374, jun. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/2>. Acesso em: 03 out 2021.

ROCHA, F. S.; GARDENGHI, G.; OLIVEIRA, P. C. Profile of older people submitted to comprehensive geriatric assessment in a rehabilitation service. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 30, n. 2, p.170-178, abr./jun. 2017. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/1567/pdf>. Acesso em: 03 ago 2021.

RUSSEL, M; HILL, K.; BLACKBERRY, I.; DAY, L.; DHARMAGE S. The reliability and predictive accuracy of the falls risk for older people in the community assessment tool. **Age**

and Ageing, v. 37, n. 6, p. 634-9, 2008.

RUSSEL, M; HILL, K.; BLACKBERRY, I.; GURRI, L.C.; DHARMAGE S. Development of the Falls Risk for Older People in the Community (FROP-Com) screening tool. **Age Ageing**, v. 38, pp. 40-46, 2009.

SANTOS, A. P; FREITAS, P.; MARTINS, H. M. G. Manchester Triage System version II and resource utilization in the emergency department. **Emerg Med J**, v. 31, n. 2, p. 148-52, fev. 2014. DOI: 10.1136/emermed-2012-201782. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23345313/>. Acesso em: 27 ago. 2021.

SANTOS, A. M. R. dos. **Trauma por acidente de trânsito no idoso: fatores de risco e consequências**. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2013. 151 p. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-21052014-162200/publico/AnaMariaRibeirodosSantos.pdf>. Acesso em: 26 set. 2021.

SILVA, H. C.; PESSOA, R. L.; MENEZES, R. M. P. de. Trauma em idosos: acesso ao sistema de saúde pelo atendimento pré-hospitalar móvel. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, p. 1-8, 2016. DOI: DOI: 10.1590/1518-8345.0959.2690. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02690.pdf. Acesso em: 27 set. 2021.

SILVA, J. A. C. de; SOUZA, L. E. Al. de; GANASSOLI, C. Qualidade de vida na terceira idade: prevalência de fatores intervenientes. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 146-149, jul./set. 2017. Disponível em: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/11/875192/sbcm_153_146-149.pdf. Acesso em: 03 set. 2021.

SILVA, A. D. Co. *et al.* Caracterização dos atendimentos de um pronto-socorro público segundo o sistema de triagem de Manchester. **Revista Mineira Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 23, n. 1, p. 02-08, 2019. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20190026>. Disponível em: <https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1321>. Acesso em: 05 out. 2021.

SILVA, J. D.; CORTEZ, L. E. R. Principais causas externas dos idosos atendidos nas unidades de urgência e emergência. **Revista Uningá Review**, São Paulo, v 23, n. 3, p. 38-43, jul./set. 2015. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1655/1267>. Acesso: 03 out. 2021.

STEVENS, J.A.; PHELAN, J. Development of STEADI: a fall prevention resource for health care providers. **Health Promot Pract.**, v. 14, p. 706–714, 2013.

TIENSOLI, S. D. *et al.* Características dos idosos atendidos em um pronto-socorro em decorrência de queda. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 40, ago. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180285>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472019000100426&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 27 ago. 2021.

WONG, L. L. R.; CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 5-26, jan./jun. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbepop/v23n1/v23n1a02.pdf>. Acesso em: 12 out 2021.

AGRADECIMENTOS: Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e a Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal de Minas Gerais (PROEX/UFMG).

II SEMINÁRIO DA PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Gestão em Saúde em Tempos de COVID-19: cenários e perspectivas
9 e 10 de dezembro de 2021

VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19: PERSPECTIVAS DE PROFISSIONAIS E GESTORES DA SAÚDE E DA ASSISTÊNCIA SOCIAL

Nayara Carolina Mendes – Mestre em Gestão de Serviços de Saúde/UFMG; Mirela Castro Santos Camargos – Professora, Gestão de Serviços de Saúde, EE/UFMG; Doane Martins da Silva - Professora, Gestão de Serviços de Saúde, EE/UFMG

RESUMO

A violência contra a pessoa idosa é um problema de saúde pública, com grande impacto na qualidade de vida da vítima e a pandemia de Covid-19 tem contribuído com as situações de violação de direitos. Profissionais da saúde e da assistência social com atuação no território têm papel de destaque no enfrentamento do problema. Este estudo tem como objetivo compreender a situação de vulnerabilidade do idoso às situações de violência durante a pandemia de Covid-19 na perspectiva de profissionais e gestores da saúde e da assistência social. Trata-se do recorte de uma dissertação de mestrado de abordagem qualitativa, do tipo descritivo, em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), em Belo Horizonte, Minas Gerais. Os 18 participantes foram profissionais de equipes de saúde da família de apoio das UBS, de um CRAS e seus gestores. Os dados foram coletados por meio de entrevistas com roteiro semiestruturado e submetidas à Análise de Conteúdo Temática. As entrevistas revelaram que os casos de violência contra a pessoa idosa são identificados por profissionais das UBS e do CRAS nos contextos de trabalho por meio de visitas domiciliares, atendimentos e ações coletivas. Entretanto, o isolamento social restringe a presença do idoso nesses cenários, sendo um dificultador para o reconhecimento das situações de violência. Os participantes evidenciaram um aumento do número de denúncias de violência contra a pessoa idosa durante a pandemia e a maior ocorrência no âmbito familiar pela fragilidade afetiva e dificuldades no cuidado exacerbados no contexto da pandemia de Covid-19 pela sobrecarga de cuidadores, mudanças relacionadas ao contexto de trabalho e dificuldades financeiras. Assim, a violência contra a pessoa idosa representa um desafio para profissionais e gestores da saúde e da assistência social inseridos no território, sendo fundamental fomentar discussões para identificação, atuação e enfrentamento, preconizando intervenções intersetoriais e em rede para combate ao problema.

PALAVRAS-CHAVE: Violência contra a pessoa idosa; pandemia de Covid-19; intersetorialidade.

INTRODUÇÃO

O Brasil segue a tendência de envelhecimento da população, com rápido incremento de pessoas idosas na última década, o que implica em desafios em termos de planejamento dos serviços de saúde e demandas sociais (LIMA-COSTA *et al.*, 2011).

Para Paskulin, Valer e Vianna (2011), o envelhecimento populacional proporciona grande impacto social já que exige mudanças nas políticas públicas e adaptações dos núcleos

familiares. A preocupação torna-se ainda maior devido ao fato de que a população idosa brasileira aumentará de forma contínua, sendo que para as projeções de 2025 a 2050 a média de acréscimo deve superar um milhão de idosos por ano (CARVALHO; WONG, 2008), e também pelo fato de que os idosos estão sujeitos ao aumento da carga de doenças e incapacidade funcional (MORETTI; WESTPHAL; BÓGUS, 2009).

A violência sempre esteve presente na humanidade, sendo vista como uma possibilidade de resolução de conflitos entre as pessoas, as famílias, as comunidades e os países, por meio de autoagressões, agressões interpessoais ou violência coletiva (DAHLBER; KRUG, 2007; PLONER; HOFFMANN; BALDISSERA, 2014). Em 2019, cerca de 1 em cada 6 idosos vivenciou algum tipo de violência em ambientes comunitários (*WORLD HEALTH ORGANIZATION*, 2020).

A violência é considerada um problema de saúde pública no Brasil e a fragilidade e a dependência tornam o idoso mais susceptível às diversas formas de violência que está diretamente relacionada com declínio da capacidade funcional, diminuição da qualidade de vida e mortalidade (ZIRLEY *et al.*, 2016). A escassez de pesquisas de base populacional sobre a violência contra os idosos no Brasil, contribui para o desconhecimento da prevalência do problema (MACHADO *et al.*, 2020), dificultando a elaboração de políticas públicas e a sensibilização dos profissionais de saúde no processo de reconhecimento, prevenção e cuidados às vítimas (LOPES *et al.*, 2018).

Situações pandêmicas, tais como da Covid-19, contribuem para o agravamento dos casos existentes, assim como, para o surgimento de novos casos, como evidenciado por indicadores no Brasil e em outros países (BRASÍLIA, 2020). As pessoas idosas apresentam maior vulnerabilidade à violência, especialmente no âmbito familiar, frente a catástrofes e a pandemia de Covid-19 representa um tipo de desastre com diversas repercussões na morbimortalidade dos indivíduos, revelando a necessidade crescente de reflexões sobre a temática, e dentre as possíveis intervenções, destaca-se a atuação dos serviços inseridos próximos aos idosos, famílias e comunidades (D'ELBOUX *et al.*, 2021). O distanciamento social pode contribuir com as diversas formas de violência contra a pessoa idosa por meio do abandono afetivo (BRASÍLIA, 2020).

Os profissionais que atuam diretamente com as pessoas idosas podem proporcionar maior visibilidade ao problema da violência contra tal população (BRASIL, 2001). Os serviços de saúde e assistência social possuem importância estratégica na identificação das situações de violência contra o idoso, por meio da identificação precoce dos casos, das ações de promoção e prevenção realizadas pelas equipes multiprofissionais e pela possibilidade de abordagem intersetorial no território. Castro, Rissardo e Carreira (2018) ressaltaram a importância dos gestores e profissionais da saúde na detecção precoce e enfrentamento da violência contra as pessoas idosas. Por outro lado, estudo de Mallet (2015) identificou baixo número de notificações provenientes da Atenção Primária à Saúde (APS) e dos serviços de assistência social, evidenciando a complexidade das notificações.

Nesse cenário, é importante que profissionais e gestores da saúde e da assistência social atuem no enfrentamento de tal questão, por meio do diagnóstico, da implantação de estratégias e da avaliação de ações e serviços de forma a assegurar o cuidado integral ao idoso. Nesse contexto objetivo do estudo é compreender a situação de vulnerabilidade do idoso às situações de violência durante a pandemia de Covid-19 na perspectiva de profissionais e gestores da saúde e da assistência social. Acredita-se que os resultados deste estudo contribuirão para a compreensão e reflexão de profissionais e gestores, da saúde e da assistência social, sobre aspectos relevantes da violência contra a pessoa idosa, sobretudo em períodos de pandemia, contribuindo para o planejamento de ações que visem à prevenção das diversas formas de violência.

REFERENCIAL TEÓRICO

Violência contra a pessoa idosa

A violência contra a pessoa idosa pode ser definida como ação, única ou repetida, assim como a falta de acompanhamento apropriado, causando prejuízo, dano ou sofrimento ao idoso em qualquer relação em que exista confiança (*WORLD HEALTH ORGANIZATION*, 2020). Trata-se de um problema de saúde pública, sendo importante causa de morbidade e mortalidade (*REICHENHEIM et al.*, 2011; *WORLD HEALTH ORGANIZATION*, 2002). Contra a pessoa

idosa, a violência pode se apresentar nas formas estrutural, institucional e interpessoal (*BRASIL*, 2006); a última, acontece nas relações cotidianas e manifesta-se de várias tipologias: física, sexual, psicológica, econômica, abandono, negligência, autonegligência (*BRASIL*, 2006; *BRASIL*, 2013; *LACHS; PILLEMER*, 2015; *SOUSA et al.*, 2010; *WORLD HEALTH ORGANIZATION*, 2005).

Um em cada seis idosos é vítima de violência, representando prevalência global de 15,7% (*YON et al.*, 2017). O estudo evidenciou também a importância do setor saúde na prevenção e conscientização dos profissionais, potencializando a capacidade de ação frente às diversas situações de violência contra a pessoa idosa (*YON et al.*, 2017). Estima-se que no ano de 2050, a população de pessoas com 60 anos ou mais seja de 2 bilhões, e, caso a proporção de idosos vítimas de violência permaneça constante, o número de vítimas deve chegar a 320 milhões até 2050 (*WORLD HEALTH ORGANIZATION*, 2020).

Os tipos de violência podem ser cumulativos e a maioria dos casos acontece no ambiente intrafamiliar (*MOREIRA et al.*, 2016). No cenário brasileiro, a violência contra a pessoa idosa começou a ser discutida há pouco mais de duas décadas em virtude do aumento do número de idosos no país, proporcionando maior presença de tal população em todos os âmbitos sociais e, principalmente, pelo protagonismo da sociedade por meio dos próprios idosos, instituições, conselhos específicos e movimentos políticos em prol dos direitos das pessoas idosas (*BRASIL*, 2013). Dados do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) mostraram que em 2014, no Brasil, foram notificados 12.297 casos de violência contra idosos, sendo que 43,7% eram recorrentes, 70,4% foram praticados no âmbito domiciliar e em 11,3% dos casos aconteceram lesões autoprovocadas, evidenciando a possibilidade de sofrimento emocional causando essa tortura (*D'ELBOUX et al.*, 2021).

O Estatuto do Idoso estabelece que os casos de suspeita ou confirmação de atos de violência contra os idosos são de notificação compulsória pelos serviços de saúde, sejam públicos ou privados, à autoridade sanitária competente (*BRASIL*, 2003). A obrigatoriedade da notificação possibilita conhecer o real dimensionamento da violência contra a pessoa idosa, a identificação do perfil da vítima e do agressor, embasando o desenvolvimento de ações de prevenção do problema (*GARBIN et al.*, 2015; *PARAÍBA; SILVA*, 2015).

O enfrentamento das situações de violência contra as pessoas idosas depende de uma rede integrada, com envolvimento de diversos setores da sociedade (*WORLD HEALTH ORGANIZATION*, 2002). Assim, os serviços inseridos no território local são, frequentemente, os primeiros a identificarem o problema e os principais agentes de prevenção e promoção da saúde por meio de ações e serviços que estimulem uma cultura de solidariedade intergeracional e de rejeição a toda e qualquer forma de violência. A intersetorialidade se refere à articulação entre setores, com vistas a superar a fragmentação dos saberes e conhecimentos e responder com maior efetividade a problemas sociais de maior complexidade (*BRASIL*, 2009). Os profissionais dos diversos setores devem apresentar adequada qualificação para atendimento ao idoso, capacitação para identificar, intervir e prevenir situações de abuso, assim como realizar os devidos encaminhamentos (*QUEIROZ*, 2009; *MOREIRA et al.*, 2016).

A territorialização traz o território como fator determinante para a compreensão das situações de vulnerabilidade e riscos sociais. Possibilita também a identificação das potencialidades nos locais próximos dos indivíduos e famílias, com possibilidade de maior

eficácia e efetividade no enfrentamento dos problemas identificados (BRASIL, 2009). As Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) são unidades representativas de Políticas Públicas diferentes, inseridas no território local, com ações e serviços planejados a partir do diagnóstico local da população, com foco nos indivíduos e nas famílias. Assim, as diversas categorias profissionais que têm contato com a pessoa idosa podem atuar na prevenção e na identificação da violência, estimulando a cultura de paz e promoção da saúde por meio de estratégias intersetoriais para criação de ambientes seguros e saudáveis (BRASIL, 2001, 2006).

Pandemia de Covid-19

A descoberta do novo coronavírus (SARS-CoV-2), causador da Covid-19, proporcionou uma crise sanitária, com repercussões econômicas, políticas e grande impacto social e na qualidade de vida dos indivíduos (MORAES *et al.*, 2020; SOUZA *et al.*, 2021). O quadro pode eventualmente ocasionar infecções graves, especialmente para os denominados grupos de risco, entre eles, indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos (BRASIL, 2020). O risco de desenvolver formas graves da Covid-19 é maior entre os idosos, além disso, o risco de morrer também aumenta com a idade, principalmente entre os que possuem doenças crônicas (LLOYD-SHERLOCK *et al.*, 2020; NIKOLICH-ZUGICH *et al.*, 2020). Um dos fatores é a imunossenescência que se caracteriza pelo declínio progressivo da função imunológica, aumentando a vulnerabilidade frente às doenças infectocontagiosas (HAMMERSCHMIDT; SANTANA, 2020; SILVA *et al.*, 2021). Outros fatores como a presença de doenças crônicas não transmissíveis, a polifarmácia e a fragilidade podem contribuir para o agravamento do curso da Covid-19 nos idosos (SILVA *et al.*, 2021; NIKOLICH-ZUGICH *et al.*, 2020).

Dentre as estratégias para o enfrentamento do problema têm-se as medidas de distanciamento e isolamento social e as medidas preventivas de doenças de transmissão respiratória, como a lavagem regular das mãos e o uso de máscaras que cubram adequadamente a boca e o nariz (MORAES *et al.*, 2020; SOUZA *et al.*, 2021). Além disso, orienta-se sobre a prática da etiqueta respiratória ao tossir ou espirrar (SOUZA *et al.*, 2021).

O distanciamento social visa diminuir a propagação do vírus e o número de vítimas, além de evitar a sobrecarga e o colapso dos serviços de saúde (SOUZA *et al.*, 2021). Por outro lado, essa recomendação global advinda da *WORLD HEALTH ORGANIZATION* (WHO) para conter a expansão da pandemia, gera impactos negativos nos diversos segmentos da sociedade (HAMMERSCHMIDT; SANTANA, 2020). Bezerra *et al.* (2020) revelaram aspectos relacionados ao comportamento e as consequências do isolamento social decorrentes da pandemia da Covid-19, identificando o convívio social e a dimensão financeira como aspectos mais afetados.

Violência contra a pessoa idosa e a situação pandêmica

A crise econômica, o distanciamento social e todas as circunstâncias decorrentes da pandemia intensificaram diversas desigualdades da sociedade e, por isso, acredita-se no aumento das situações de violência contra a pessoa idosa (MORAES *et al.*, 2020; SOUZA; MENDES, 2021). O Ministério da Mulher, da Família, dos Direitos Humanos no Brasil identificou um aumento nas denúncias de violência contra a pessoa idosa registradas pelo Disque 100, passando de 3 mil em março de 2020 para 17 mil em maio do mesmo ano (MAZZI, 2020). A situação torna-se ainda mais alarmante, pois, muitas vezes, a violência é sofrida em silêncio e velada devido às relações de proximidade com o agressor, além do receio de retaliações e abandono (WANDERBROCKE; MORÉ, 2013; RODRIGUES *et al.*, 2017; MORAES *et al.*, 2020).

O atual cenário no qual o uso da máscara é uma medida protetiva, a presença da mesma pode dificultar a visualização das expressões faciais do idoso, com repercussões no

reconhecimentos dos sinais de violência (D'ELBOUX *et al.*, 2021). Estudo realizado por Mendes (2021) evidenciou que a situação decorrente da pandemia de Covid-19 tem contribuído com o aumento do número de denúncias devido à suspeição de casos de violência.

No âmbito macroestrutural, destaca-se o etarismo (MORAES *et al.*, 2020). O termo é utilizado para referir-se ao preconceito etário voltado especificamente contra as pessoas idosas, sendo a terceira forma de discriminação mais prevalente no mundo ocidental, antecedida apenas do racismo e do sexismo (FERREIRA; LEÃO; FAUSTINO, 2020). Essa discriminação contribuiu para a ocorrência da violência simbólica pela percepção distorcida de que a velhice está associada à perda da autonomia e dos direitos de tal população (MORILLA; MANSO, 2020). Além das medidas de distanciamento social que contribuem para o confinamento dos idosos com os agressores, que, na maioria das vezes são familiares e cuidadores, houve também a restrição dos atendimentos domiciliares, reduzindo a exposição das pessoas idosas ao coronavírus, mas em contrapartida, dificulta a identificação e a notificação das situações de violência (ALVES *et al.*, 2020).

METODOLOGIA

O estudo é de abordagem qualitativa, do tipo descritivo, recorte de uma Dissertação de. Apresenta-se uma das categorias de análise que relaciona o aumento das situações de violência contra as pessoas idosas ao contexto da pandemia de Covid-19.

O estudo foi realizado no município de Belo Horizonte cuja população idosa representa mais de 18% da população total (BELO HORIZONTE, 2020). Os participantes do estudo foram profissionais de equipes de saúde da família (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde) e de apoio (assistentes sociais) de duas UBS, de um CRAS (psicólogo e assistente social) e seus gestores. Estabeleceu-se como critérios de inclusão: profissionais de nível de escolaridade superior, técnico e médio e gestores das UBS e do CRAS, com atuação nas unidades por um período igual ou superior a seis meses. Os critérios de exclusão foram: profissionais que estavam afastados por licença maternidade, por motivo de doença ou em gozo de férias no período da coleta de dados, trabalhadores dos setores administrativos e serviços gerais e profissionais que se recusaram a participar do estudo. A coleta de dados foi interrompida quando se identificou a saturação, com um total de 18 participantes.

A técnica utilizada para coleta de dados foi a entrevista com roteiro semiestruturado, com elaboração de um roteiro para os gestores e outro para os demais profissionais. As entrevistas foram realizadas entre os meses de junho a dezembro de 2020, nas próprias unidades, em local tranquilo e reservado, permitindo privacidade para coleta dos dados. A média de duração das entrevistas foi de 28 minutos. Posteriormente, as entrevistas foram ouvidas na totalidade e transcritas na íntegra, verificando a exatidão das transcrições de acordo com as gravações de áudio. Os dados foram submetidos à Análise de Conteúdo Temática (BARDIN, 2016).

Em observância à Resolução 466/12, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFMG e do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA), por meio dos Pareceres: 4.002.430/2020 e 4.045.895/2020. Os participantes formalizaram a aceitação para participar da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O anonimato dos sujeitos foi garantido por meio da adoção da sigla E = entrevistado, seguida pelo número de acordo com aproximação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 18 sujeitos, com idade de 32 a 62 anos, sendo 16 do sexo feminino. O tempo de atuação nas unidades de realização da pesquisa foi de 01 a 23 anos.

Os participantes relataram que a pandemia de Covid-19 tem contribuído para o aumento do número de denúncias de violência contra as pessoas idosas: “Só na pandemia eu fiz 3 notificações de violência contra o idoso, de vizinhos que não ficavam em casa e que estão ficando por falta do trabalho ou porque estão trabalhando em casa e têm escutado, têm visto (E7)”;

“As situações de violência são presentes no nosso país de uma forma muito intensa e a pandemia veio para exacerbar isso (E9).” Assim, o isolamento social como estratégia para a redução da transmissão do novo coronavírus tem tido várias repercussões negativas, dentre elas o aumento da violência intrafamiliar contra idosos. O número de denúncias de violações de direitos contra as pessoas idosas aumentou no Brasil desde o início da pandemia de Covid-19 (BRASÍLIA, 2020), com estimativa de um acréscimo de até 50% (CAMPBELL, 2020).

O risco aumentado de violência frente à situação pandêmica decorre do abandono afetivo, se o contexto familiar já é marcado pela violência, existe maior possibilidade de recorrência, além da possibilidade de violência psicológica e preconceito contra idosos que necessitam sair da residência para atividades diárias em um cenário que preconiza o isolamento de tal população (BRASÍLIA, 2020). Assim, a identificação precoce e ações de promoção e prevenção realizadas por meio das UBS e do CRAS e as intervenções intersetoriais são aspectos fundamentais para o enfrentamento do problema

As entrevistas revelaram que as situações de violência são identificadas durante visitas domiciliares, atendimentos e atividades coletivas nas UBS e no CRAS, sendo necessária a avaliação global do idoso, a escuta de familiares e cuidadores, verificando indícios de violação dos direitos da pessoa idosa. Para Florêncio e Grossi (2014), os serviços assistenciais e de saúde devem rastrear continuamente e aperfeiçoar a identificação das situações de violência. Profissionais das redes de cuidado e proteção devem ter conhecimento do risco aumentado das situações de violência durante a pandemia e do importante papel que desempenham na identificação dos casos e acompanhamento das vítimas (BRASÍLIA, 2020).

Por outro lado, o idoso fica mais restrito ao domicílio, com menor presença nos serviços de saúde, prejudicando o acompanhamento regular e o alcance das ações de promoção e prevenção (MORAES *et al.*, 2020). Diante do cenário decorrente da Covid-19, pode ser que os casos não estejam sendo detectados, uma vez que profissionais da APS têm vivenciado readequações nos processos de trabalho devido ao contexto epidemiológico da doença, entretanto, reconhece-se o importante papel dos profissionais da saúde no suporte aos idosos, ainda que em tempos difíceis (BRASÍLIA, 2020; MENDES, 2021).

A violência contra a pessoa idosa no âmbito familiar também foi abordada nas entrevistas, sendo mencionado por um dos entrevistados que a família é a maior contribuinte para essas situações. A agressão cometida por familiares e cuidadores é decorrente de fragilidade afetiva entre os vínculos, dificuldades no cuidado e conflitos entre as gerações: “Falta assistência familiar em vários quesitos, tanto com relação ao acompanhamento, ao tratamento medicamentoso, abandono, casos que o idoso vive mais sozinho, sem ter aquela assistência com relação à alimentação. Muitas vezes com a questão financeira também, de utilizar dos recursos financeiros do idoso para benefício próprio por parte de familiares (E13).”

A maioria dos casos de violência contra a pessoa idosa acontece nas residências, no contexto intrafamiliar (MOREIRA *et al.*, 2016; RODRIGUES *et al.*, 2017). Muitas vezes as pessoas idosas têm dificuldade em denunciar a violência e o agressor por culpa, receio ou vergonha, em virtude da relação de parentesco ou afeto, contribuindo com a subnotificação dos casos (BRASIL, 2006; CAVALCANTI; SOUZA, 2010; BELO HORIZONTE, 2015). Situações nas

quais o agressor é um familiar contribuem com o silêncio das vítimas por medo e pelo aspecto cultural e afetivo relacionados com a família (WANDERBROOKE; MORÉ, 2013; RODRIGUES *et al.*, 2017). O risco aumentado da violência contra as pessoas idosas no contexto da pandemia de Covid-19 pode estar associado à sobrecarga e estresse cuidadores

domiciliares em virtude do menor suporte de outros familiares ou cuidadores, dificuldades financeiras e relacionadas ao excesso de trabalho e sua execução no âmbito domiciliar (BRASÍLIA, 2020). Assim, é importante destacar a necessidade da atuação do Estado por meio de políticas públicas destinadas aos cuidados de longa duração, com a regulamentação e proteção do familiar que cuida, otimizando o cuidado e prevenindo situações de violência contra as pessoas idosas (GIACOMIN *et al.*, 2018).

CONCLUSÃO

A violência contra a pessoa idosa, em toda sua complexidade e multicausalidade, configura-se como um importante problema de saúde pública e seu enfrentamento é um grande desafio para diversos setores da sociedade. A pandemia de Covid-19, doença altamente transmissível, com impactos em diversos segmentos da sociedade e importante repercussão na qualidade de vida de grupos mais frágeis como os idosos, tem contribuído para as situações de violência já que as medidas de prevenção podem ser determinantes e com grande potencial de agravamento das diversas violações de direito.

Conhecer os fatores de risco relacionados às situações de violência contra a pessoa idosa possibilita que profissionais das UBS e do CRAS, pela atuação no território e a realização de visitas domiciliares, possam monitorar os idosos e suas famílias, fomentando a participação em atividades coletivas e o fortalecimento do vínculo entre familiares, comunidade e serviços, prevenindo a ocorrência de violações de direitos das pessoas idosas.

A situação pandêmica desperta a necessidade de medidas de maior cuidado para com os idosos, mas também desencadeou desafios como o etarismo e o isolamento, que colocam a pessoa idosa em maior exposição frente ao agressor, com indicativos de aumento das estatísticas de violência contra tal população. Assim, ressalta-se a necessidade de políticas públicas de enfrentamento da situação por meio da cultura de paz, de solidariedade intergeracional e de proteção social. As estratégias de enfrentamento do problema devem incluir também ações de promoção da saúde na busca da garantia de direitos e qualidade de vida da população idosa. A relevância e a complexidade do tema suscitam a necessidade de novos estudos, assim como, a ampliação dessa análise para outros profissionais dos serviços analisados e outros serviços para diagnóstico acerca da violência, proporcionando maior visibilidade e compreensão do problema.

REFERÊNCIAS

ALVES, R. M.; COSTA, V. C. G. S. F.; OLIVEIRA, T. M.; ARAÚJO, M. O.; ARAÚJO, M. P. D. Violência contra a população idosa durante a pandemia da COVID-19. **Saúde Coletiva**, v. 10, n. 59, p. 4314-4319, 2020.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Guia de Atendimento à Pessoa Idosa em Situação de Violência**. Belo Horizonte: PBH, 2015.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório detalhado do quadrimestre anterior – 2º quadrimestre de 2020**. Belo Horizonte: PBH, 2020.

BEZERRA, A. C. V. et al. Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25 (Supl. 1), p. 2411-2421, 2020.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF, **Diário Oficial da União**, 02 de out. 2003. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm. Acesso em: 23 mar. 2019.
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em:
http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abacad19.pdf. Acesso em: 18 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. **Protocolo de manejo clínico da Covid-19 na Atenção Especializada** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. – 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em:
http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/violencia_intrafamiliar_cab8.pdf. Acesso em: 14 jan. 2020.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações Técnicas: Centro de Referência de Assistência Social – CRAS**. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2009. Disponível em:
http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/orientacoes_Cras.pdf. Acesso em: 04 abr. 2019.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa. É possível prevenir. É necessário superar**. Brasília, DF: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2013.

BRASÍLIA. Ministério da Saúde. **Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na COVID-19**. Org. Débora da Silva Noal, Maria Fabiana Damasio Passos e Carlos Machado de Freitas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. 342 p. Disponível em:
https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/10/livro_saude_mental_covid19_Fiocruz.pdf. Acesso em 29 out. 2020.

CAMPBELL, A. M. An Increasing Risk of Family Violence during the COVID-19 Pandemic: strengthening community collaborations to save lives. **Forensic Science International: reports** v. 2. Netherlands. p. 100089. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7152912/pdf/main.pdf>. Acesso em 02 set. 2021.

CARVALHO, J. A. M.; WONG, L. L. R. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 597-605, 2008.

CASTRO, V. C.; RISSARDO, L. K.; CARREIRA L. Violência contra os idosos brasileiros: uma análise das internações hospitalares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 2, p. 830-838, 2018.

CAVALCANTI, M. L. T.; SOUZA, E. R. Percepção de gestores e profissionais de saúde sobre a atenção aos idosos vítimas de violências no município do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2699-2708, 2010.

- DAHLBER, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, p. 1163-1178, 2007.
- D'ELBOUX, M. J. *et al.* Violência contra o idoso em tempos de pandemia na Atenção Primária à Saúde. *In*: RODRIGUES, R. A. P.; FHON, J. R. S.; LIMA, F. M. **O cuidado ao idoso na Atenção Primária à Saúde em tempos de COVID-19**. Ribeirão Preto: Centro de Apoio Editorial da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2021. p. 197-209.
- FERREIRA, V. H. S.; LEÃO, L. R. B.; FAUSTINO, A. M. Ageísmo, políticas públicas voltadas para população idosa e participação social. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, São Paulo, n. 42, p. e2816-e2816, 2020.
- FLORENCIO, M. V. L.; GROSSI, P. K. Instrumentos quantitativos validados para identificação/rastreamento de violência contra a pessoa idosa. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 19, n. 3, p. 687-704, 2014.
- GARBIN, C. A. S. *et al.* Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1879-1890, 2015.
- GIACOMIN, K. C. *et al.* Cuidado e limitações funcionais em atividades cotidianas – ELSI-Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, n. 2, p. 1-12, 2018.
- HAMMERSCHMIDT, K. S. A.; SANTANA, R. F. Saúde do idoso em tempos de pandemia covid-19. **Cogitare enfermagem** [Internet]. 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.72849>>.
- LACHS, M. S.; PILLEMER, K. A. Elder abuse. **The New England Journal of Medicine**, v. 373, n. 20, p. 1947-1956, 2015.
- LLOYD-SHERLOCK, P. *et al.* Bearing the brunt of covid-19: older people in low and middle income countries. **BMJ**, v. 368, p.1-2, 2020. doi: 10.1136/bmj.m1052
- LIMA-COSTA, M. F. *et al.* Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3689-3696, 2011.
- LOPES, L. G. F. *et al.* Violência contra a pessoa idosa. **Revista Enfermagem UFPE**, Recife, v. 12, n. 9, p. 2257-2268, 2018.
- MACHADO, D. R. *et al.* Violência contra idosos e qualidade de vida relacionada à saúde: estudo populacional no município de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 1119-1128, 2020.
- MALLET, S. M. **Denúncias e ações de enfrentamento à violência intrafamiliar**: Conselho Municipal do Idoso de Belo Horizonte 2011 – 2013. 2015. 104 f. Dissertação (Mestrado em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência) –Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

MAZZI, C. Denúncias de violência contra idosos quintuplicaram durante a pandemia, apontam dados do Disque 100. **O Globo**, 2020. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/sociedade/denuncias-de-violencia-contra-idosos-quintuplicaram-durante-pandemia-apontam-dados-do-disque-100-24480857>

MENDES, N. C **Violência contra as pessoas idosas: perspectivas e desafios de profissionais e gestores da saúde e da assistência social**. 2021

MORAES, C. L. et al. Violência contra idosos durante a pandemia de Covid-19 no Brasil: contribuições para seu enfrentamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25 (Supl. 2), p. 4177-4184, 2020.

MOREIRA, W. C. *et al.* Análise sobre as políticas públicas de enfrentamento a violência contra o idoso. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 10, n. 4, p. 1324-1331, 2016.

MORETTI, A. C.; WESTPHAL, M. F.; BÓGUS, C. M. Práticas Corporais / Atividade Física e Políticas Públicas de Promoção da Saúde. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v.18, n. 2, p. 346- 354, 2009.

MORILLA, J. L.; MANSO, M. E. G. Violência contra a pessoa idosa. Contribuições para o estudo do tema. **Revista Longevidade**, São Paulo, n. 6, p. 93-99, 2020.

NIKOLICH-ZUGICH, J. et al. SARS-CoV-2 and COVID-19 in older adults: what we may expect regarding pathogenesis, immune responses, and outcomes. **GeroScience**, v. 42, p. 505-514, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/s11357-020-00186-0>>.

PARAÍBA, P. M. F.; SILVA, M. C. M. Perfil da violência contra a pessoa idosa na cidade do Recife – PE. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 295-306, 2015.

PASKULIN, L. M. G.; VALER, D. B.; VIANNA, L. A. C. Utilização e acesso de idosos a serviços de atenção básica em Porto Alegre (RS, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2935-2944, 2011.

PLONER, K. S.; HOFFMANN, R. M.; BALDISSERA, F. B. Violência contra idosos: análise das denúncias e seu atendimento no CREAS. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v. 11, n. 2, p. 141-151, 2014.

QUEIROZ, Z. P. V. Violência contra idosos: um novo desafio. *In*: BARROSO, A. E. S. (org). **Perspectiva social do envelhecimento**. São Paulo: Fundação Padre Anchieta, 2009. p. 1-26.

REICHENHEIM, M. E. *et al.* Saúde no Brasil 5: Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros. **Veja**, v. 6736, n. 11, p. 60053-60056, 2011.

RODRIGUES, R. A. P. *et al.* Violência contra idosos em três municípios brasileiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 70, n. 4, p. 816-824, 2017.

SILVA, M. F. et al. Ageismo contra idosos no contexto da pandemia da covid-19: uma revisão integrativa. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, n. 4, p. 1-14, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003082>>.

SOUSA, D. J. *et al.* Maus tratos contra idosos: atualização dos estudos brasileiros. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 321-328, 2010.

SOUZA, A. S. R. et al. Aspectos gerais da pandemia de COVID-19. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 21 (Supl. 1), p. 547-564, fev. 2021.

SOUZA, E. R.; MENDES, T. C. O. Violência contra a pessoa idosa no contexto de pandemia pelo novo coronavírus. **Revista Brasileira de Geriatria Gerontologia**, v. 24, n. 6, p. 1-3, 2021.

WANDERBROOKE, A. C. N. S.; MOREÍ, C. L. O. O. Estrutura e funcionamento familiar ea violência contra idosos. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 31, n. 74, p. 395-403, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Elder abuse**. Genebra: World Health Organization, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Genebra: World Health Organization, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on violence and health**. Genebra: WHO, 2002.

YON, Y. *et al.* Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet Global Health**, v. 5, n. 2, p. e147-e156, 2017.

ZIRLEY, L. M. *et al.* A percepção do profissional de saúde e de outras áreas afins e a relação com a rede de assistência à mulher em situação de violência. In: MELO, E. M.; MELO, V. H. Para Elas: por elas, por eles, por nós. Belo Horizonte: Folium, 2016. p.165-179.

II SEMINÁRIO DA PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Gestão em Saúde em Tempos de COVID-19: cenários e perspectivas
9 e 10 de dezembro de 2021

ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER NOS MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE DA REGIONAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE

Luciana Mara Nogueira Costa - Mestranda em Gestão de Serviços de Saúde, UFMG; Ana Paula de Lima Bezerra - Mestranda em Gestão de Serviços de Saúde UFMG; Fernanda Esthefane Garrides Oliveira - Doutoranda em Saúde Pública, FIOCRUZ; Kátia Ferreira Costa Campos - Docente de Gestão de Serviços de Saúde, UFMG

RESUMO

Esse estudo faz parte de um recorte dos resultados do projeto de pesquisa ‘A gestão do Sistema Único de Saúde: um estudo nos municípios de pequeno porte da Regional de Saúde de Belo Horizonte’ e tem por objetivo analisar os indicadores propostos pelo pacto interfederativo 2017-2021 que mensuram fatores associados à saúde da mulher, incluindo gestante e puérpera. Para tanto, foi realizada uma análise descritiva a partir de dados secundários de sistemas de informações em saúde tendo como foco oito municípios de pequeno porte da Regional de Saúde de Belo Horizonte que aderiram ao projeto. Os resultados mostraram que houveram alguns avanços, mas ainda há fatores que devem ser estruturados para promover uma assistência de qualidade à saúde da mulher, entre estes a melhoria de acesso e a melhor organização da Atenção Primária para assistência ao pré-natal e parto.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Planejamento; Saúde da Mulher.

INTRODUÇÃO

O novo financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS), Previnde Brasil, tem como foco a saúde da mulher. O programa possui sete indicadores que o norteiam, destes, quatro perpassam pelo cuidado e acompanhamento da qualidade no atendimento à saúde das mulheres e gestantes (BRASIL, 2019a). Dessa maneira é fundamental o olhar dos municípios brasileiros para com ações estratégicas que visem adequar e ampliar o cuidado da atenção à saúde do público feminino.

O pré-natal e a melhoria do seu acesso através da realização de seis ou mais consultas à gestante é um relevante componente da assistência à saúde da mulher, tende a prevenir precocemente patologias, maior possibilidade de realizar exames laboratoriais, melhor crescimento intrauterino, maior peso ao nascer, menores ocorrências de prematuridade e de mortalidade materna e neonatal. Além disso, achados na literatura apontam que um bom acompanhamento gestacional remete à redução da morbidade e da mortalidade materno-infantil e da mortalidade de mulheres em idade fértil (COUTINHO, et. al., 2010; GIL, 2012; OLIVEIRA; RIOS; TEIXEIRA, 2018; PEREIRA et al 2006; GOMES; CESAR 2013; ANJOS; BOING 2016).

Assim sendo, por ser um indicador de destaque do ponto de vista da Atenção Primária à Saúde e está contido no pagamento por desempenho como indicador 1, do repasse mensal aos municípios do Programa Previnde Brasil, é fundamental avaliar e monitorar as consultas de pré-natal, o seu acesso e a sua qualidade nos serviços prestados na APS (BRASIL, 2019a).

É importante levar em conta que os fatores relacionados ao acesso a serviços de saúde, à vulnerabilidade social, a baixa escolaridade das mulheres e à presença de gravidez na

adolescência, influenciam no pré-natal, colaborando para um acompanhamento com início mais tardio (VIELLAS, 2014; TOMASI, et.al, 2017). Segundo Guimarães et.al. (2018) existem dificuldades organizacionais tanto no acesso, quanto na qualidade do cuidado ofertado pelas ESF no país inteiro, além de uma evidente inadequação das ações de gestão voltadas ao aprimoramento do cuidado pré-natal. Cabe destacar ainda, conforme achados de Tomasi et. al (2017), que utilizavam dados de todos os municípios do Brasil, através da análise do Programa de Melhoria da Qualidade de Vida na Atenção Básica, verificou-se que apenas 15% das entrevistadas receberam uma atenção de qualidade, menos de um quarto das gestantes realizou exame físico apropriado e pouco mais da metade receberam todas as orientações preconizadas, além disso, as adolescentes ficaram com os mais baixos índices de exame físico, orientações e exames complementares. A adesão da Gestante para com as consultas do pré-natal é outro fator de análise e de relevância do ponto de vista do alcance do indicador pelo município. Sugere-se que a idade mais jovem da mãe, a baixa escolaridade, o estado civil, o número de gestações e a aceitação da gravidez estão entre os fatores de influência de uma menor participação da usuária (ROCHA; BARBOSA; LIMA 2017). Portanto, do ponto de vista do financiamento é recomendado que o município realize um monitoramento e avaliação dos indicadores de desempenho da APS, a fim de evitar redução de repasse e incentivos financeiros aos mesmos.

Nessa perspectiva, esse estudo faz parte de uma das análises oriundas de um conjunto de ações do projeto “A Gestão no Sistema Único de Saúde: um estudo nos municípios de pequeno porte da Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte (SRS BH)” realizado na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais em parceria com os municípios da regional de saúde de Belo Horizonte. Assim, o objetivo deste trabalho é analisar os indicadores propostos pelo pacto interfederativo 2017-2021 que mensuram fatores associados à saúde da mulher, incluindo gestante e puérpera.

REFERENCIAL TEÓRICO

O programa Previne Brasil é a nova política de financiamento federal da Atenção Primária à Saúde no país. Foi pactuada pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, na qual estabeleceu que o custeio da APS se daria através de: captação ponderada, que considera a população cadastrada; por pagamento por desempenho das equipes de Saúde da Família (ESF) considerando os resultados alcançados em indicadores quantitativos propostos; além de incentivos a ações estratégicas e prioritárias. Em relação ao pagamento por desempenho, o Ministério da Saúde (MS), pontuou sete indicadores para o ano de 2020, são eles: proporção de gestantes com pelo menos seis consultas de pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação; proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV; proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado; cobertura de exame citopatológico; cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente; percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre; e percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada. Conforme a referida portaria, tais indicadores seriam ampliados gradualmente, até alcançar 21 em 2021. Deste total, as áreas principais contempladas refletem na saúde materno-infantil, nas condições crônicas, nas infecções sexualmente transmissíveis, na saúde mental, nas internações sensíveis à APS e na fidelização das pessoas às unidades de saúde (BRASIL, 2019a; SOARES et.al, 2021).

Conforme o MS o programa Previne Brasil teria início e seria implementado em 2021, no entanto as incertezas e desestabilização promovidas pela pandemia COVID-19, a implementação da política foi flexibilizada ao longo do ano. Nesse ensejo é recomendado que os municípios se atentem principalmente aos indicadores que orientam o financiamento para que haja a garantia dos repasses financeiros (BRASIL, 2019a).

Para este estudo a análise ao novo programa de financiamento perpassa pelo primeiro indicador da atenção à saúde da mulher e materna. Desse modo, investigar a gestação e o seu

acompanhamento é uma das ações prioritárias da Atenção Primária à Saúde. O pré-natal teve início no século XX com o objetivo de reduzir as elevadas taxas de mortalidade materna e infantil. Houveram em seguida nos últimos anos diversos incentivos dentre eles à melhoria da assistência a gestante como a Política de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e a Rede Cegonha, a fim de proporcionar às mulheres saúde, qualidade de vida e bem-estar durante a gestação, parto, pós-parto e o desenvolvimento da criança até os dois primeiros anos de vida (BRASIL, 2000, BRASIL 2004, BRASIL 2011, BRASIL, 2019a).

Dessa forma, a assistência pré-natal deve se dar por meio da incorporação de condutas acolhedoras; do desenvolvimento de ações educativas e preventivas, sem intervenções desnecessárias; da detecção precoce de patologias e de situações de risco gestacional; de estabelecimento de vínculo entre o pré-natal e o local do parto; e do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar de alto risco (VIELLAS, 2014; GUIMARÃES, 2018; TOMASI et al, 2017) .

Segundo o Documento Orientador do Previner Brasil, o acompanhamento adequado da gestante ao longo do pré-natal, com consultas em quantidade e qualidade suficientes pode ser capaz de identificar problemas pré-existentes e aqueles desenvolvidos ao longo da gestação, propiciando diagnóstico precoce e tratamento apropriado. A equipe de saúde da família e a APS deve captar precocemente a gestante bem como acompanhá-la ao longo da gestação. Assim, deve-se realizar vigilância ativa das pessoas adscritas à equipe, estando atento aos sinais de gestação; verificar o quantitativo de consultas de pré-natal por cada gestante; promover testes de gravidez; agendar consulta subsequente à anterior para as gestantes, acompanhando possíveis faltas e acionando a gestante por meio telefônico ou presencial (domicílio) para entender o motivo; importante manter a agenda aberta para a gestante, evitando reservas de dia/período que não permitam à gestante escolher o melhor dia/período para ela, evitando absenteísmo.

Para tanto, uma melhor qualidade oferecida ao pré-natal pode impactar outros indicadores relevantes da saúde da mulher, materno-infantil, a fim de reduzir os custos da APS e melhorar a qualidade da assistência. Neste sentido, para este estudo a análise se estendeu a outros três indicadores como o indicador número de casos novo de Sífilis congênita em menores de um ano pretende detectar a incidência desse problema de saúde em cada município e período considerado, o número de nascidos vivos de mães adolescentes de 10 a 19 anos, o número de nascidos vivos por parto normal ocorridos, além da análise do número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, em cada um dos oito municípios de pequeno porte da SRSBH entre 2014 e 2018 (BELO HORIZONTE, 2019; BRASIL, 2019b).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo e descritivo realizado com 8 municípios de pequeno porte, pertencente à Regional de Saúde de Belo Horizonte - MG, que por adesão aceitaram participar da pesquisa “A Gestão do Sistema Único de Saúde: um estudo sobre o planejamento em municípios de pequeno porte da Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte”, desenvolvida na Universidade Federal de Minas Gerais. A pesquisa possui 03 fases, sendo a primeira, a análise dos indicadores do pacto interfederativo que medem qualidade e estrutura dos serviços de saúde e análise do último plano municipal de saúde vigente. A segunda fase é composta de um diagnóstico conforme o levantamento realizado e a terceira fase envolve um processo de Educação Permanente em Saúde, subsidiando um melhor planejamento.

Para esse estudo foi exposto um recorte da etapa quantitativa do projeto. Foram escolhidos os indicadores que perpassam sobre a saúde da mulher, gestante e puérpera e encontram-se presentes no pacto interfederativo 2017-2021, envolvendo a assistência ao pré-

natal, parto, óbitos maternos e infantis, gravidez na adolescência e sífilis congênita (BRASIL, 2016). Entende-se que tais indicadores mensuram fatores associados à contracepção, organização dos serviços de saúde e a qualidade assistencial para gestante e bebê. A escolha dos indicadores para compor a análise do estudo justifica-se, pois faz menção e aproximação aos indicadores do Previnde Brasil, permitindo uma visão sobre a assistência à saúde nos municípios focos de estudo. Cabe ressaltar que os indicadores avaliados remetem a atuação de Atenção Primária à Saúde, ponto central da Rede de Atenção à Saúde e que por diversos motivos representa o único serviço de saúde local na maior parte dos pequenos municípios. A APS é o nível de assistência responsável por direcionar o cuidado à mulher, principalmente ações de contracepção, pré-natal e planejamento da saúde sexual e reprodutiva.

Para o cálculo dos indicadores foram utilizados dados secundários considerados, conforme descrito no Quadro 1.

Quadro 1: Relação Indicadores avaliados

Indicador municipal	Numerador		Denominador		Apresentação
	Descrição	Fonte de informação	Descrição	Fonte de informação	
Percentual de nascidos vivos de mães que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal	número de nascidos vivos de mães residentes no município no período que fizeram sete ou mais consultas de pré-natal	Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC/SUS)	número de nascidos vivos de mães residentes no município no período	Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC/SUS)	em percentual
número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	número de óbitos maternos (ocorridos após o término da gravidez referente a causas ligadas ao parto, puerpério e a gravidez) em determinado período e local de residência	Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/DATASUS)	-	-	número absoluto
número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade, em um determinado ano de diagnóstico no município	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)	-	-	número absoluto
proporção de gravidez na adolescência (10 a 19 anos)	número de nascidos vivos de mães adolescentes de 10 a 19 anos residentes no município no período	Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC/SUS)	número de nascidos vivos de mães residentes no município no período	Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC/SUS)	em percentual

proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar	número de nascidos vivos por parto normal ocorridos, de mães residentes no município no período	Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC/SUS)	número de nascidos vivos de todos os partos, de mães residentes no município no período	Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC/SUS)	em percentual
mortalidade infantil	número de óbitos nas primeiras 24 horas de nascidos vivos da população residente no município no período	Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/DATASUS)	considerada a orientação da Pactuação Interfederativa 2017-2021 que sugere que para municípios com população inferior a 100 mil habitantes não sejam estimadas as taxas de mortalidade infantil e sim apresentados os indicadores de número absoluto de óbitos	número absoluto	
	número de óbitos entre 0 e 6 dias de nascidos vivos da população residente no município no período				
	número de óbitos entre 7 e 27 dias de nascidos vivos da população residente no município no período				
	número de óbitos entre 28 e 364 dias de nascidos vivos da população residente no município no período				
	número de óbitos em menores de 1 ano da população residente no município no período				

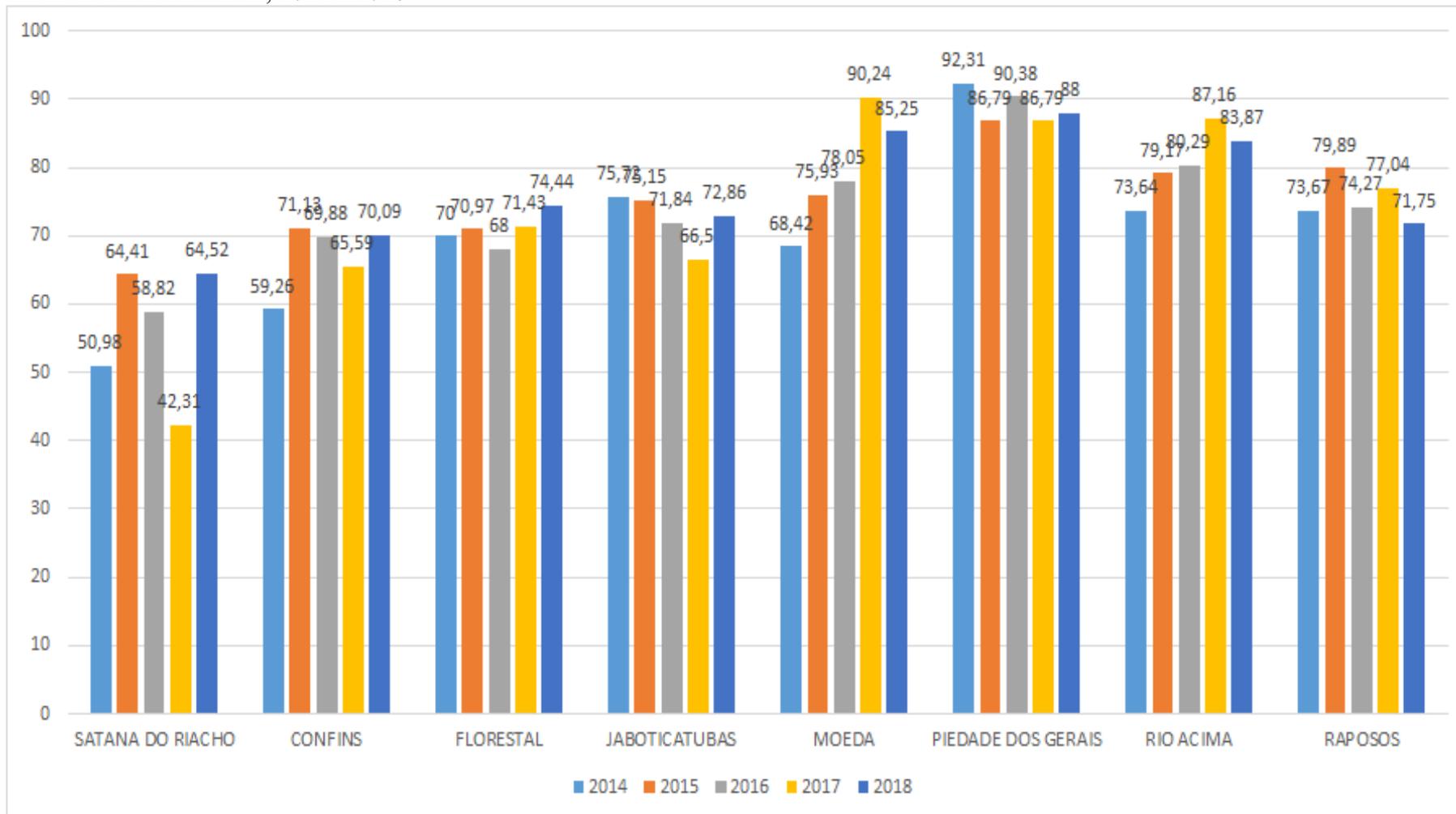
Fonte: elaboração própria, conforme o pacto interfederativo 2017-2021

RESULTADOS E DISCUSSÃO

É possível identificar na Figura 1, uma melhoria do percentual de nascidos vivos por mães que realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal nos municípios da Região de Saúde de Belo Horizonte, acompanhados no presente estudo. A ampliação do acesso e da assistência pré-natal no âmbito da Estratégia Saúde da Família ESF são resultados positivos na redução da morbimortalidade materna e infantil. O maior percentual pode ser observado pelo município Piedade dos Gerais em três dos quatro anos acompanhados e obteve o maior valor em 2014, atingindo 92,31%. Em contrapartida, o município de Santana do Riacho obteve os menores índices nos quatro anos em comparação a todos os oito municípios avaliados. O menor percentual de nascidos vivos de mães que realizaram sete ou mais consultas foi 42,31% em 2017. Tal dado permite compreender as diferenças entre os municípios da Rede de Saúde. Do ponto de vista comparativo, um estudo de 2013 aponta que quase duas em cada três gestantes (63,1%) realizaram sete ou mais consultas pré-natal. Nesse sentido, cabe reflexões acerca

daqueles municípios que estão abaixo da média brasileira no período avaliado no presente estudo. Recomenda-se que os municípios avaliados investiguem estratégias e ações dos profissionais da assistência à saúde e a realização de um trabalho de busca ativa para com as gestantes (ANJOS; BOING, 2013; PEREIRA, 2006).

Figura 1 - Percentual de nascidos vivos de mães que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal nos municípios de pequeno porte na área de Saúde de Belo Horizonte, 2014 a 2018



Fonte: elaboração própria conforme dados do Sinasc.

Alguns indicadores que perpassam pelo cuidado ao pré-natal também foram mensurados nos municípios contemplados na pesquisa como; o número de óbitos maternos em determinado período e local de residência; o número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade; a proporção de gravidez na adolescência (10 a 19 anos); a proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar e para mortalidade infantil.

Na Tabela 1 podemos identificar que apenas os municípios Rio Acima e Confins obtiveram óbitos maternos no período de 2014 a 2018. Sendo Confins apresentando óbitos em 2014, 2015 e 2016. Sobre este indicador deve-se ficar atento também aos óbitos em mulheres em idade fértil, pois podem ocorrer subnotificações.

Tabela 1-Número de óbitos maternos nos municípios de pequeno porte na Regional de Saúde de Belo Horizonte, 2014 a 2018

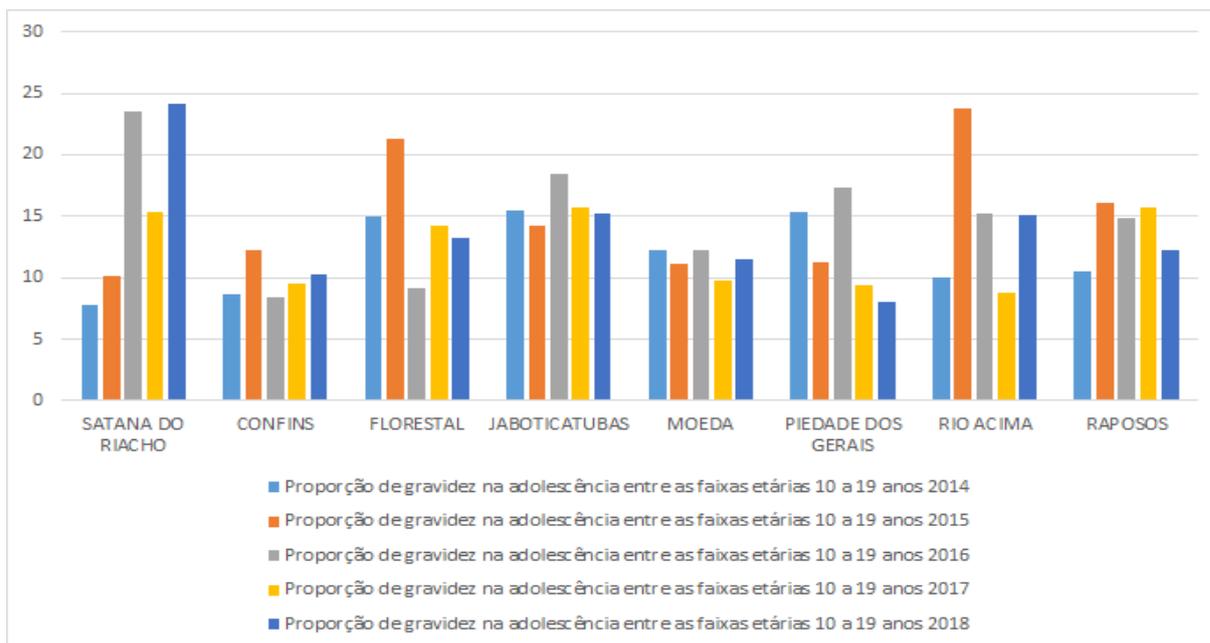
Município	Óbitos maternos
Rio Acima	1
Confins	1
Total	2

Fonte: elaboração própria conforme dados do SIM.

Com relação à proporção de gravidez na adolescência, a Figura 2 mostra que houveram grandes oscilações, conforme município e ano. O município de Santana do Riacho chama atenção, pois houve um aumento significativo de gravidez entre adolescentes em 2018 se comparado à 2014. Raposos e Rio Acima também apresentaram um aumento na proporção se comparado a 2014 e 2018.

A existência de gravidez na adolescência é um ponto que deve ser trabalhado nos municípios com ações que estimulem o uso de métodos contraceptivos, a assistência à orientação e ao planejamento familiar, temáticas essenciais na saúde da mulher.

Figura 2 - Proporção de gravidez na adolescência (10 a 19 anos) nos municípios de pequeno porte na área de Saúde de Belo Horizonte, 2014 a 2018



Fonte: elaboração própria conforme dados do Sinasc.

Sobre o indicador de casos de sífilis congênita, para os oito municípios e dentro do período em análise, entre 2014 e 2018, não houve nenhum caso novo em menores de um ano de idade.

Já, sobre a mortalidade infantil, que também pode ser analisada a partir das Taxas de Mortalidade Neonatal Precoce, Neonatal Tardia e Pós-Neonatal. Ambas compartilham o mesmo denominador: número de nascidos vivos de mães residentes em uma localidade em um determinado ano ou período, a diferença está no número do indicador. Para a Neonatal Precoce, o numerador é a quantidade de óbitos de residentes da localidade que morreram entre 0 e 6 dias de idade; para a Neonatal Tardia, são os óbitos entre 7 e 27 dias de idade; e para a Pós-Neonatal, o numerador considera os óbitos daqueles que tinham entre 28 e 364 dias de idade. As taxas de mortalidade infantil refletem, de maneira geral, as condições de vida e níveis de saúde de uma população. São importantes marcadores do desenvolvimento socioeconômico, da disponibilidade e qualidade dos recursos de saúde. Óbitos no período neonatal frequentemente estão relacionados às condições maternas e assistência pré-natal, à prematuridade, ao nascimento e infecções neonatais, enquanto óbitos no período pós-neonatal se relacionam à desnutrição, doenças respiratórias, doenças infecciosas e parasitárias (PEREIRA, 2006).

A Tabela 2 abaixo mostra os resultados da mortalidade infantil e sua estratificação para os locais em estudo. Deve-se levar em conta na observação do total de óbitos/ano que os óbitos ocorridos dentro das primeiras 24 horas do bebê também são somatizados como óbito neonatal precoce, pois ocorrem entre 0 e 6 dias pós nascimento.

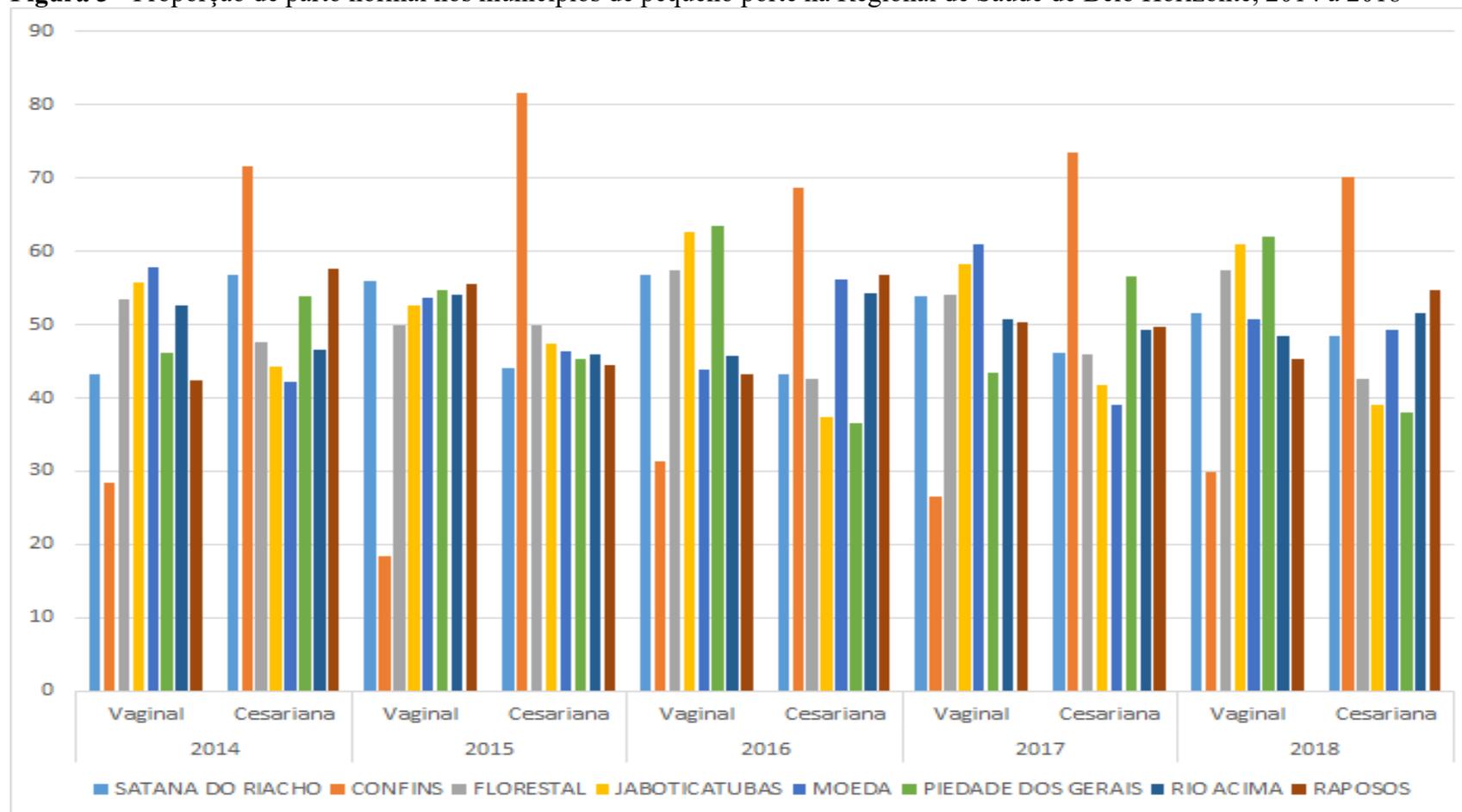
Tabela 2-Número de óbitos infantis nos municípios de pequeno porte na área de Saúde de Belo Horizonte, 2014 a 2018

Ano	Período de Ocorrência do Óbito				Óbitos em menores de um ano
	Primeiras 24 horas	Neonatal Precoce	Neonatal Tardia	Pós-Neonatal	
2014	2	4	2	4	10
2015	2	4	1	5	11
2016	1	4	0	3	7
2017	8	11	3	3	17
2018	0	2	1	1	4
Total	13	25	7	16	49

Fonte: elaboração própria conforme dados do Sinasc.

Em relação ao indicador de proporção de parto normal, o mesmo pode ser representado na Figura 3 abaixo. A proporção de partos normal no período, apresenta grande oscilação. Em geral, se comparado 2014 e 2018, Raposos é o único município no qual houve uma queda na proporção de parto vaginal/normal. Destaque ainda ao município Confins, no qual a taxa de Cesariana é o dobro da taxa do parto vaginal/normal, o que seria relevante ao município identificar os fatores dessa alta taxa. Um estudo sobre a escolha da via do parto e autonomia das mulheres apontam o médico como ator principal no cenário do parto e na determinação da via de parto (ROCHA; FERREIRA, 2020).

Figura 3 - Proporção de parto normal nos municípios de pequeno porte na Regional de Saúde de Belo Horizonte, 2014 a 2018



Fonte: elaboração própria conforme dados do Sinasc

Sugere-se grupo de gestantes e abordagem da ESF sobre as orientações da melhor via de parto, é fundamental que essa mulher receba informações em relação as formas opcionais para controlar a dor durante o trabalho de parto e que não há justificativa para se realizar uma cesariana apenas com esta finalidade. O Brasil é o país com uma das maiores taxas de cesarianas do mundo. A infraestrutura, os recursos tecnológicos, o processo de trabalho médico principalmente no setor privado, a remuneração médica e o lucro dessas empresas médicas estão voltados para esse modelo de assistência ao parto (QUEIROZ et al 2005; NAKANO; BONAN; TEIXEIRA, 2015).

CONCLUSÃO

É possível observar que os indicadores analisados avançaram no que se diz respeito à saúde da mulher no período 2014-2018. No entanto, muitos fatores ainda mostram-se desafiadores e devem ser estruturados para uma assistência à saúde de qualidade para as mulheres. Tendo em vista o novo financiamento da APS, espera-se que melhorias estruturais possam subsidiar o maior alcance de metas, mas além disso, estimular uma melhor assistência e adesão das usuárias do sistema de saúde.

Nota-se a importância dos indicadores analisados bem como a necessidade de investir em programas e novos estudos que estimulem qualidade em saúde para gestantes, puérperas e crianças. Sugere-se investigar as iniquidades de saúde, as situações de vulnerabilidade e desigualdades sociais nos municípios avaliados. Além disso, promover também um olhar cuidadoso ao pré-natal e questões de contracepção, planejamento familiar, acesso a informações, serviços e outros determinantes.

Por se tratar de um estudo transversal, esta pesquisa apresenta algumas limitações, como a impossibilidade de estabelecer relações causais e/ou temporais. Além disso, as informações obtidas por meio de dados secundários sempre requerem cautela. A sua qualidade pode ser prejudicada pela subnotificação e pela falta de padronização e/ou erro na coleta de dados.

REFERÊNCIAS

ANJOS, Juliana Cristine dos; BOING, Antônio Fernando. Diferenças regionais e fatores associados ao número de consultas de pré-natal no Brasil: análise do sistema de informações sobre nascidos vivos em 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S.L.], v. 19, n. 4, p. 835-850, dez. 2016.

BELO HORIZONTE. **Protocolo Pré-Natal e Puerpério**. 2a Edição. Revisão atualizada. Belo Horizonte, MG, 2019.

BRASIL. **Portaria N° 569, de 1° de junho de 2000**. Brasília, DF, 01 jul. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2004.

BRASIL. **Portaria N° 1.459, de 24 de junho de 2011**. Saúde. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 8, de 24 de novembro de 2016**. Dispõe sobre o processo de pactuação interfederativa de indicadores para o período 2017- 2021, relacionados a prioridades nacionais em saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, 2016a

BRASIL. **Portaria Nº 2.979, de 12 de novembro de 2019.** Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2019a.

BRASIL. **Nota técnica para a organização da rede de atenção à saúde com foco na Atenção Primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada- saúde da mulher parto e puerpério.** Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019b.

BRASIL, **Documento orientador Previne Brasil.** Como a equipe de saúde da família pode melhorar os indicadores de desempenho. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2020.

COUTINHO, Tadeu et al. Monitoramento do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em municípios do Sudeste brasileiro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, [S.L.], v. 32, n. 11, p. 563-569, nov. 2010.

GIL, Mariana Marcos. **Estudo da mortalidade de mulheres em idade reprodutiva no município de Ribeirão Preto.** 2012. 56 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

GOMES, Rosa Maria Teixeira; CÉSAR, Juraci Almeida. Perfil epidemiológico de gestantes e qualidade do pré-natal em unidade básica de saúde em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.L.], v. 8, n. 27, p. 80-89, 1 abr. 2013.

GUIMARÃES, Wilderi Sidney Gonçalves et al. Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 34, n. 5. 10 mai.2018

NAKANO, Andreza Rodrigues; BONAN, Claudia; TEIXEIRA, Luiz Antônio. A normalização da cesárea como modo de nascer: cultura material do parto em maternidades privadas no sudeste do Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 25, n. 3, p. 885-904, set. 2015.

OLIVEIRA, Tatina de Jesus; RIOS, Marcela Andrade; TEIXEIRA, Paloma Natal; GARNELO, Luiza. Mortalidade de mulheres em idade fértil na região de saúde de Guanambi/ BA: infraestrutura, cuidado e gestão. **Caderno Mundo da Saúde Pública**, [S.L.], v. 41, n. 14, p. 711-719, 2018.

PEREIRA, Priscila Melissa Honorato et al. Mortalidade neonatal hospitalar na coorte de nascidos vivos em maternidade-escola na Região Nordeste do Brasil, 2001-2003. **Epidemiol. Serv. Saúde**, [S.L.], v.15, n.4, p. 19-28, dez. 2006.

QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira et al. Incidência e características de Cesáreas e de partos normais: estudo em uma cidade no interior do Ceará. **Rev. Bras. Enferm.** [S.L.], v.58, n.6, p. 687-691, 2005.

ROCHA, Ivanilde. Marques Silva; BARBOSA, Vanilda Silva Souza.; LIMA, Anderson Luiz Silva. Fatores que influenciam a não adesão ao programa de pré-natal. **Revista Recien**, [S.L.], v.7, n.21, p. 21-29, 2017.

ROCHA, Natalia Fernanda Ferreira; FERREIRA, Jaqueline. A escolha da via de parto e a autonomia das mulheres no Brasil: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 44, n. 125, p. 556-568, 2020.

SOARES, Caroline Schilling et al. DEBATE ACERCA DO NOVO FINANCIAMENTO DA APS. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, [S.L.], v. 18, n. 2, p. 41-54, 26 jun. 2021.

TOMASI, Elaine et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 33, n. 3, p. 01-10, 2017.

VIELLAS, Elaine Fernandes et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 30, n. 1, p. 85-100, ago. 2014.

EIXO TEMÁTICO: TRABALHO E GESTÃO PARTICIPATIVA NA SAÚDE (TGPS)

Coodenadora: Prof^a. Dr^a. Livia Cozer Montenegro

Resumos Expandidos

II SEMINÁRIO DA PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Gestão em Saúde em Tempos de COVID-19: cenários e perspectivas
9 e 10 de dezembro de 2021

A EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO DE SAÚDE OCUPACIONAL E SEGURANÇA DO TRABALHO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PÚBLICO NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA COVID-19

Carla Patrícia Antunes Gontijo, Hospital das Clínicas da UFMG; Leonardo Pereira Garrido, Hospital das Clínicas da UFMG; Regiane Prado Ribeiro, Hospital das Clínicas da UFMG; Railina Laura Uyara Brandão Sales, Hospital das Clínicas da UFMG

PALAVRAS-CHAVE: Covid-19; Serviços de Saúde do Trabalhador; Telemedicina.

INTRODUÇÃO

A Covid-19 é denominada a doença causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, micro-organismo de alta transmissibilidade que, em curto período, se propagou por vários países e continentes, afetando grande número de pessoas. A Covid-19 foi então considerada emergência de saúde pública de mais alto nível de alerta da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2020). Para o enfrentamento desta pandemia, fizeram-se necessárias respostas rápidas e diversas para reorganização dos serviços de saúde (MEDINA *et al*, 2020). Os Serviços de Saúde do Trabalhador, por sua vez, precisaram lidar com elevado risco de exposição dos profissionais que atuam na assistência às vítimas da doença e aos pacientes em geral, relacionado aos mecanismos, ainda não bem definidos, de ação, transmissão e tratamento da Covid-19. Outros fatores dificultadores foram a testagem restrita e a inexistência de consenso sobre a transmissão por assintomáticos. Além da exposição a uma alta carga viral no contato direto com os pacientes infectados, a submissão a enorme carga de estresse ao atender esses pacientes e a condições de trabalho, frequentemente, inadequadas, subsidiou o reconhecimento dos profissionais de saúde como um grupo de risco para a Covid-19 (TEIXEIRA *et al*, 2020). Por comprometerem a autoproteção dos profissionais da saúde, foram destacados como fatores relacionados ao aumento direto ao risco de contaminação pelo novo coronavírus: a exposição repetida e prolongada a pacientes potencialmente contaminados; a intensificação da jornada de trabalho com redução de horários de pausa e descanso; a maior complexidade dos processos de trabalho, a escassez de equipamentos de proteção individual (WANG; ZHOU; LIU, 2019). Assim, diante de um cenário desafiador, cheio de incertezas e seguindo as recomendações de distanciamento social impostas pela pandemia como método mais eficaz na prevenção da transmissão do novo coronavírus, diversos departamentos nacionais de saúde pública, entre eles o Ministério da Saúde do Brasil, trouxeram destaque àquilo que era, até então, considerado um serviço de apoio ao sistema de saúde: a telessaúde e a telemedicina (SILVA *et al*, 2021). A telemedicina, compreendida como o uso de Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC), vem apresentando um crescimento global importante por fornecer serviços de atenção e educação à saúde de forma remota. Trata-se do exercício da medicina mediado por tecnologias com finalidades assistivas, educativas, com objetivos relacionados à pesquisa, à prevenção de doenças e lesões, bem como à promoção da saúde. Diante das emergências ocasionadas pela Covid-19 e como uma das medidas de enfrentamento à pandemia, foi sancionada a Lei Nº 13.989, de 15 de abril de 2020, que dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (FILHO; ZAGANELLI, 2020). Diante da necessidade de reestruturar os

Serviços de Saúde do Trabalhador, de modo a atender as demandas profissionais internas, foi implantado o Serviço de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho – Orienta SOST em um hospital universitário público situado em Belo Horizonte, Minas Gerais. Este serviço utiliza os recursos da telemedicina para a coordenação do cuidado dos profissionais que são coabitantes, suspeitos e/ou confirmados de Covid-19, de maneira que possam permanecer monitorados a partir dos seus domicílios. A recente condição de trabalho e saúde dos profissionais frente à pandemia do novo coronavírus representa uma lacuna no âmbito do conhecimento científico, sendo, portanto, necessários estudos que possam dar subsídios para ações eficazes tomadas pelos Serviços de Saúde do Trabalhador.

OBJETIVO

Este estudo tem como objetivo relatar a experiência de um Serviço de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho de um hospital universitário público no enfrentamento da pandemia Covid-19.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo descritivo, do tipo relato de experiência, elaborado a partir do trabalho executado pelos autores em um Serviço de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho de um hospital universitário público, integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS). O hospital possui em média 1780 empregados públicos efetivos, 160 empregados públicos temporários, 1165 servidores estatutários, 500 residentes e 900 terceirizados. Com a declaração de transmissão comunitária de Covid-19 em todo território nacional, o Serviço de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho do hospital em estudo adotou o serviço de teleatendimento e telemonitoramento dos profissionais com síndrome gripal/suspeita de Covid-19 ou contato domiciliar de caso suspeito e/ou confirmado de Covid-19. O objetivo do serviço é garantir o retorno ao trabalho seguro, evitando contaminação de outros trabalhadores e de pacientes atendidos na instituição. Inicialmente, o serviço ficou responsável por atender todos os profissionais, com exceção dos terceirizados, esses deveriam ser atendidos pelas equipes de saúde da sua própria empresa. O monitoramento foi iniciado em 24 de março de 2021.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A equipe responsável recebe a demanda de atendimento por meio de um endereço de e-mail criado e divulgado na instituição para esse fim. O trabalhador informa seus dados de identificação, descrevendo os sintomas e data de início. A equipe médica é responsável pelo contato com trabalhador por ligação telefônica, avaliação da história clínica epidemiológica, tomada de decisão e prestação de orientações, como realização de exame diagnóstico, indicando período de afastamento do trabalho/isolamento necessário. Os dados são registrados em prontuário e planilha eletrônica. A equipe faz monitoramento do resultado do exame e do estado clínico do profissional, avaliando aptidão para o trabalho e encaminhando para atendimento presencial quando necessário. A equipe de enfermagem realiza a notificação do caso na plataforma do Ministério da Saúde (E-SUS) e sistema de vigilância próprio do hospital. Desde janeiro de 2021, a equipe também realiza teleatendimentos, telemonitoramento e notificação de casos de trabalhadores com eventos adversos às vacinas contra Covid-19, contribuindo para a vigilância desses eventos pelos órgãos de controle. Durante o período de março de 2020 a setembro de 2021, 27 médicas, 06 enfermeiras e 02 técnicas em enfermagem foram direcionadas ao serviço de saúde ocupacional para a realização deste trabalho. No ano de 2020, foram atendidos de março a dezembro, 1174 casos de profissionais sintomáticos ou com contato domiciliar sintomático, sendo 293 casos confirmados de Covid-19 (24,9%). A média foi de 6,0 novos atendimentos por dia. Em 2021, até setembro, foram atendidos 1490 casos de profissionais sintomáticos ou com contato domiciliar sintomático, sendo 272 casos confirmados

(18,2%), com média de 7,8 atendimentos novos por dia. O protocolo de retorno ao trabalho seguro dos trabalhadores é atualizado conforme o avanço dos estudos científicos e atualizações das Notas Técnicas emitidas pela Prefeitura de Belo Horizonte (PBH), Secretaria Estadual de Saúde de MG (SES/MG), Ministério da Saúde do Brasil e *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC).

CONCLUSÃO

O serviço de teleatendimento e telemonitoramento possibilita aos profissionais do hospital em estudo a buscar atendimento sem sair de casa, contribuindo para reduzir o risco de contato com outras pessoas e minimizar as demandas de emergências e outros serviços de saúde da região. Além disso, permite monitorar os sintomas dos trabalhadores, alertando para sinais de alerta e contribui para a identificação de casos suspeitos e confirmados dos profissionais de saúde do hospital, auxiliando no retorno ao trabalho presencial.

REFERÊNCIAS

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard**. Geneva: WHO; 2020. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em: 31 out. 2021.

MEDINA, M. G.; GIOVANELLA, L.; BROUSQUAT, A. E. M.; MENDONÇA, M. H. M.; AQUINO, R.. Primary healthcare in times of COVID-19: What to do? **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 8, e00149720, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00149720>. Acesso em: 31 out. 2021.

TEIXEIRA, C. F. S.; SOARES, C. M.; SOUZA, E. A.; LISBOA, E. S.; PINTO, I. C. M.; ANDRADE, L. *et al.* *The health of healthcare professionals in coping with the Covid-19 pandemic*. **Cien Saude Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p.3465-74, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020> PMID:32876270. Acesso em: 31 out. 2021.

WANG, J.; ZHOU, M.; LIU, F. Reasons for healthcare workers becoming infected with novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) in China. **J Hosp Infect.**, Londres, v. 105, n. 1, p.100-1. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhin.2020.03.002> PMID:32147406. Acesso em: 31 out. 2021.

SILVA, R. S. et al. O papel da telessaúde na pandemia Covid-19: uma experiência brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 2149-2157, 2021. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csc/a/GZ4MV5Ffzn9m96Bj7zxc7Nh/?format=pdf>. Acesso em: 01 nov. 2021.

FILHO, D. L. B.; ZAGANELLI, M. V. Telemedicina em tempos de pandemia: serviços remotos de atenção à saúde no contexto da Covid-19. **Revista Multidisciplinar Humanidades e Tecnologias**, Minas Gerais, v. 25, p. 115-133, 2020. Disponível em: <file:///C:/Users/repra/Downloads/1290-4482-1-PB.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2021.

II SEMINÁRIO DA PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Gestão em Saúde em Tempos de COVID-19: cenários e perspectivas
9 e 10 de dezembro de 2021

ANÁLISE DE RISCO HIGIÊNICO-SANITÁRIO UTILIZANDO UMA FERRAMENTA DE BOAS PRÁTICAS NA ALIMENTAÇÃO ESCOLAR EM UMA UNIDADE DE ENSINO EM MACEIÓ

Eva Géssica Mello de Amorim, Centro Universitário Cesmac; Franciete Silva Dos Santos, Centro Universitário Cesmac; Amanda Sofia Cardoso dos Santos, Centro Universitário Cesmac

PALAVRAS-CHAVE: Alimentação Escolar; Boas práticas de Manipulação; Segurança alimentar;

INTRODUÇÃO

O Brasil passa por um período de transição epidemiológica com mudanças demográficas e nutricionais relevantes. A Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN), aponta a promoção de práticas alimentares saudáveis como uma questão importante, estando na agenda de várias políticas públicas de saúde. Essa política “articula um conjunto de programas, projetos, ações, serviços, benefícios e mecanismos”, visando questões relacionadas à insegurança alimentar, ao acesso ao alimento em quantidade e qualidade suficientes sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais. Além da oferta de alimentos equilibrados do ponto de vista nutricional, a merenda escolar deve ser segura do ponto de vista higiênico-sanitário, além disso, ações implementadas podem trazer para o município a possibilidade de criação de políticas públicas inovadoras que venham somar às existentes, e principalmente, corrigir as falhas que existem nas unidades de alimentação e nutrição (UANs). É primordial que a equipe escolar preze pelas Boas Práticas e pela infraestrutura adequada na Unidade da Alimentação Escolar (UAE), para garantir a oferta de refeições seguras, a fim de prevenir doenças e contribuir para o bem-estar físico e desenvolvimento cognitivo do escolar. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) trabalha na garantia do controle sanitário e na promoção da proteção da saúde da população, tendo em vista o regulamento técnico de boas práticas para UAN, encontrado na RDC nº 216/2004. As boas práticas devem ser adotadas em todas as etapas de produção que possam interferir na segurança do alimento, incluindo instalações, ambiente, produção, manipuladores, fornecedor, equipamentos, abastecimento de água, lixo e esgoto, recebimento, armazenamento, dentre outros. A avaliação do risco sanitário de Unidades de Alimentação e Nutrição de escolas ou risco de contaminação das refeições ofertadas nesse ambiente, permite identificar de forma mais precisa em que etapa do processo de produção é necessário. O descompasso entre os avanços nas dimensões conceituais e estruturais do PNAE revela o distanciamento entre a legislação e a realidade. Por conseguinte, o fato de uma transição não ter ocorrido efetivamente no campo estrutural tem gerado a criação de um espaço quimérico no imaginário das merendeiras, demasiado discrepante do local de trabalho ainda marcado pela precariedade. A constância de múltiplas contingências provoca improvisos e adaptações no cotidiano de trabalho, originando “microfissuras” nos limites estabelecidos pela norma institucional, e demonstra a sua insuficiente compatibilidade com o contexto socioeconômico e cultural que ainda afeta a realidade escolar.

OBJETIVO

O objetivo geral desse estudo foi descrever a vivência da discente referindo as principais situações na rotina alimentar escolar, que foram impostas pelo retorno com planejamento prévio durante a pandemia da Covid 19.

METODOLOGIA

O trabalho trás o relato da experiência acadêmica de uma discente em estágio curricular do curso de Nutrição em uma creche de pequeno porte na cidade de Maceió, durante o período de Agosto á Outubro de 2021, em meio ao cenário de pandêmico da Covid-19.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para verificar se estão sendo cumpridas as exigências da legislação vigente, no que diz respeito às Boas Práticas de Manipulação, foi aplicada a Lista de Verificação para alimentação escolar da UNIFESP, que avalia as condições higiênico-sanitárias das UANEs e tem por 6 classes temáticas designadas á estrutura física do local, equipamentos para temperatura controlada, aos manipuladores, a etapa de recebimento, aos processos e produções e a higienização ambiental. Ela define um escore que classifica a unidade de alimentação e nutrição em risco muito alto, alto, regular, baixo ou muito baixo. Analisando os principais pontos de risco visualizados na creche que venham a comprometer o estado nutricional dos alunos, e que objetivaram gerar a classificação sanitária da unidade de alimentação escolar (UAE). De acordo com a pontuação geral, a partir da análise no dia 31/08/2021 e dia 13/09/2021, foi constatado que a instituição encontra-se em situação de (Situação de risco sanitário regular na análise feita pelo escore de risco da UNIFESP). Os blocos que obtiveram piores percentuais foram: Edifício e instalações das áreas de preparo, com o aumento do percentual para, e Área de Armazenamento em Temperatura Controlada, com o aumento do percentual para (80%).

CONCLUSÃO

Tal resultado apresenta carência de medidas que possam otimizar a qualidade da alimentação preparada no local, o qual necessita que seja adequado, sendo assim essencial a realização de reformas e melhorias, além de utilização do manual de Boas Práticas para que não traga possíveis riscos nutricionais à seus comensais, se adequando as normas da legislação. Os resultados desse estudo demonstram a necessidade de maior atenção dos órgãos de controle sanitário para com as Unidades de Alimentação e Nutrição de escolas, uma vez que a alimentação ofertada nesses ambientes deve ser de qualidade nutricional e sanitária, de modo a contribuir para a saúde e rendimento acadêmico dos estudantes. A melhoria desses procedimentos ajudará no melhor controle da segurança dos alimentos e na prevenção de doenças na população estudantil, contribuindo para a promoção da saúde no ambiente escolar.

REFERÊNCIAS

MACHADO, Virgínia Campos et al. **Formação de nutricionistas: uma discussão a partir da análise e interpretação das significações constituídas pelos discentes nas atividades de estágio curricular**. 2014. Disponível em: <
<https://tedeantiga.pucsp.br/handle/handle/16152#preview-link0> > Acesso em: 24 out. 2021

MEDEIROS, Monique; DIAS, Ivanira Amaral; GRISA, Catia. Alimentação escolar na América Latina: desafios contemporâneos [apresentação]. **Revista Agricultura Familiar: Pesquisa, Formação e Desenvolvimento [recurso eletrônico]**. Belém, PA: UFPA, 2021. Vol. 15, n. 1 (jan./jun. 2021), p. 10-14., 2021 Disponível em: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/imanimundo/article/view/88519>> Acesso em: 24 out. 2021

TONETTO, Josiane Kristy. Desafios da educação básica no contexto da pandemia de covid-19: impacto no desenvolvimento do currículo e na alimentação escolar. **Salão do Conhecimento**, v. 7, n. 7, 2021. Disponível em: <https://publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/salaconhecimento/article/view/20484/19200>> Acesso em: 24 out. 2021

II SEMINÁRIO DA PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Gestão em Saúde em Tempos de COVID-19: cenários e perspectivas
9 e 10 de dezembro de 2021

ESTÁGIO CURRICULAR, UTILIZAÇÃO DE PADRÕES DE BOAS PRÁTICAS EM UM RESTAURANTE EM MACEIÓ, ALAGOAS

Eva Géssica Mello de Amorim, Centro Universitário Cesmac; Carolyne Ávila dos Santos, Centro Universitário Cesmac

PALAVRAS-CHAVE: Segurança alimentar e nutricional; alimentação coletiva; saúde pública.

INTRODUÇÃO

De modo a se renovar e de se reerguer, os restaurantes e comércios alimentícios se impuseram, no âmbito da segurança dos alimentos em cozinhas por todo o Brasil em relação a Covid-19, medidas coletivas de prevenção e proteção nos ambientes institucionais, por meio de um Plano de Contingência, impostas pelo Ministério da Saúde. O Conselho Federal de Nutrição (CRN) definiu na resolução nº380/2005 (CFN, 2005) que trás que a alimentação coletiva ocorre por meio de atividades de alimentação e nutrição realizadas em (UAN) Unidades de alimentação e nutrição. Sendo estas consideradas como unidade de trabalho ou órgão e que desempenham uma atividade relacionada à alimentação e a nutrição que são responsáveis por fornecimentos de refeições equilibradas nutricionais dentro das condições higiênico-sanitárias. Os procedimentos estratégicos para manter a qualidade do serviço oferecido é a implementação das Boas Práticas de Manipulação dos Alimentos, que segundo a RDC nº 216/2004 (RDC, 2004) é o documento que descreve todos os procedimentos que devem ser utilizados no estabelecimento, como a manutenção e a higiene das instalações, higiene e saúde dos manipuladores, medidas higiênico-sanitárias do local, controle da água, manutenção dos equipamentos e utensílios, controle de vetores e pragas urbanas. Essas estratégias têm como principal objetivo evitar a ocorrência de (DTAs) doenças transmitidas pelo consumo de alimentos contaminados, mantendo ideais as condições higiênico-sanitárias das preparações em serviços de alimentação dentro de um restaurante comercial. Nesse contexto de alimento seguro, os manipuladores de alimentos são profissionais de papel valioso, pois têm contato com os alimentos de uma forma direta ou indiretamente, as Boas Práticas de Fabricação ou Manipulação de Alimentos que são implantadas nas redes alimentícias asseguram um parâmetro básico na qualidade, assim como nos procedimentos de elaboração dos alimentos e de higiene. Sendo assim, justifica-se como necessidade, a realização deste artigo em forma de estudo de caso por meio vivência, artigos, livros para que assim sejam avaliadas as condições dos restaurantes quanto às medidas de segurança adotadas devido à pandemia da Covid-19.

OBJETIVO

O objetivo desse estudo foi descrever a experiência acadêmica da discente, norteando as principais mudanças encontradas em situações fora do cotidiano na rotina alimentar escolar.

METODOLOGIA

Este trabalho relata a vivência acadêmica de uma discente em estágio curricular do curso de Nutrição em um restaurante na cidade de Maceió, durante o período de Agosto á Outubro de 2021, em meio ao cenário de pandêmico da Covid-19. Com base em um relato de caso e estudo bibliográfico, este trabalho visa debater a relevância na adoção de padrões de Boas Práticas e características importantes envolvidas na gestão da boa qualidade em alimentos e nutrição, tal como induzem todo o processo mesmo em um período de pandemia da Covid-19, pois previnem a contaminação e reduzem o risco de doenças transmitidas por alimentos (DTAs).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O condicionante inadequado visualizado durante a vivência se fez através do descongelamento e má acondicionamento dos alimentos, onde os mesmos eram descongelados em temperatura ambiente, além de deixar os alimentos expostos sem embalagem prévia, possibilitando o risco de contaminação e contaminação cruzada que são causas principais das DTAs. As doenças transmitidas por alimentos são apontadas como um problema de saúde pública e se encaixam na lista de prováveis armas de bioterrorismo. Durante o descongelamento, modificações indesejáveis podem ocorrer nos alimentos e na matéria viva, devido a reações químicas (insolubilização de proteínas, oxidação de lipídios) ou físicas (recristalização, mudanças de volume), além das alterações que podem ser ocasionadas pelo crescimento de microrganismos, principalmente se as práticas de descongelamento são violadas. Com o mundo em estado pandêmico e com a disseminação do vírus da Covid-19, o ambiente de alimentos teve a necessidade de inovar e adotar novas formas de atender clientes e consumidores. As Unidades de Alimentação e Nutrição (UANs) que atendem restaurantes não tiveram que suspender suas atividades por se referirem de um serviço essencial, porém necessitaram se adequar á esse novo cenário e realizar mudanças ambientais, internas e teóricas. Diante disso, foi realizado uma ação educativas com apresentação oral e exposição de informativos sobre a importância do uso de embalagens e sobre o descongelamento com formato de adesivo para que fossem posicionados nos locais de descongelamento demonstrando todo o passo a passo correto de descongelamento dos alimentos além de enfatizar a temperatura correta para a realização desse procedimento e entregue uma planilha de controle. O funcionamento das boas práticas eleva a qualidade dos alimentos e a segurança nutricional dos comensais, simultaneamente com a diminuição de despesas, elevando a organização, motivando os colaboradores e fortalecendo o vínculo cliente-restaurante.

CONCLUSÃO

A pandemia da Covid-19 trouxe diversos desafios colocando toda sociedade em situações atípicas, no âmbito escolar e acadêmico não foi diferente, este estudo destaca a importância do papel do nutricionista para o sucesso das atividades nas UANs, além das vantagens estruturais, sanitárias e econômicas e sintetiza as novas recomendações atribuídas ao nutricionista, apontadas pela necessidade de combate à pandemia da Covid-19 em um cenário de distância social.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Ana Clara et al. Adequação das boas práticas de manipulação de alimentos durante a pandemia da Covid-19 em restaurantes comerciais. **Enciclopédia Biosfera**, v. 18, n. 37, 2021. Disponível em: <<https://conhecer.org.br/ojs/index.php/biosfera/article/view/5296/5156>> Acesso em 31 de out. 2021.

WEBER, Marcia et al. Adequação das boas práticas em dois restaurantes do tipo fast-food no município de São Paulo, SP, Brasil. **Brazilian Journal of Global Health**, v. 3, n. 1, p. 19-23, 2021. Disponível em: < <https://revistas.unisa.br/index.php/saudeglobal/article/view/230> > Acesso em 31 de out. 2021.

FERREIRA, Rhaissa Pinheiro; DOS REIS FRANCO, Nathália. A importância das boas práticas de manipulação dos alimentos ao combate de doenças: revisão de literatura. Disponível em: <http://www.interdisciplinaremsaude.com.br/Volume_29/Trabalho_29_2021.pdf> Acesso em 30 de out. 2021.

II SEMINÁRIO DA PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Gestão em Saúde em Tempos de COVID-19: cenários e perspectivas
9 e 10 de dezembro de 2021

ESTÁGIOS CURRICULARES: DESAFIOS NA ALIMENTAÇÃO DE ESCOLARES IMPOSTOS PELO CENÁRIO PANDÊMICO OCASIONADO PELA COVID-19

Eva Géssica Mello de Amorim, Centro Universitário Cesmac; Amanda Sofia Cardoso dos Santos, Centro Universitário Cesmac; Franciete Silva dos Santos, Centro Universitário Cesmac

PALAVRAS-CHAVE: Educação em saúde; Educação alimentar e nutricional; Saúde pública.

INTRODUÇÃO

Muitas mudanças aconteceram nos comportamentos sociais, especialmente, por conta da necessidade de re-adaptações para diminuir as taxas de novos casos causados pelo vírus Covid-19. Uma parte dessas modificações foram determinadas por legislações, especificamente colocadas em meio à diminuir o contato social, principalmente em sala de aula. Além da suspensão das aulas como consequência da mesma o impacto curricular, muitos estudantes deixaram de receber temporariamente a merenda escolar, a qual todo aluno matriculado na rede pública de educação básica tem direito garantido pelo Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE). A merenda escolar, além de fornecer nutrientes importantes, tem papel na introdução de novos alimentos, os quais muitas vezes são desconhecidos do estudante, seja por falta de acesso ou simplesmente por não fazer parte do hábito alimentar da família. Dentre programas existentes na agenda pública como forma de amenizar as consequências da fome, destaca-se o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE).

Diante disso, revela-se determinante a articulação entre os nutricionistas e os profissionais das diferentes instituições envolvidas no fornecimento de refeições escolares, de modo a garantir a prestação do melhor serviço. O papel do nutricionista durante o processo de articulação e implementação dessas medidas é indispensável, já que foram apontadas diversas falhas durante o processo de estabelecimento. Independente da esquematização não ter ocorrido da maneira esperada, as ações realizadas, no decorrer da pandemia, foram articuladas, com o intuito de assegurar a alimentação diária dos estudantes, os quais se encontravam em vulnerabilidade. Nesse sentido, a alimentação escolar brasileira cumpre um papel de proteção social, ao proporcionar a redução da fome e contribuir no crescimento e desenvolvimento biopsicossocial, na aprendizagem, no rendimento escolar, bem como colaborar na formação de práticas alimentares saudáveis, por meio de ações de educação alimentar e nutricional e da oferta de refeições que cubram as necessidades nutricionais dos estudantes no período em que permanecem na escola. As atividades de EAN devem fomentar as escolhas e práticas alimentares saudáveis de maneira voluntária pelos indivíduos, de forma a contribuir na qualidade de vida, na saúde e na aprendizagem dos escolares. Enfatiza-se a importância da participação ativa do Estado no apoio das políticas públicas de proteção das pessoas que vivem em situação de insegurança alimentar e nutricional. O atual cenário emerge a problemática de como o PNAE pode ser executado de modo a garantir a SAN aos alunos da rede pública de ensino e continuar apoiando o desenvolvimento sustentável. Assim, o objetivo do presente estudo foi discutir os desafios para execução do PNAE durante a pandemia pela Covid-19. Nesse sentido, a alimentação escolar é um dos eixos das políticas públicas específicas

destinadas a promover a Segurança Alimentar e Nutricional, contribuindo no combate à fome e à miséria. A alimentação adequada é de suma importância para assegurar o crescimento e desenvolvimento saudáveis de todos principalmente do público infantil e infanto-juvenil. Nesse sentido, essas fases da vida são consideradas os melhores períodos para o estabelecimento de hábitos de vida saudáveis, havendo maior chance de que estes comportamentos acompanhem essas pessoas ao longo de toda a vida.

OBJETIVO

O objetivo desse estudo foi descrever a experiência acadêmica da discente, norteando as principais mudanças encontradas em situações fora do cotidiano na rotina alimentar escolar.

METODOLOGIA

Este trabalho relata a vivência acadêmica de uma discente em estágio curricular do curso de Nutrição em uma creche de pequeno porte na cidade de Maceió, durante o período de Agosto a Outubro de 2021, em meio ao cenário de pandemia da Covid-19. Como estratégia ao retorno das atividades da creche, foram impostas novas metodologias e ferramentas em um pequeno espaço de tempo o que fez com que todos tivessem que se adaptar frente a essa nova realidade. Visto essa problemática buscou-se aplicar algumas atividades educativas expositivas mostrando a importância desses alimentos, que complementassem o tempo de estágio e que promovessem uma experiência mais próxima possível do ambiente de trabalho, além de criar vínculo com os alunos e executar a educação nutricional. O estágio possibilitou o acesso à novos conhecimentos para todos os envolvidos, sobre a forma de organização da escola, os quais vão além da prática de um nutricionista.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A creche oferece as refeições principais, no turno matutino são servidos lanche, almoço e sobremesa, já no turno vespertino são servidos lanche e jantar. Uma das principais mudanças encontradas foi no local na hora das refeições, que antes da pandemia da Covid-19 eram disponibilizadas de forma coletiva no refeitório da instituição, hoje a mesma é realizada de forma individual onde as merendeiras levam as preparações prontas, já porcionadas de forma que apenas a criança tenha contato direto com o alimento, as refeições são realizadas em sala. Observou-se uma pequena aceitação dos alunos, quando são servidos alguns tipos de preparações, como por exemplo: algumas frutas principalmente o (melão e mamão) e um tipo de proteína(fígado).

CONCLUSÃO

A pandemia da Covid-19 trouxe diversos desafios colocando toda sociedade em situações atípicas, no âmbito escolar e acadêmico não foi diferente, diversas orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS), Ministério da Educação (MEC) e Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) buscaram fomentar essa nova realidade. Porém, ainda se fazem necessário novas ferramentas para serem desenvolvidas, que facilitem a experiência dos alunos para que tornem mais familiares com o consumo de certos alimentos saudáveis os trazendo para seu cotidiano.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. Ministério da Educação. Alimentação e nutrição. 2017.

BRASIL. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. Ministério da Educação. Sobre o PNAE. 2017.

FNDE, Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. Conselho Deliberativo. Resolução FNDE CD nº 032, de 10 de agosto de 2006. Estabelece as normas para a execução do Programa Nacional de Alimentação Escolar (Pnae). 2006.

II SEMINÁRIO DA PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Gestão em Saúde em Tempos de COVID-19: cenários e perspectivas
9 e 10 de dezembro de 2021

ESTRATÉGIA DE TELEMONITORAMENTO PARA ENFRENTAMENTO DA COVID-19 NO SERVIÇO DE HEMODIÁLISE DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PÚBLICO DE BELO HORIZONTE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Aline Cristina Alves Dias, HC- UFMG; Livia Mari Martins Reis, HC-UFMG; Mariana Regina Pinto Pereira, HC-UFMG

PALAVRAS-CHAVE: Infecções por Coronavirus, Profissionais de Enfermagem, Telemonitoramento

INTRODUÇÃO

O surgimento da infecção pelo novo coronavírus – COVID-19 trouxe desafios para toda sociedade. A nova realidade imposta pelo vírus provocou mudanças na organização e estruturação das relações sociais. Trata-se de uma infecção sem precedentes na história que desafiou toda comunidade científica a conhecer o vírus, a doença e o tratamento em um curto período de tempo. O estado de pandemia e a velocidade de transmissão da doença tornou imperiosa uma ação globalizada para que todos os serviços e principalmente os de saúde se preparassem para atender a população. O mundo assistiu o novo coronavírus ceifar milhares de vidas diariamente em vários países, assim, entendeu-se que sem adoção de rígidas medidas de prevenção e controle da doença, nenhum sistema de saúde seria capaz de prestar a assistência necessária à população. A infecção provocada pelo novo coronavírus trouxe transformações nas relações de trabalho dos indivíduos sobretudo nos serviços de saúde que precisaram se estruturar para prestar assistência qualificada e segura tanto para os pacientes quanto para os profissionais. Neste contexto a realização do telemonitoramento diário dos pacientes renais crônicos do serviço de Hemodiálise de um Hospital Público Universitário de Belo Horizonte, para triagem de sintomas gripais e detecção de sinais/sintomas para COVID-19, antes que os pacientes se dirigissem ao hospital para realização de seu tratamento dialítico, possibilitou a organização da assistência e preparação para receber possíveis casos suspeitos de COVID-19 de maneira adequada, resguardando os profissionais e os outros pacientes.

OBJETIVO

Relatar a estratégia de telemonitoramento dos pacientes para triagem de sintomas gripais dos pacientes do serviço de Hemodiálise de um Hospital Universitário Público de Belo Horizonte– MG em virtude da pandemia ocasionada pela COVID-19.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, baseado no relato de experiência vivenciado pela Equipe de Enfermagem do setor de Hemodiálise de um Hospital Público Universitário de Belo Horizonte. Para execução do trabalho de telemonitoramento foram criados mecanismos para controle das ligações, questionário com perguntas a serem feitas aos pacientes, definição de

escalas para realização dos telefonemas, delimitação do objetivo e importância do contato tanto para os pacientes como para os profissionais da instituição.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O serviço de hemodiálise iniciou o telemonitoramento diário dos pacientes para triagem de sintomas gripais no intuito de reduzir o risco de transmissão da doença e possibilitar a adequação do atendimento aos casos suspeitos. Os contatos iniciaram no mês de abril de 2020 e serão mantidos enquanto durar o estado de emergência ocasionado pela pandemia. O trabalho de telemonitoramento repercutiu positivamente na condução e assistência correta dos pacientes e para os profissionais da saúde que estão na linha de frente de atendimento aos pacientes. A fim de capacitar os profissionais técnicos de enfermagem que realizariam o contato telefônico, foi descrito pelas enfermeiras nefrologistas um fluxo de triagem telefônica aos pacientes da hemodiálise para rastreamento de sinais e sintomas da COVID-19 e encaminhado a cada uma via e-mail para nortear a execução do processo. A triagem correta permitiu a redução do risco de transmissão da COVID-19 para os outros pacientes e também para os profissionais da instituição. As ligações foram distribuídas pela equipe conforme a escala de trabalho das profissionais. Os horários das ligações foram divididos em três turnos: manhã (de 07 às 09h) para os pacientes que dialisam no 2º turno – 11h. À tarde (13 às 14h30min) para os pacientes que dialisam no 3º turno (16h) e à noite (18h às 20h) para os pacientes que dialisam no 1º turno do dia seguinte – 6h. Foram elaboradas planilhas contendo o nome completo de cada paciente, data de nascimento, o turno da terapia, os números de contato telefônico e o horário preferencial da ligação. Ao realizar o contato, era aplicado um questionário com quatro perguntas para rastreamento dos sintomas:

- 1) Você apresentou sintomas gripais desde a última sessão de diálise como tosse seca, coriza, dor de garganta, dores no corpo ou falta de ar?
- 2) Você apresentou episódios de febre nos últimos dias?
- 3) Algum familiar ou pessoa de seu convívio próximo apresentou sintomas gripais nos últimos dias?
- 4) Algum familiar ou pessoa de seu convívio próximo apresentou diagnóstico de Infecção por Coronavírus?

O profissional deveria alimentar a planilha com os seguintes dados: (S) Sim ou (N) Não. (NA) no caso de não atendimento ao contato telefônico após três tentativas ou (IT) no caso de paciente hospitalizado e que não receberia o contato telefônico.

No caso de resposta afirmativa para qualquer pergunta, o profissional descrevia na planilha, no local apropriado os sintomas apresentados, data, início dos sintomas e outras observações pertinentes. A presença de qualquer sintoma gripal era condição para realização de contato com o enfermeiro de plantão na unidade, responsável pelo paciente. Esse contato era realizado pelas enfermeiras da equipe em trabalho remoto, seja por telefone ou através da plataforma de mensagem do grupo de Enfermeiras da Hemodiálise. O paciente com relato de sintomas era orientado a ir ao hospital utilizando máscara e deveria aguardar na área sinalizada na unidade para receber pacientes com sintomas gripais até avaliação médica. As refeições eram realizadas separadamente dos outros pacientes em local destinado especificamente para esses casos. Após avaliação médica o paciente com quadro suspeito seria encaminhado para sala específica de diálise, com funcionário exclusivo, evitando assim risco de transmissão para outros pacientes. Após a sessão, o paciente seria avaliado com possibilidade de ser encaminhado para internação hospitalar. As ligações diárias realizadas pela equipe permitiram o fortalecimento do vínculo com os pacientes e contribuíram efetivamente com o trabalho dos profissionais que estavam atuando presencialmente bem como possibilitou a redução do risco de transmissão da doença. Foram criadas Instruções Técnicas de Trabalho específicas para assistência ao paciente suspeito ou confirmado de COVID-19, tanto para os casos atendidos

no salão de hemodiálise quanto para os casos agudos atendidos nos setores que assistem pacientes críticos na instituição. Para os profissionais do serviço foram ministrados treinamentos específicos para assistência aos pacientes suspeitos ou confirmados COVID-19.

CONCLUSÃO

A pandemia impactou a rotina do serviço de diálise e de seus pacientes. Foi necessária adequação da estrutura física e material, ajuste da escala de funcionários e principalmente, agir de forma ativa nas orientações aos pacientes e busca de possíveis sintomáticos. Apesar dos grandes desafios, o telemonitoramento e trabalho de toda a equipe foram fundamentais para condução do cuidado ao paciente, redução do risco de transmissibilidade da doença e garantia da segurança de profissionais e pacientes do serviço. A enfermagem precisou ressignificar seu trabalho, para executá-lo em novos moldes e trazer contribuições substanciais para comunidade hospitalar e sociedade de um modo geral. A experiência de telemonitoramento executado pela equipe de enfermagem do serviço de Hemodiálise, demonstrou que é possível a enfermagem ocupar de maneira exitosa um espaço antes não imaginado para esta profissão e contribuir consideravelmente com as atividades realizadas na instituição. As ligações diárias para os pacientes com intuito de pesquisar sintomas gripais para COVID-19 auxiliaram efetivamente no direcionamento da equipe de trabalho para correta tratativa dos casos e condução dos fluxos de atendimento dos pacientes. Foi possível direcionar a assistência prestada aos pacientes através da organização dos processos de trabalho, de acordo com o quadro apresentado pelo paciente previamente detectado e ainda estruturar as ações no que tange a segurança dos profissionais e pacientes assistidos no serviço. Ratificando o fato de que o acompanhamento sistemático destes pacientes e as orientações adequadas contribuíram para redução do risco de transmissão da doença e o correto encaminhamento dos casos suspeitos.

REFERÊNCIAS

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública. Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (COE-nCoV). Especial: doença pelo Coronavírus 2019. Boletim Epidemiológico. Brasília, DF, 2020 Abr 6 [citado em 25 Abr 2020];7:1-28. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/06/2020-04-06-BE7-Boletim-Especial-do-COE-Atualizacao-da-Avaliacao-de-Risco.pdf>. Acesso em 25 de outubro 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica: emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo Coronavírus 2019: vigilância integrada de Síndromes Respiratórias Agudas: doença pelo Coronavírus 2019, influenza e outros vírus respiratórios. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 3 Abr 2020. 37 f. [citado em 25 Abr 2020]. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/07/GuiaDeVigiEpidemC19-v2.pdf>. Acesso em 28 de outubro 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Coronavírus COVID-19: protocolo de manejo clínico do Novo Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde: versão 8. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Abr 2020 [citado em 25 Abr 2020]. 41 f. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/22/20200422-ProtocoloManejo-ver08.pdf>. Acesso em 28 de outubro 2021.

II SEMINÁRIO DA PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Gestão em Saúde em Tempos de COVID-19: cenários e perspectivas
9 e 10 de dezembro de 2021

ESTRESSE, EXAUSTÃO PROFISSIONAL E COPING DE ENFERMEIROS NO CONTEXTO DA PANDEMIA COVID-19 EM UMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DE LISBOA/PORTUGAL

Vívian Carlech Melo Oliveira, ISEC-LISBOA; Hernâni Artur Veloso Neto, ISEC-LISBOA;
Karla Rona da Silva, UFMG

PALAVRAS-CHAVE: Estresse; Exaustão Profissional; Coping.

INTRODUÇÃO

As autoridades de saúde internacionais, assim como os governantes, avaliaram o ano de 2020 como um ano completamente atípico e sem precedentes em todo o mundo, uma conjuntura de muitas incertezas com a expansão de uma doença causada por vírus. As maiores incertezas dizem respeito ao combate a pandemia Covid-19 como também os impactos sociais e econômicos que essa pandemia poderia resultar. Fazer previsão diante de um cenário mundial tão incerto tornou-se uma tarefa árdua nos anos de 2020/2021, pois os fatores que podem variar são muitos comprometendo grande parte das metodologias usualmente aplicadas para fazer previsões (WHO, 2019). O contexto mundial vem mudando constantemente, sendo necessárias adaptações dos sistemas e pessoas, situações novas e incertezas surgem a cada momento e esses fatores podem aumentar o stresse já presente nos seres humanos. O indivíduo precisa acompanhar esses novos acontecimentos e suas respostas advêm de componentes psicológicos, físicos, mentais e hormonais, quando o indivíduo tem incapacidade para se adaptar ou sofre desgaste devido a isso, o stresse se torna negativo conhecido como *distresse* (LA CRUZ, DE; ABELLAN, 2019). Neste estudo considera-se o conceito de estresse enquanto sinónimo de *distresse*, tal como é feito em Portugal, ou seja, na perspetiva negativa do significado (CARVALHO; NETO, 2018). O estresse relacionado ao trabalho vem se tornando destaque nos últimos anos e é crescente a preocupações para muitos trabalhadores a nível mundial. A Agência Europeia para Segurança e Saúde no Trabalho em 2017 fez um alerta importante a respeito do tema além de trazer estimativas recentes mostrando que aproximadamente 50% dos trabalhadores europeus consideram o stresse como uma situação habitual no local de trabalho e que os efeitos nocivos incluem uma crescente taxa de lesões e acidentes de trabalho, assim como o aumento do absentismo e do presentismo. Ao longo do século XXI as investigações e a prática vêm demonstrando frequentemente que tal sofrimento em grande parte pode ser evitável (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2019). Com o aumento da carga e intensidade de trabalho, há um potencial de impacto negativo sobre os estados de saúde e bem-estar dos trabalhadores, podendo contribuir para exaustão profissional. Já os esforços e estratégias utilizadas pelas pessoas “para controlar, reduzir ou aprender a tolerar as ameaças que conduzem ao estresse”, isto é, de forma consciente ou inconsciente, a pessoa procura mecanismos de defesa diante de situações estressantes, é conhecida como coping (FELDMAN, 2001, p.513). Nesta perspectiva, entende-se ser relevante analisar os fatores de risco psicossocial, com foco no estresse, exaustão profissional e coping, que os enfermeiros de uma Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios de um Hospital na grande Lisboa estão expostos em um contexto de pandemia Covid-19 no ano de 2020, com vias a propor ações de

intervenção e, conseqüentemente, contribuir para a gestão organizacional. Esse estudo também se mostra importante diante do cenário único que o mundo se encontra (pandemia Covid-19) e pela lacuna existente na literatura científica, uma vez que existe um número reduzido de pesquisa nessa especificidade, mas que puderam nortear sua discussão. Além da vinculação atual do mesmo aos propósitos de pesquisa que contemplam a articulação entre segurança e saúde no trabalho nos serviços de prestação de cuidados de saúde, âmbito em que se ancora o objeto dessa investigação.

OBJETIVO

Avaliar o nível de exposição ao estresse, exaustão profissional e coping dos enfermeiros de uma Unidade de Cuidados Intensivos no período de pandemia Covid-19, ocorrido no período de Janeiro a Setembro de 2020.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e correlacional, transversal, com abordagem quantitativa. A questão de partida que norteou esta pesquisa foi: Quais os níveis de estresse, exaustão profissional e coping dos enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos no cenário de pandemia Covid-19 no período de Janeiro a Setembro de 2020? A população do estudo foi constituída de todos os enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos em um hospital geral da grande Lisboa/Portugal e a amostra foi composta por todos os enfermeiros dessa unidade, respeitando os critérios de inclusão que foram: os enfermeiros com um mínimo seis meses de atividade profissional na unidade selecionada para o estudo e que estejam em situação de exercício efetivo das suas funções. Como critérios de exclusão foram considerados os profissionais em licenças por motivos de saúde/gestação, férias, e opção por não participar da pesquisa. Diante dos critérios apresentados foram excluídos da pesquisa 1 enfermeiro por Licença maternidade, 4 por contrato temporário de trabalho. O universo constituiu-se de 35 enfermeiros, tendo sido obtidas 34 respostas ao questionário, totalizando um percentual de 97% de participação. A investigação foi realizada no referido Hospital após autorização da Comissão de ética e executiva. Os dados foram organizados em planilha Excel e posteriormente foi efetuada a análise e tratamento dos dados através do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 23.0, com cálculo das frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central e variabilidade, teste de fiabilidade, testes de associação e testes de correção.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra é majoritariamente feminina (82,4%) e a idade variou entre os 23 e os 58 anos. Cerca de 64,7%, além do trabalho como enfermeiro, fazem atividades domésticas diariamente. Os níveis de estresse e exaustão evidenciado foi moderado, tal como a capacidade de coping. Denotou-se uma interrelação parcial entre o nível de fadiga laboral, de estresse laboral e de exaustão reportado pelos enfermeiros inquiridos com o sentimento de segurança e exigência do trabalho no atual contexto de pandemia. Também se evidenciou uma correlação entre o sentir-se sobrecarregado de trabalho durante a pandemia e o foco de coping emocional. Quanto maior o sentimento de sobrecarga maior o foco na gestão das emoções. Ainda assim, a capacidade de coping dos enfermeiros inquiridos não parece influenciar o seu sentimento de segurança e a exigência percebida do trabalho no atual contexto de pandemia. A sobrecarga de trabalho, o medo da incerteza, a falta de informação relevante e a falta de realização profissional foram os principais fatores evidenciados com potencial de relação com as exigências do contexto pandêmico. Esta situação merece devida atenção, podendo, no quadro atual de agravamento da pandemia, ter uma maior repercussão negativa nos enfermeiros se os fatores identificados não forem resolvidos. Para esse efeito foram propostas

algumas medidas de controle da exposição a riscos psicossociais do trabalho neste grupo de profissionais, como: melhoria das condições de trabalho até obter recursos para prestação da assistência, treinamentos adequados, otimização das exaustivas jornadas de trabalho e meio propício para o descanso dos profissionais.

CONCLUSÃO

Os níveis de estresse e exaustão profissional foram moderados; e a capacidade de coping baixa-moderada para esse grupo de enfermeiros investigados no contexto da pandemia Covid-19. Tendo em vista os principais fatores que influenciaram de forma negativa tais resultados, pode-se destacar o nível de cansaço antes e após a jornada de trabalho, a realização de trabalho por turnos, conflitos com colegas/chefias, falta de informação clara e consistente mediante ao cenário de pandemia e o medo. Apesar da presente investigação ter confirmado parcialmente as hipóteses, mostra-se relevante, pois, a identificação precoce dos riscos como ação de suma importância para evitar maiores complicações na saúde física e mental dos profissionais e, sendo ainda mais importante em um período de pandemia.

REFERÊNCIAS

CARVALHO, D. T.; NETO, H. V. Fadiga, stresse, burnout e estratégias de coping num serviço social de uma IPSS Fatigue, stress, burnout and coping strategies in a Social Service of an IPSS. **International Journal on Working Conditions**, 15, 114–129, 2018

FELDMAN, S. **Psicologia da saúde: stress, coping e saúde**. Compreender a psicologia. 5 ed. Lisboa: McGraw-Hill, 2001.

LA CRUZ, S. P.; ABELLAN, M.V. Desgaste profissional, stress e satisfação no trabalho do pessoal de enfermagem em um hospital universitário. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. 23:3,543–552, 2019.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Segurança e Saúde no Centro do Futuro do Trabalho**, 2019. Disponível em <http://dgs.pt/saude-ocupacional/documentosso/relatorio-oit-abril-2019-pt-pdf.aspx>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Novel Coronavirus (2019-ncov): strategic preparedness and response plan for the South-east Asia Region**. 373-426. Genebra: WHO, 2019.

II SEMINÁRIO DA PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Gestão em Saúde em Tempos de COVID-19: cenários e perspectivas
9 e 10 de dezembro de 2021

GESTÃO PARTICIPATIVA E O DIAGNÓSTICO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: UM MODELO COM ABORDAGEM DE MÉTODOS MISTOS

Thaiane Almeida Silva Pol, Universidade Federal do Paraná – UFPR; Karla Crozeta Figueiredo, Universidade Federal do Paraná – UFPR; Rebeca Iwankiw Lessa Beltran, Universidade Federal do Paraná – UFPR; Cleide Straub da Silva Bicalho, Universidade Federal do Paraná - UFPR

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do paciente; Gerenciamento de enfermagem; Métodos mistos

INTRODUÇÃO

O diagnóstico da cultura de segurança do paciente é primordial para a programação de ações e estratégias que possam assegurar uma assistência livre de danos ao paciente. Em busca de decifrar o fenômeno cultura de segurança do paciente, desenvolveu-se um modelo misto de diagnóstico de cultura de segurança do paciente em uma pesquisa metodológica de Mestrado Acadêmico. O modelo adota uma abordagem híbrida na busca de unir ambos os componentes metodológicos para explorar os dados de cultura de segurança nas organizações de saúde.

OBJETIVO

Objetiva-se tecer considerações sobre a aplicação de um modelo de diagnóstico da cultura de segurança do paciente, baseado na abordagem de métodos mistos.

METODOLOGIA

Trata-se de um ensaio reflexivo sobre a aplicação do modelo misto de diagnóstico e a gestão participativa em organizações de saúde. Conceitua-se este modelo de gestão como um processo de desenvolvimento coletivo das ações, envolvendo a inclusão de todos os setores ou grupos no compartilhamento, planejamento e desenvolvimento das atividades que abrangem a resolução de problemas e assim, proporcionam a estimulação do trabalho em equipe. Foram realizadas duas rodadas de consenso, mediante a técnica Delphi online, para validação por especialistas na temática. O valor do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) adotado foi de 0,85. Os juízes foram selecionados a partir da plataforma do currículo Lattes e foram incluídos na amostra aqueles que obtiveram o mínimo de cinco pontos no critério de seleção de *experts* de Joventino (2010). As avaliações foram realizadas via plataforma *Survey Monkey*® e a comunicação entre juízes e pesquisadora se deu através de envios individualizados de *e-mails*.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As médias dos escores obtidos para cada item avaliado na primeira e segunda avaliação foram, respectivamente, 0,74 e 0,92. A taxa de consenso entre os juízes foi de 100% na segunda rodada da Delphi, quanto a aparência e conteúdo do Modelo Misto. Dentre os desenhos disponíveis na abordagem de métodos mistos, adotou-se o desenho sequencial explanatório para a condução do diagnóstico da cultura de segurança do paciente. Este

desenho adota a notação QUAN→qual, o que indica a relação entre as fases do procedimento de coleta de dados, que se dá em sequência e com maior ênfase à primeira fase de pesquisa - quantitativa, visto que a coleta de dados qualitativos depende dos dados numéricos previamente coletados. A escolha deste desenho partiu da necessidade de explorar as porcentagens que revelam as fragilidades e potencialidades da cultura, posto que a etapa qualitativa demanda explanação adicional aos resultados da análise estatística dos questionários. O Modelo Misto compreende, portanto, duas fases de pesquisa: quantitativa, com a aplicação de questionários, e qualitativa, com a execução de entrevistas individuais com os profissionais de saúde das unidades/setores a serem investigados. Quanto às técnicas de amostragem, na fase quantitativa deve-se proceder ao cálculo amostral, baseando-se no quantitativo e na estratificação - a nível hierárquico e por profissão - de profissionais a serem inclusos. Já na fase qualitativa o pesquisador é livre para definir a amostragem, podendo ser por conveniência. Um pré-requisito, no entanto, é que os participantes a serem entrevistados devem ter previamente participado do preenchimento do questionário de clima/cultura. Isto implica que, o participante tenha ciência das questões que estão sendo exploradas, devido ao intuito de dar seguimento - *follow up* - dos resultados prévios. A abordagem de métodos mistos se mostra adequada a ser aplicada nas pesquisas avaliativas da cultura de segurança do paciente, pois tem o potencial de explorar e explicar os resultados comumente obtidos por meio de questionários de clima de segurança do paciente. O Modelo Misto recomenda fortemente a inclusão de indivíduos-chave no processo de segurança e qualidade da assistência, como os responsáveis pelo Núcleo de Segurança do paciente da organização de saúde, e os profissionais que exercem chefia imediata em suas unidades. Estes últimos são fundamentais para a realização do diagnóstico, visto que deverão estar envolvidos no preenchimento dos questionários e adicionalmente, participar de entrevista junto ao gestor responsável pela pesquisa, o que enfoca a gestão participativa para a aplicabilidade do modelo e a realização do diagnóstico de cultura de segurança do paciente. Quanto à parte que cabe aos gestores do NSP, inclui-se elaborar o cronograma e periodicidade para realização da pesquisa de diagnóstico, estabelecer os setores/unidades a serem pesquisadas, o(s) responsável(is) pela distribuição dos questionários de clima nos locais elencados, e condução das entrevistas individuais.

CONCLUSÃO

Conclui-se que um modelo de diagnóstico com utilização do desenho sequencial explanatório permite obter maior profundidade no que diz respeito aos aspectos subjetivos da cultura, como as percepções dos profissionais. Além disso, permite identificar os problemas com superior acurácia e aumentar o intervalo entre as avaliações da cultura de segurança do paciente. Com a gestão participativa o processo avaliativo torna-se mais eficiente, posto que possibilita a realização da pesquisa por seus próprios membros, permitindo o compartilhamento de dados e experiências dos envolvidos para a tomada de decisão compartilhada sobre os rumos da segurança do paciente na organização. As contribuições e implicações para o campo da gestão de serviços de saúde recaem sobre a relevância do envolvimento dos profissionais e gestores, que atuam de forma integrada, participando nas ações preventivas e corretivas, facilitando as estratégias de controle e fortalecimento da segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

CRESWELL, J.W. *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.

CRESWELL, J.W.; PLANO CLARK, V.L. *Designing and conducting mixed methods research*. 2nd Ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc., 2011.

CRESWELL, J.W. *A concise introduction to mixed methods research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc., 2015.

CRESWELL, J.W, PLANO CLARK, V.L. *Pesquisa de métodos mistos*. 2 ed. Porto Alegre: Penso; 2013.

CRESWELL, W.J.; CRESWELL, J.D. *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Fifth edition, SAGE; Los Angeles, 2018.

JOVENTINO, E.S. *Construção e validação de escala para mensurar a autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil*. 2010. 242 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

PASQUALI, L. *Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas*. Porto Alegre, Brasil: Artmed, 2010.

RUSSO, G.M. *Diagnóstico da cultura organizacional: o impacto dos valores organizacionais no desempenho das terceirizações*. Rio de Janeiro: Alta Books, 2017.

SILVA, M.I.S.; VILAR, R.L.A.; TEODOSIO, S.S.S.; SILVA, H.M.M.D.; COSTA, J.F.S. A gestão participativa no SUS: uma revisão integrativa. *REAS, Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2018. Disponível em: <<https://www.acervosaude.com.br/doc/REAS248.pdf>>

SCHEIN, E.H. *Guia de sobrevivência da cultura corporativa*. Rio de Janeiro: José Olympio, 2001.

II SEMINÁRIO DA PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Gestão em Saúde em Tempos de COVID-19: cenários e perspectivas
9 e 10 de dezembro de 2021

O IMPACTO DOS ERROS DE REGISTRO NAS COBERTURAS VACINAIS: PROCESSO DE AVALIAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE NAS UNIDADES DE SAÚDE

Jéssica Soares dos Anjos Barboza – Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas;
Sandra Maria da Silva Ferreira – Secretária Municipal de Saúde de Maceió; Joyse Márcia da
Silva Marques – Secretária Municipal de Saúde de Maceió; Maria Lucélia da Hora Sales –
Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas

PALAVRAS-CHAVE: Cobertura Vacinal; Educação permanente; Gestão de Serviços de Saúde.

INTRODUÇÃO

As salas de vacina das Unidades de Saúde são locais onde dados são gerados, sendo transmitidos da instância municipal até a nacional. Desse modo, faz-se necessário que os vacinadores tenham habilidade de manusear os sistemas de informação utilizados a fim de realizar o registro correto das informações. Destaca-se que a avaliação das informações geradas possibilita aos técnicos e gestores o monitoramento das atividades de vacinação, subsidiando o planejamento e a programação das ações e intervenções. É importante ressaltar que a qualidade e a fidedignidade de um indicador estão diretamente relacionadas com a qualidade dos dados coletados. Em relação à imunização, são comuns os erros no registro de doses aplicadas no tocante ao esquema vacinal ou mesmo a ausência do registro da dose. É a partir desse dado que se constroem os indicadores de imunizações, por isso, se elas não forem adequadamente registradas, as coberturas vacinais poderão ser superestimadas ou subestimadas. O módulo de vacinação do PEC/e-SUS, utilizado nas salas de vacina das Unidades Básicas de Saúde do município de Maceió, possibilita a organização do processo de trabalho com o registro das vacinas, imunoglobulinas e soros que fazem parte do Programa Nacional de Imunização (PNI) do Ministério da Saúde, contribuindo, dessa forma, para o controle, erradicação e eliminação de doenças imunopreveníveis. O registro da vacina no fluxo de atendimento do PEC é ativado pela opção “Vacina” marcada no momento da inclusão do cidadão na lista de atendimento ou nos blocos de desfecho da escuta inicial e atendimentos realizados na UBS. Os dados gerados através do e-SUS migram para o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI *web*), que visa gerenciar a qualidade das informações do vacinado no decorrer da sua vida, a notificação das vacinas agendadas e em atraso, a vigilância ativa dos eventos adversos pós-vacinação (EAPV), o controle da validade dos imunobiológicos e o lote das vacinas em uso e no estoque, além dos erros de registro.

OBJETIVO

Descrever as atividades realizadas por uma Gerência de Imunização a fim de detectar, avaliar e intervir junto aos erros de registro de vacinação cometidos por Unidades de Saúde, a fim de melhorar as coberturas vacinais.

METODOLOGIA

Trata-se de relato de experiência de atividades desenvolvidas na Gerência de Imunização da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió com apoio da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. Foi realizado levantamento dos erros de registro em vacinação de rotina através do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI Web). Ao realizar o login no sistema, selecionou-se VACINAÇÃO-RELATÓRIOS-ERROS DE REGISTRO-UNIDADE DE SAÚDE a ser avaliada. Realizou-se avaliação dos erros de registro do 1º semestre (janeiro a julho) de 2021. Foi elaborado relatório individual de cada US explicitando os erros de registro e a correta recomendação do Ministério da Saúde através da Instrução Normativa de Vacinação (2020). Posteriormente foram realizadas visitas a todas as Unidades de Saúde do município a fim de discutir as informações contidas no relatório e as possíveis dúvidas quanto aos sistemas de informação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As Unidades de Saúde de Maceió utilizam o módulo de vacinação PEC/e-SUS para realizar os registros nas salas de vacina. Estes dados, por sua vez, migram para o SI-PNI que permite então, realizar levantamento de relatórios com os erros de registro de cada Unidade, em determinado período. Ao realizar este levantamento foram identificados erros referentes a: 1. Registros fora da idade recomendada para o imunobiológico, principalmente referente a vacina Hepatite B em recém nascidos, HPV e meningocócica ACWY; 2. Confusão no registro das doses de Reforço, por vezes registradas como Doses, principalmente em relação a VOP; 3. Erros no registro da estratégia da vacinação, principalmente da dose zero da vacina Tríplice Viral, que tem estratégia Intensificação e 4. Erros no registro de imunobiológicos administrados fora da faixa etária de rotina, principalmente no registro das vacinas Meningocócica Conjugada C e Pneumocócica 10 Valente em maiores de 1 ano. Realizar essa avaliação e discuti-la com os vacinadores in loco foi de grande importância visto que no momento da visita, foram esclarecidas outras dúvidas referentes aos sistemas de informação. Foi detectado, por exemplo, que alguns vacinadores não vinham realizando o correto registro tardio da vacinação, isto é, aqueles imunobiológicos que não puderam ser inseridos no sistema no momento da administração, seja por instabilidade do sistema ou da internet da instituição. Durante as visitas ainda foi possível frisar que o e-SUS APS não permite fazer a exclusão de nenhum registro salvo, desse modo, a equipe da sala de vacina deve estar atenta quanto a estes erros, visto que os mesmos não são considerados para a cobertura vacinal.

CONCLUSÃO

Qualquer programa de saúde somente se mantém com desempenho adequado se for continuamente monitorado e aperfeiçoado. Intervir quanto aos erros de registro é uma das estratégias a serem adotadas pelos Programas de Imunização para elevar as coberturas vacinais. A fim de manter um sistema de informação com dados fiéis torna-se necessário discutir com os profissionais medidas que possam contribuir para a fidelidade dos dados informados através de capacitação dos profissionais que atuam em sala de vacina; oferta de condições estruturais e de material adequadas para o funcionamento da sala de vacina, além de aumentar a participação do enfermeiro na rotina da sala de vacina.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. *Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação*

/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *E-SUS Atenção Básica: Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC – Versão 3.1* [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria-Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde. *Perguntas frequentes sobre registro de vacinas no e-SUS APS*. 2021. Disponível em <https://atencao basica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202108/05123304-perguntas-frequentes-sobre-registro-de-imunizacoes.pdf>. Acesso em 05 de Outubro de 2021.

EIXO TEMÁTICO: TRABALHO E GESTÃO PARTICIPATIVA NA SAÚDE (TGPS)

Coodenadora: Prof^a. Dr^a. Lívia Cozer Montenegro

Artigos

II SEMINÁRIO DA PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Gestão em Saúde em Tempos de COVID-19: cenários e perspectivas
9 e 10 de dezembro de 2021

O TELEATENDIMENTO COMO ESTRATÉGIA DE FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A PANDEMIA PELA COVID-19: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE

Caroline Schilling Soares; Carolina Serravite Irrthum; Edmundo Gustavo Cipriano de Araújo; Warley Aguiar Simões

RESUMO

A pandemia da COVID-19 impôs o contingenciamento de algumas atividades desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde (APS), coincidindo com um movimento simultâneo de redução expressiva da demanda assistencial, por outras queixas, pelos usuários. Uma das estratégias propostas pelo município de Belo Horizonte foi o uso da telessaúde, por meio do atendimento por áudio-vídeo, para ampliar o acesso e dar continuidade ao acompanhamento dos usuários. A metodologia deste artigo consiste em um relato de experiência. Foram apresentados aspectos de destaque no desenvolvimento da experiência e os processos estruturantes para a ampliação da oferta dessa modalidade pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH). Dois grandes grupos beneficiados, inicialmente, com o teleatendimento e telemonitoramento foram os usuários com condições crônicas e aqueles que se enquadravam em casos suspeitos de COVID, uma vez que essa iniciativa buscou fortalecer e intensificar as ações em consonância aos atributos da APS. Considera-se que a iniciativa em busca de soluções factíveis e oportunas foi o diferencial deste município no enfrentamento a essa crise sanitária. Frente aos desafios identificados na implementação da proposta e aqueles apresentados à luz da literatura, considera-se: aspectos culturais e o pouco conhecimento acerca dessa modalidade de atendimento, necessidade de investimento para a formalização e divulgação dos marcos regulatórios acerca da telessaúde, variabilidade na adesão à modalidade por usuários e profissionais, dentre outros. Embora ainda existam aspectos que necessitam de maior atenção, investimento e readequações, os resultados alcançados refletem a complexidade, cada vez maior, que envolve o cuidado à saúde e as perspectivas práticas na organização e ampliação da capacidade de resposta dos serviços de saúde às demandas e necessidades da sociedade. Destaca-se que o conjunto de elementos da telessaúde representa benefícios tanto para a prática assistencial, quanto para a gestão dos serviços de saúde. Espera-se que essa experiência seja capaz de incentivar a prática e estimular a continuidade de debates, reflexões e estudos sobre a implementação de ferramentas e estratégias que contribuam com a organização do trabalho em rede, o envolvimento e sensibilização dos profissionais e a melhoria na qualidade do cuidado ofertado.

PALAVRAS-CHAVE OU DESCRITORES: Telemedicina; Atenção Primária à Saúde; COVID-19.

INTRODUÇÃO

O modelo público de ações e serviços de saúde no Brasil é constituído pelo Sistema Único de Saúde (SUS), orientado pelos princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012). O SUS é organizado em três níveis de

atenção: Atenção Primária, Atenção Secundária e Terciária, os quais devem ser estruturados em Redes de Atenção à Saúde (RAS), com vistas à integração dos cuidados de saúde prestados à população (MENDES, 2011; NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

A Atenção Primária à Saúde (APS) refere-se a um conjunto de práticas integrais em saúde nos âmbitos individual, familiar e coletivo, orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS. As atividades desenvolvidas na APS envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, e visam a impactar na situação de saúde, na autonomia dos usuários e nos determinantes e condicionantes de saúde. A Atenção Primária deve ser a porta de entrada preferencial no sistema de saúde e a ordenadora da RAS (BRASIL, 2017; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; MENDES, 2012). A abordagem da Atenção Primária estabelece a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde. Dessa forma, a APS aborda os problemas mais comuns na comunidade, respondendo a demandas bastante diversificadas e complexas. Este nível de atenção apresenta grande resolubilidade, ao atender mais de 80% dos problemas de sua população, com tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade (BRITO; RODRIGUES; FILHO, 2017; MENDES, 2012; STARFIELD, 2002).

O município de Belo Horizonte apresenta uma extensa rede de atenção à saúde, cuja organização e monitoramento da oferta de serviços ocorre em nível local, regional e central. Para gestão e planejamento da cidade, Belo Horizonte é subdividida em nove áreas administrativas, originando as nove Regionais de Saúde, a saber: Barreiro, Centro Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população estimada do município é de 2.512.070 habitantes. A cobertura dessa população por equipe de Saúde da Família (eSF) é de 81,3% e por equipes de Atenção Primária (eAP), de 100% (BELO HORIZONTE, 2018, 2020a). A Atenção Primária à Saúde da capital mineira está estruturada com 592 eSF, 308 equipes de Saúde Bucal (eSB), 82 equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), 4 equipes de Consultório de Rua (eCR), 152 Centros de Saúde e 79 Academias da Cidade (BELO HORIZONTE, 2020a).

Desde 2002, o município optou pelo modelo de Estratégia de Saúde da Família (ESF) para organização da Atenção Primária, com vistas à ampliação do acesso da população ao sistema de saúde, promoção do cuidado integral e estímulo à vinculação do usuário aos serviços ofertados. Desde a implantação da ESF, a organização da atenção à saúde ocorre a partir da definição de áreas de abrangência vinculadas aos Centros de Saúde e às equipes de Saúde da Família (BELO HORIZONTE, 2018). Dessa forma, a implementação de programas, ações e serviços de saúde no município seguem esse modelo de regionalização e de organização da APS.

Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial de Saúde declarou Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional em decorrência da Infecção Humana pelo novo coronavírus (COVID-19) e em 04 de fevereiro de 2020, por meio da Portaria nº 188, o Ministério da Saúde declarou Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) (BRASIL, 2020a). Com vistas ao enfrentamento dessa situação, os países adotaram medidas de proteção da coletividade, que se estenderam para todos os estados e municípios (BRASIL, 2020b). Tais medidas impuseram desafios à gestão dos serviços de saúde, mas oportunizaram melhorias e inovações de gestão e de assistência à população.

Considerando as recomendações de distanciamento social diante do cenário de transmissão comunitária do novo vírus da SARS-CoV-2, houve necessidade de adequação da prática do cuidado pelas diversas categorias profissionais da saúde, o que resultou na decisão de vários conselhos de classe em permitir a ampliação do uso de outros recursos da telessaúde durante o período da pandemia. E, em 15 de abril de 2020, pela sanção da Lei nº 13.989 foi

autorizado no Brasil o uso da telemedicina, enquanto durar a crise ocasionada pelo novo coronavírus (BRASIL, 2020c).

No contexto da APS, a COVID-19 impôs o contingenciamento de algumas atividades desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família, coincidindo com um movimento simultâneo de redução expressiva da demanda assistencial, por outras queixas, pelos usuários. Diante desse cenário, foi imprescindível a adaptação dos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família de Belo Horizonte para dar continuidade ao acompanhamento dos usuários, ampliar o acesso e potencializar a incorporação desse recurso no processo de trabalho das equipes. Nesse sentido, uma das estratégias propostas pelo município foi a de ampliação do uso da telessaúde por meio do atendimento por áudio-vídeo.

As Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) estão amplamente difundidas na sociedade, encurtando distâncias, modificando métodos e recursos da saúde em processos de educação, assistência e gestão. As TIC têm potencial de melhorar o desempenho de instituições governamentais, a organização e distribuição dos serviços de saúde e educação, e a participação coletiva, sendo a base mais importante para grande parte das operações de gestão no mundo (CUNHA; MIRANDA, 2013; GAVILONDO MARIÑO et al., 2016). A telessaúde é uma das TIC, que consiste na utilização de recursos tecnológicos para a oferta de serviços de saúde. Ela engloba teleconsulta, teleconsultoria, teliagnóstico, telemonitoramento, teleducação, Segunda Opinião Formativa (SOF), videoconferências temáticas, prontuário eletrônico, biblioteca virtual de imagens, dentre outros (GUIMARÃES et al., 2015; HARZHEIM et al., 2019; MASSUCATO et al., 2021; REZENDE et al., 2010). Autores ressaltam que, com os avanços exponenciais nas áreas de tecnologia da informação e da comunicação, a telessaúde tem potencial para reformar, transformar e organizar os sistemas de saúde, incluindo a Atenção Primária à Saúde, com boa relação custo-efetividade (BASHSHUR et al., 2016; HARZHEIM et al., 2019).

O objetivo deste artigo é apresentar a experiência da estruturação do teleatendimento na Atenção Primária à Saúde no município de Belo Horizonte, no contexto da pandemia da COVID-19.

REFERENCIAL TEÓRICO

Os sistemas universais de saúde enfrentam, em todo o mundo, problemas relacionados ao acesso, equidade, qualidade e custo, devido à crescente longevidade da população e prevalência das doenças crônicas. De acordo com Maldonado, Marques e Cruz (2016), a telessaúde pode ser uma ferramenta potente para o enfrentamento desses desafios, sendo vista enquanto "uma ciência que utiliza modernas tecnologias de informática e telecomunicações para criar ferramentas de otimização do sistema de saúde" (CAMPOS et al., 2009). A oferta de serviços de saúde através de tecnologias é uma estratégia reconhecida com potencial de proporcionar maior satisfação dos usuários, maior qualidade no cuidado prestado com ampliação do acesso e menor custo. As ferramentas de telessaúde podem, assim, auxiliar na coordenação da assistência, na regulação do acesso e na transição do cuidado nos diversos pontos da RAS (BASHSHUR et al., 2016; BERWICK; NOLAN; WHITTINGTON, 2008; HARZHEIM et al., 2019). A utilização dessa estratégia tende a se tornar cada vez maior no contexto da globalização, com a universalização das telecomunicações e o aumento da inclusão digital (CAMPOS et al., 2009; OLIVEIRA; JACQUES, 2006).

Ressalta-se que o cuidado em saúde mediado pelas tecnologias de comunicação traz implicações éticas e legais que devem ser observadas pelos profissionais de saúde e pelas instituições. Ao utilizar a telessaúde, os profissionais devem respeitar o sigilo, a confidencialidade e a privacidade das informações, inclusive para a guarda e manuseio de prontuários eletrônicos, assim como devem seguir os princípios da transparência, segurança,

responsabilidade, jurisdição e consentimento informado (GAVILONDO MARIÑO et al., 2016; MALDONADO; MARQUES; CRUZ, 2016; REZENDE et al., 2010).

Países mais desenvolvidos já utilizam rotineiramente essas tecnologias, principalmente para diagnóstico e manejo clínico, com uso por exemplo de dispositivos de medição biométricos para acompanhamento e gerenciamento remoto dos pacientes. Contudo, essa estratégia ainda é emergente, dado os desafios técnicos, legais, éticos, regulatórios e culturais (MALDONADO; MARQUES; CRUZ, 2016).

No Brasil, importantes iniciativas foram desenvolvidas a partir da década de 90 por universidades públicas, dentre elas destaca-se: a criação dos núcleos de telessaúde; o Programa Nacional de Telessaúde (posteriormente denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes), que consiste em um projeto de telemática e telemedicina direcionado para as eSF com o objetivo de auxiliar a articulação entre educação e assistência, propondo a educação em saúde por meio das TIC, com potencial de melhora da qualidade do atendimento e da resolutividade da Atenção Primária à Saúde; a Rede Universitária de Telemedicina (RUTE), que é uma estratégia de comunicação remota entre grupos nacionais de pesquisa; e o projeto BHTelessaúde, para o aperfeiçoamento dos serviços ofertados pelas equipes de Saúde da Família do município de Belo Horizonte, através de educação permanente e de teleconsultorias com professores da Faculdade de Medicina e de profissionais do Hospital das Clínicas (CAMPOS et al., 2009; GUIMARÃES et al., 2015; MALDONADO; MARQUES; CRUZ, 2016; REZENDE et al., 2010).

A telessaúde apresenta potencial econômico e social ao gerar inovações, demandar e incorporar avanços tecnológicos de outras áreas impulsionando diferentes indústrias, e democratizar o acesso aos serviços de saúde (MALDONADO; MARQUES; CRUZ, 2016). Autores enfatizam que a utilização de ferramentas tecnológicas podem contribuir para a melhoria da qualidade da saúde no país e para o desenvolvimento de atividades com grande impacto social, assim como para qualificar os profissionais de saúde e orientar suas práticas, para a fixação de profissionais em locais remotos e de difícil acesso ao romper com o seu isolamento, para otimizar o cuidado nos tratamentos fora do domicílio, racionalizando custos e melhorando o cuidado ao paciente em situações de gravidade em que o transporte poderia colocar o usuário em risco, e até mesmo para constituir um ambiente de vigilância de endemias e epidemias (CAMPOS et al., 2009; GUIMARÃES et al., 2015). Dentre as ferramentas de telessaúde, destaca-se a telemedicina, que se refere ao exercício da medicina à distância através de tecnologias, como sistemas de telecomunicação (BRASIL, 2020c; BRITO; RODRIGUES; FILHO, 2017). Essa é uma ferramenta estratégica de cuidado ao ampliar o acesso à saúde, por meio do telediagnóstico, teleducação, segunda opinião de especialistas, teleconsulta, monitoramento remoto de usuários com doenças crônicas e fornecimento de informações clínicas para o autocuidado (BRITO; RODRIGUES; FILHO, 2017; FLODGREN et al., 2015).

Em Minas Gerais, a Rede de Telessaúde foi criada em 2005 com o objetivo de conectar os hospitais de ensino das universidades públicas e os profissionais de saúde dos municípios, por meio de teleconsultas e segunda opinião de especialistas. Até o ano de 2017, esse serviço já cobria 91% dos municípios mineiros, com boa eficiência, ao reduzir os encaminhamentos em 80%. Autores constataram que a telemedicina apresenta potencial de qualificar os encaminhamentos, diminuindo o tempo de espera, melhorando a resolubilidade da Atenção Primária e reduzindo os gastos públicos em saúde (BRITO; RODRIGUES; FILHO, 2017). Corroborando com este estudo, outros pesquisadores mostram que a telemedicina tem potencial de melhorar o acesso ao cuidado, a assistência prestada e os resultados de saúde do paciente, assim como reduzir a demanda para outros níveis de atenção e os custos de saúde (CAETANO et al., 2020; FLODGREN et al., 2015; REZENDE et al., 2010). Destaca-se ainda a eficácia desta ferramenta no cuidado frequente e oportuno para usuários com condições crônicas (FLODGREN et al., 2015).

A teleconsultoria está disponível em Belo Horizonte há 17 anos, com potencial de reduzir e qualificar os encaminhamentos para a atenção secundária. Nesse processo, a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH), implementou uma estratégia combinada de educação permanente e regulação do acesso, denominada telerregulação. Contudo, sua utilização ainda é incipiente, não tendo sido incorporada de fato ao processo de trabalho rotineiro dos profissionais dos Centros de Saúde, dificultando a adesão (RUAS et al., 2016). Flodgren et al. (2015) também apontam que um dos obstáculos para a implementação da telemedicina é a dificuldade de incorporá-la à prática cotidiana de trabalho. Adicionalmente, outras barreiras seriam a interação insuficiente entre profissionais de saúde, a resistência a mudanças, a falta de reconhecimento da ferramenta pelos profissionais e a aceitação pelos pacientes (BRITO; RODRIGUES; FILHO, 2017; FLODGREN et al., 2015).

Apesar da telessaúde ter ampliado e intensificado seu escopo de atuação nos últimos anos, ainda inexistia, até a epidemia causada pelo novo coronavírus, um marco regulatório consolidado no país. Em caráter excepcional e enquanto durar a pandemia COVID-19, os diferentes conselhos profissionais têm disponibilizado resoluções que autorizam e regulamentam a atuação dos profissionais de saúde em modalidade remota (CAETANO et al., 2020; PALOSKI et al., 2020). A Portaria nº 467, de 20 de março de 2020, dispõe sobre as ações de telemedicina, que contemplam atendimento pré-clínico, suporte assistencial, consulta, monitoramento e diagnóstico, por meio de TIC que garantam a integridade, a segurança e o sigilo das informações (BRASIL, 2020c).

A pandemia evidenciou e oportunizou o desenvolvimento de estratégias de gestão do cuidado em saúde em todos os níveis de atenção, ao induzir modificações na prestação do cuidado, incluindo a adoção dos recursos tecnológicos (EBERLY et al., 2020; FREITAS et al., 2021).

Autores apontam que a expansão das aplicações e usos da telessaúde no contexto da pandemia vem para melhorar a resposta do sistema de saúde à crise instalada, reconfigurando o espaço da telemedicina. Essa tecnologia pode permitir a diminuição de encaminhamentos desnecessários e a redução da circulação de pessoas em estabelecimentos de saúde, diminuindo o risco de contaminação de profissionais e usuários, a propagação do vírus, a sobrecarga dos serviços de saúde e os gastos com equipamentos de proteção individual. Assim, para garantir o atendimento a usuários com comorbidades em situação de distanciamento social, e gerenciar casos acometidos pela própria COVID-19, o cuidado em saúde mediado por TIC se torna um recurso fundamental durante a pandemia para a manutenção de serviços de saúde (CAETANO et al., 2020; FREITAS et al., 2021; PALOSKI et al., 2020; SILVA et al., 2021).

A pandemia causada pelo COVID-19 fortaleceu o reconhecimento da Atenção Primária enquanto porta de entrada para o sistema público de saúde e coordenadora do cuidado, à medida que neste nível de atenção era realizado o monitoramento dos pacientes atendidos nos Centros de Saúde e nos outros pontos da rede, a partir dos seus domicílios, realizando atendimentos e a vigilância dos casos (SILVA et al., 2021). Nesse contexto, as teleconsultorias, teleatendimentos, telediagnósticos e telemonitoramento ganharam espaço na APS. Guimarães e colaboradores (2020) relataram o desafio na organização da APS do município de Belo Horizonte no enfrentamento da pandemia da COVID-19, para qualificação dessa extensa rede, envolvendo cerca de 12 mil profissionais, e atualização das diretrizes institucionais. Uma das estratégias adotadas foi a organização de capacitações remotas, incluindo vídeos de treinamento rápido e webconferências, direcionadas a gestores e profissionais de saúde.

Durante a pandemia, têm surgido e aumentado a utilização de alguns recursos, como teletriagem, teleconsulta para rastreio para casos graves e para monitoramento de pacientes clinicamente estáveis, monitoramento de usuários com suspeita de COVID-19, suporte remoto de especialistas, suporte de imagem e outros exames especializados, sistemas de triagem e orientação baseados em inteligência artificial (por exemplo os *chatbot* médico online),

vigilância, detecção e prevenção da COVID-19, e educação em saúde (CAETANO et al., 2020). Tais ofertas mediadas por TIC constituem estratégia para assegurar a melhoria no acesso aos serviços de saúde e maior efetividade na triagem e monitoramento dos casos da COVID-19, reduzindo a circulação dos indivíduos, tática essa também adotada por outros países (PALOSKI et al., 2020).

Outros exemplos importantes do uso das TIC durante a pandemia causada pelo novo coronavírus, são a utilização de canais oficiais de secretarias de saúde para aumentar a transparência e viabilizar o acesso a informações confiáveis e atualizadas sobre a doença, com notas técnicas, vídeos educativos, materiais informativos e campanhas de conscientização (CAETANO et al., 2020). Serviços de Telessaúde-COVID também foram implementados nos municípios e, pesquisas mostraram a relevância e eficiência do serviço no atendimento, monitoramento e notificação dos casos, reduzindo a procura por atendimentos presenciais sem indicação clínica (FREITAS et al., 2021; FREITAS; FIALHO; PRADO, 2021).

Apesar do potencial inovador da telessaúde, a mesma ainda atua como um tradicional serviço de saúde que oferece consultas e exames, porém mediado pela tecnologia. Autores reforçam que a telessaúde poderia funcionar como metasserviço de saúde, fortalecendo a rede de atenção e regulando o acesso aos serviços da atenção especializada, ao integrar os fluxos de informações e dar subsídios para a tomada de decisão de forma compartilhada (HARZHEIM et al., 2019; SILVA et al., 2021). A pandemia da COVID-19 pode ser um marco de oportunidade para a expansão das estratégias de telessaúde, inovando práticas de gestão e assistência à saúde no SUS. O uso bem-sucedido desse mecanismo poderá contribuir para uma maior aceitação pública e governamental, impulsionando sua disseminação no Brasil (CAETANO et al., 2020; MASSUCATO et al., 2021). Contudo, sua utilização implica cuidados éticos e investimentos em infraestrutura de sistemas (recursos tecnológicos), em dimensionamento de espaço físico, treinamento de profissionais, pactuação e articulação com a rede de saúde e divulgação dos serviços para a população, que não podem ser desconsiderados (CAETANO et al., 2020; FREITAS; FIALHO; PRADO, 2021).

METODOLOGIA

Este trabalho consiste no relato de experiência de gestor e referências técnicas da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH) a respeito da estruturação da modalidade de teleatendimento na Atenção Primária à Saúde no município de Belo Horizonte, no contexto da pandemia da COVID-19. Para a construção deste relato de experiência foi realizada revisão bibliográfica em referenciais teóricos que apresentavam associação às temáticas: telessaúde, teleatendimento, Atenção Primária à Saúde e estratégias de gestão durante a pandemia causada pelo COVID-19, além de consulta a documentos institucionais. Para o mapeamento dos processos de estruturação dessa modalidade de atendimento pela SMSA-BH, apresentados neste relato, foi utilizado o *software* Bizagi.

Adicionalmente, foram analisados dados primários de atendimentos individuais e atividades coletivas realizadas na APS de Belo Horizonte, na modalidade de telessaúde no período de agosto de 2020 a agosto de 2021, obtidos por meio de sistema de informação próprio do município: Sistema Gestão Saúde em Rede (SISREDE). Também foram analisados dados secundários de teleconsultas realizadas na Atenção Primária do mesmo município no ano de 2020, obtidos dos Relatórios de Gestão publicizados no portal da Prefeitura. Os dados quantitativos foram compilados em planilha elaborada por meio do *software* Microsoft Office Excel 2010 para análise e representação dos mesmos.

Por não se tratar de uma pesquisa com coleta de dados que envolve seres humanos, dispensou-se a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No dia 17 de março de 2020, Belo Horizonte registrou o início da transmissão comunitária da COVID-19, com 10 casos confirmados e implementação de medidas de contenção da transmissão e propagação do vírus (GUIMARÃES et al., 2020). A pandemia trouxe mudanças globais raramente vistas, emergindo a necessidade de alteração de hábitos, costumes e de processo de trabalho, inclusive na área da saúde.

A gestão em saúde em uma ampla rede de Atenção Primária, como a de Belo Horizonte, especialmente em um contexto de distanciamento social, constitui um grande desafio (GUIMARÃES et al., 2020). Em função do contexto de transmissão comunitária pelo novo coronavírus foi necessária a adequação dos serviços de saúde, inclusive na APS, com contingenciamento de algumas atividades e redução da procura pelos serviços pela população. Dessa forma, uma das estratégias de gestão propostas pelo município foi o fortalecimento do uso da telessaúde na Atenção Primária para ampliar o acesso e dar continuidade ao acompanhamento dos usuários, durante a pandemia. Nos próximos tópicos são apresentadas as estratégias de organização do teleatendimento enquanto ampliação das modalidades assistenciais na APS de Belo Horizonte.

Estruturação da proposta de teleatendimento

O teleatendimento, amparado pelos marcos regulatórios, surgiu como uma oportunidade da garantia de cuidado aos usuários na APS, em discussão entre gestores e equipe técnica da Diretoria de Assistência à Saúde (DIAS) e da Gerência de Atenção Primária à Saúde (GEAPS) da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH).

O primeiro passo foi a busca de marcos regulatórios sobre essa modalidade de atendimento, que passou a ser autorizada no contexto da pandemia da COVID-19. Dentre os marcos podemos citar os pareceres dos conselhos de classe, ofícios, Portarias e Decretos do Ministério da Saúde que lidavam com o tema. Concomitantemente a este movimento, todos os 152 Centros de Saúde de Belo Horizonte receberam um “kit multimídia” composto por câmera e microfone, para uma destinação específica, o que convergiu com a janela de oportunidade de ser utilizado na referida proposta.

O segundo passo foi a análise das estratégias para a implementação do atendimento por áudio-vídeo. Perguntas tiveram que ser respondidas: quais plataformas minimamente obedeciam aos protocolos de segurança de informação em saúde? Qual plataforma estava disponível para a rede SMSA-BH? Quais aspectos éticos legais deveriam ser respeitados para a garantia de oferta de cuidado respaldado na segurança do ato profissional e do paciente? Assim, foram sendo definidas as plataformas para a realização do teleatendimento, considerando os preceitos éticos e legais.

O terceiro passo foi estabelecer fluxos necessários que envolveriam as competências de outras gerências além da GEAPS, como a Gerência de Urgência e Emergência (GEURE) e a Gerência da Rede Ambulatorial Especializada (GERAE).

E, finalmente foi necessário capacitar os profissionais com a elaboração de um Manual, realização de Webconferências e elaboração de capacitação na modalidade Educação à Distância (EaD) sobre orientações de implementação e boas práticas para adoção do teleatendimento nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família.

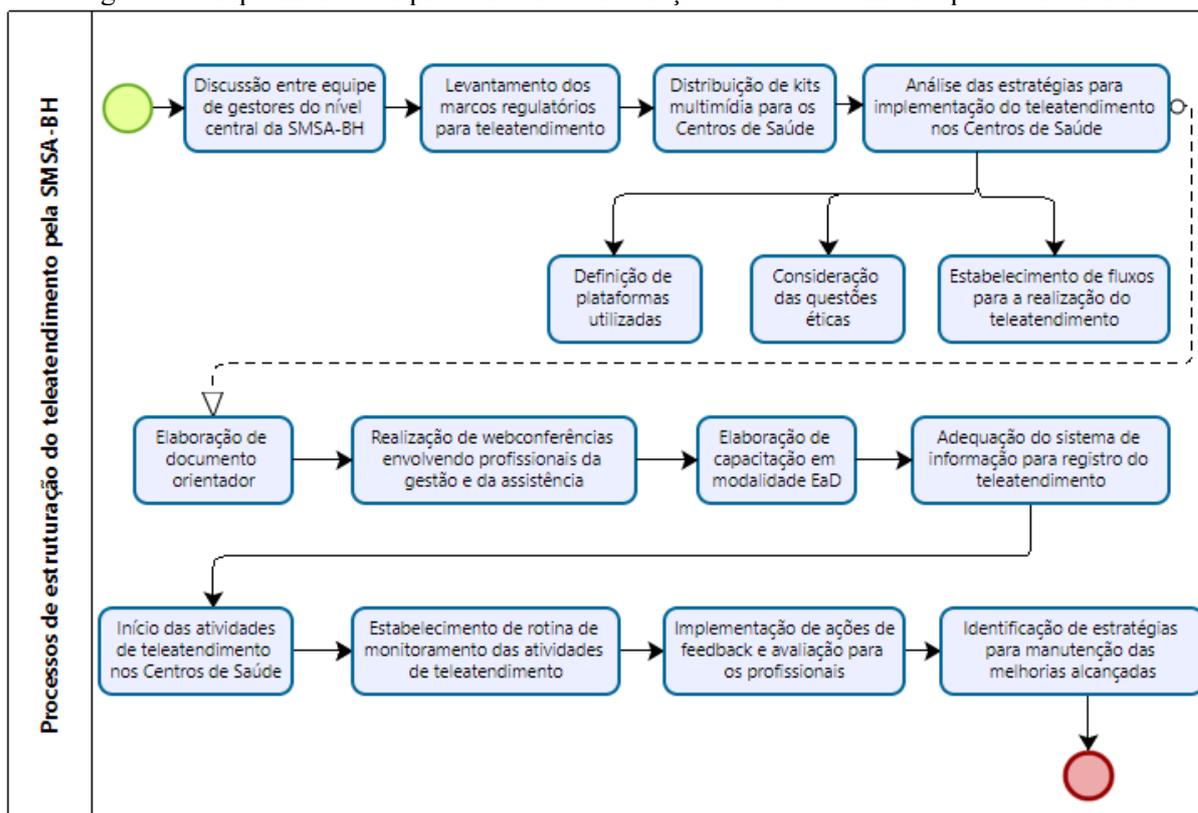
A fim de instrumentalizar os profissionais da APS, a equipe técnica da GEAPS, elaborou entre os meses de Maio e Julho de 2020 um documento para os profissionais, intitulado "Manual para teleatendimento: novos tempos, novos desafios". Esse documento foi divulgado em agosto do mesmo ano e publicado no portal da Prefeitura de Belo Horizonte (PBH). O referido documento baseou-se no "Manual de Teleconsulta na APS de Porto Alegre" e em outros documentos e referenciais bibliográficos sobre essa temática. O manual traz conceitos e aplicações da telessaúde e suas modalidades, classificação dos teleatendimentos,

etapas para sua realização e execução, boas práticas a serem seguidas em vídeo chamadas e etiqueta digital na condução desse tipo de atendimento.

Para a organização dos serviços da SMSA-BH, foram elaboradas e divulgadas no portal da PBH uma série de Notas Técnicas COVID-19. Destaca-se aqui as Notas Técnicas nº 07/2020 (Recomendações para adequação das atividades desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde em situação de surtos/epidemias de Síndrome Gripal e infecção pelo SARS-CoV-2) e a nº 23/2020 (Proposta para acompanhamento de usuários com condições crônicas na APS, no contexto da pandemia pelo vírus da SARS-CoV-2), as quais são constantemente atualizadas conforme a situação epidemiológica e trazem orientações para os casos em que os profissionais devem utilizar o teleatendimento e telemonitoramento (BELO HORIZONTE, 2020b, 2021). As Notas ressaltam a importância do registro em prontuário dos dados e condutas, incluindo o formato da tecnologia de informação e comunicação utilizada, conforme as normas de portarias vigentes e recomendações do documento orientador.

Outra etapa importante na organização desse processo foi a criação de estrutura no sistema de informação próprio do município, o Sistema Gestão Saúde em Rede (SISREDE), que permitisse ao profissional registrar que o atendimento individual ou atividade coletiva realizada foi na modalidade telessaúde. No SISREDE, quando o profissional de saúde acessa o prontuário eletrônico do usuário, deve ser selecionado o local de atendimento, que inclui: Centro de Saúde, domicílio, rua, escola/creche, Academia da Cidade, instituição/abrigo, unidade prisional, unidade socioeducativa e outros. Assim, ao final de julho de 2020, foi incluído no sistema o local de atendimento “telessaúde” tanto para atendimentos individuais, quanto para registro de atividades coletivas, para seleção pelos profissionais quando da execução dessa modalidade, o que permitiu o acompanhamento pelas equipes técnicas da SMSA-BH da realização do teleatendimento pelos profissionais da APS. De agosto de 2020 a agosto de 2021 foram registrados 116.805 atendimentos individuais e 6.240 atividades coletivas com o local “telessaúde”, representando uma ampliação da oferta de cuidados para os usuários do SUS de Belo Horizonte. O Nível Central da SMSA estabeleceu uma rotina de monitoramento, por meio do SISREDE, dos atendimentos realizados pelas Unidades de Saúde com a estratificação entre atendimentos presenciais e os na modalidade remota. Acredita-se que para potencializar os resultados alcançados, seja importante a incorporação de outras ações ao escopo inicialmente apresentado. A imagem a seguir representa o mapeamento de processos e a proposta estruturada com a finalidade de garantir continuidade e sustentabilidade ao movimento desenvolvido.

Figura 1 - Mapeamento dos processos de estruturação do teleatendimento pela SMSA-BH



Fonte: Elaborado pelos autores, 2021.

Guimarães e colaboradores (2020) destacam a importância da implementação e continuidade do teleatendimento na prática da APS para usuários com COVID-19 e com doenças crônicas. Na sequência, esses dois pontos serão abordados.

Acompanhamento dos usuários com condições crônicas

A estratégia de gestão adotada pela SMSA-BH para a organização do cuidado dos usuários com condições crônicas durante a pandemia da COVID-19 foi: elaboração da Nota Técnica nº 023/2020 relatada acima; elaboração de um fluxograma de monitoramento; e disponibilização de listas de usuários de alto risco cardiovascular (pacientes com diabetes mellitus tipo 1, diabetes mellitus tipo 2 com complicação clínica, com cardiopatias e em uso de anticoagulante), atendidos em 2019 e 2020, às equipes de Saúde da Família (eSF) para avaliação da situação de acompanhamento dos mesmos. Guimarães e colaboradores (2020) relatam que a iniciativa de sistematizar o acompanhamento dos usuários com alto risco cardiovascular foi um ponto de partida da telessaúde em Belo Horizonte, que poderiam ser ampliadas para outros grupos.

O atendimento de controle dos pacientes com condições crônicas é fundamental para estabilidade da condição de saúde, acompanhamento sistemático de parâmetros clínicos essenciais e gerenciamento de risco clínico, em especial o risco cardiovascular, prevenção de eventos clínicos deletérios temporários ou permanentes, bem como favorecimento da qualidade de vida. Por isso é fundamental a manutenção dos serviços por equipe multiprofissional para este público, considerando o telemonitoramento e teleatendimento (BELO HORIZONTE, 2020b).

Os dados dos usuários foram avaliados quanto aos registros e a data da última consulta, houve a orientação acerca da utilização da auditoria clínica como ferramenta importante nessa etapa de caracterização do cenário e definição da melhor estratégia de acompanhamento.

Àqueles que consultaram nos últimos 3 meses e possuíam bom controle das metas terapêuticas de sua condição crônica foi oferecida, além da modalidade de telemonitoramento por telefone, a alternativa de atendimento por áudio/vídeo utilizando a plataforma Hangouts Meet (Google).

A disponibilização das listas de usuários, por eSF, e das diretrizes clínicas de acompanhamento apoiam o processo de gestão clínica das condições crônicas, facilitando a identificação daqueles que não estão sendo acompanhados na periodicidade adequada. O incentivo e a apresentação dessa alternativa trazem novas possibilidades de cuidado neste contexto e potencializa a utilização do recurso da telessaúde nos processos de trabalhos das equipes.

Teleconsulta COVID

Em abril de 2020 foi iniciada a teleconsulta para COVID-19 e monitoramento pós consulta, realizados por especialistas da rede secundária do SUS-BH que estavam com uma redução de 80% nas consultas em decorrência do cenário de isolamento social (BELO HORIZONTE, 2020a; GUIMARÃES et al., 2020). Em julho do mesmo ano, foi iniciada uma parceria entre PBH, Unimed-BH, Vale S/A e Binah.ai, para oferta aos usuários de aplicativo de monitoramento de dados vitais através da câmera frontal do celular, via pletismografia (análise de segmentos faciais em condições pré determinadas e orientadas). Através do aplicativo é possível a aferição de dados como: saturação de oxigênio, frequências cardíaca e respiratória e níveis de estresse com uma precisão média de 95 a 97%. Esta tecnologia potencializa a avaliação e orientação ao paciente suspeito ou confirmado de COVID-19 e pode qualificar o trabalho dos profissionais que realizam o acompanhamento remoto dos usuários (BELO HORIZONTE, 2020a).

A utilização do *software* Binah.ai pela APS no município de Belo Horizonte iniciou no final de outubro de 2020, com o objetivo de potencializar o monitoramento de usuários diagnosticados com síndrome gripal, ofertado a eles pelas equipes dos Centros de Saúde. O total de usuários cadastrados e monitorados por este *software* foi 87 e 31, respectivamente nos meses de novembro e dezembro de 2020. Dos 152 Centros de Saúde da capital mineira, somente 6 fizeram uso do Binah.ai (BELO HORIZONTE, 2020a). A partir de janeiro de 2021 não houve a renovação das licenças para o uso do *software* (licenças pagas que foram doadas ao município), o que interrompeu a continuidade da utilização dessa tecnologia.

Autores reforçam que o uso de *softwares* que detectam e registram dados vitais de pacientes e sintomas de COVID-19, pode impedir consultas desnecessárias para pacientes com sintomas leves na atenção terciária (CAETANO et al., 2020). Serviços de telessaúde para COVID-19 têm mostrado bons resultados no atendimento qualificado à distância por meio de tecnologias, evitando deslocamentos e circulação desnecessária dos usuários, reduzindo a sobrecarga dos serviços e racionalizando os recursos (FREITAS et al., 2021; FREITAS; FIALHO; PRADO, 2021)

Desafios na implementação do teleatendimento

Observa-se baixa adesão ao teleatendimento na APS do município, que pode ser explicada pela ausência ou insuficiência de equipamentos tecnológicos para a sua realização, além da inovação da implementação da modalidade de teleconsulta no processos de trabalho dos profissionais de saúde, principalmente para a categoria médica (considerando que essa modalidade era previamente permitida por outros conselhos de classe), o que pode ter gerado insegurança na sua utilização e até mesmo na sua efetividade. Autores apontam que a insuficiência de equipamentos de informática nas unidades de saúde, o acesso à internet de baixa qualidade e a falta de reconhecimento da telemedicina pelos profissionais enquanto opção de um atendimento de qualidade, resolutivo e econômico são dificultadores a serem enfrentados (BRITO; RODRIGUES; FILHO, 2017). Maldonado, Marques e Cruz (2016) também apontam

como barreiras para a efetiva utilização dessas ferramentas, a escassez de recursos, a necessidade de expertise técnica e a infraestrutura da rede de dados.

Ressalta-se que a aquisição de equipamentos tecnológicos para os profissionais, como câmera, microfone e fone de ouvido, é necessária para implementação da estratégia proposta. Contudo, esse gasto pode ser vislumbrado como um investimento, à medida que potencializa a resolubilidade da APS, evitando encaminhamentos desnecessários a outros pontos da RAS, e diminui a circulação de pessoas nos serviços de saúde. Silva et al. (2021) mostraram que a implantação de um serviço de saúde remoto com múltiplas tarefas, durante a pandemia causada pelo novo coronavírus, permitiu a racionalização no gasto do setor saúde, ainda que os recursos fossem insuficientes. Além disso, capacitação é fundamental para a incorporação de boas práticas que respeitem os aspectos éticos e legais, direcionando a atuação dos profissionais de saúde em relação ao tema.

Outro desafio que pode ter impactado a adesão ao teleatendimento envolve questões culturais de profissionais, gestores e usuários que privilegiam o atendimento presencial independentemente da situação, além da resistência a mudanças dos processos de trabalho. A literatura mostra que a telemedicina enfrenta resistências por parte dos profissionais de saúde, à medida que sua incorporação envolve o redesenho de processos de trabalho e da relação médico/paciente. Ultrapassar barreiras culturais, institucionais e profissionais é necessário à disseminação e consolidação das diversas modalidades de atendimento. Ao adotar as novas tecnologias, as organizações precisam mudar seu *modus operandi*, fornecer condições estruturais para a mudança nos processos e trabalhar na incorporação pelos profissionais (MALDONADO; MARQUES; CRUZ, 2016).

Outro aspecto de destaque que pode ter interferido na adoção dessa modalidade de atendimento por alguns profissionais de saúde foram as recorrentes e legítimas dúvidas sobre os inerentes limites impostos pela tecnologia na realização de consultas remotas, principalmente no que diz respeito à realização do exame clínico.

CONCLUSÃO

Tendo em vista os desafios impostos pelo cenário pandêmico, todas as restrições exigidas e o aumento considerável acerca das incertezas cotidianas, considera-se que a identificação de oportunidades e as ações em busca de soluções factíveis e oportunas foram o diferencial deste município no enfrentamento a essa crise sanitária. Embora ainda existam aspectos que necessitam de maior atenção, investimento e readequações, os resultados alcançados refletem a complexidade, cada vez maior, que envolve o cuidado à saúde e as perspectivas práticas na organização e ampliação da capacidade de resposta dos serviços de saúde às demandas e necessidades da sociedade.

Por fim, é oportuno destacar que o conjunto de elementos da telessaúde representa benefícios tanto para a prática assistencial, quanto para a gestão dos serviços de saúde. Embora, conforme descrito ao longo deste relato de experiência, existam desafios de ordens distintas, pode-se considerar que estes recursos possibilitam a ampliação de acesso e benefícios diretos à população. Além disso, incorpora-se ao hall de tecnologias inovadoras, sustentáveis e com capacidade de replicação, sendo um elemento de destaque no tocante ao fortalecimento das políticas atuais e construção novas possibilidades, principalmente relacionadas à educação em saúde.

Espera-se que essa experiência seja capaz de incentivar a prática e estimular a continuidade de debates, reflexões e estudos sobre a implementação de ferramentas e estratégias que contribuam com a organização do trabalho em rede, o envolvimento e sensibilização dos profissionais e a melhoria na qualidade do cuidado ofertado.

REFERÊNCIAS

BASHSHUR, R. L. et al. The Empirical Foundations of Telemedicine Interventions in Primary Care. **Telemedicine Journal and E-Health: The Official Journal of the American Telemedicine Association**, v. 22, n. 5, p. 342–375, 2016.

BELO HORIZONTE. **Carteira orientadora de serviços do SUS-BH: relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde**. 2018. Disponível em:

<https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2021/carteira-orientadora_servicos-sus-bh-07-11-2018-1.pdf>. Acesso em: 3 out. 2021.

BELO HORIZONTE. **Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior: 3º quadrimestre de 2020**. Sistema Único de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde., 2020a. Disponível em:

<<https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2021/3-rdqa-2020.pdf>>. Acesso em: 3 out. 2021.

BELO HORIZONTE. **Nota Técnica COVID-19 nº 023/2020. Proposta para acompanhamento de usuários com condições crônicas na APS, no contexto da pandemia pelo vírus da SARS-CoV-2**. 2020b. Disponível em:

<https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2020/nota-tecnica-covid-19-n23_atualizacao-100720.pdf>. Acesso em: 12 out. 2021

BELO HORIZONTE. **Nota Técnica COVID-19 Nº 07/2020. Recomendações para adequação das atividades desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde em situação de surtos/epidemias de Síndrome Gripal e infecção pelo SARS-CoV-2**. 2021. Disponível em:

<<https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2021/nota-tecnica-covid-19-no-07-2020-27072021-02-08-2021.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2021

BERWICK, D. M.; NOLAN, T. W.; WHITTINGTON, J. The triple aim: care, health, and cost. **Health Affairs (Project Hope)**, v. 27, n. 3, p. 759–769, 2008.

BRASIL. PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 22 set. 2017. Sec. 1, p. 68. Disponível em:

<https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031>. Acesso em 03 out. 2021.

BRASIL. Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 04 fev. 2020a. Seção 1, p. 1. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>>. Acesso em 03 out. 2021.

BRASIL. Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. **Diário Oficial da União**, Atos do Poder Legislativo, Brasília, DF, 07 fev. 2020b. Seção 1, p. 1. Disponível em:

<<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.979-de-6-de-fevereiro-de-2020-242078735>>. Acesso em 03 out. 2021.

BRASIL. Portaria n. 467, de 20 de março de 2020. Dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de Telemedicina, com o objetivo de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional previstas no art. 3º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, decorrente da epidemia de COVID-19. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 20 mar.

2020c. Seção 1. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-467-de-20-de-marco-de-2020-249312996>>. Acesso em 02 out. 2021.

BRITO, F. G.; RODRIGUES, A. A. A.; FILHO, J. B. D. Telemedicina como instrumento de suporte en la Atención Primaria a la Salud. **Latin American Journal of Telehealth**, v. 4, n. 2, p. 155–160, 2017.

CAETANO, R. et al. Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, 2020.

CAMPOS, F. E. et al. The National Telehealth Program in Brazil: an instrument of support for primary health care. **Latin American Journal of Telehealth**, v. 1, n. 1, p. 39–66, 2009.

CUNHA, M. A. V. C.; MIRANDA, P. R. M. O uso de TIC pelos governos: uma proposta de agenda de pesquisa a partir da produção acadêmica e da prática nacional. **Organizações & Sociedade**, v. 20, p. 543–566, 2013.

EBERLY, L. A. et al. Patient Characteristics Associated With Telemedicine Access for Primary and Specialty Ambulatory Care During the COVID-19 Pandemic. **JAMA Network Open**, v. 3, n. 12, p. e2031640, 2020.

FLODGRÉN, G. et al. Interactive telemedicine: effects on professional practice and health care outcomes. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2015, n. 9, p. CD002098, 2015.

FREITAS, B. A. C. et al. Análise dos atendimentos realizados pelo telessaúde-COVID em um município de Minas Gerais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, 2021.

FREITAS, B. A. C.; FIALHO, W. L.; PRADO, M. R. M. C. Experiência da rápida implementação de serviço pioneiro em telessaúde durante a crise da Covid-19. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 45, 2021.

GAVILONDO MARIÑO, X. et al. Normas éticas para el manejo de información en eSalud. **Revista Cubana de Informática Médica**, v. 8, n. 1, p. 152–157, 2016.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

GUIMARÃES, E. M. P. et al. Teleconsultoria e videoconferência como estratégia de educação permanente para as equipes de saúde da família. **Revista Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 376–384, 2015.

GUIMARÃES, F. G. et al. A organização da Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte no enfrentamento da pandemia COVID-19: relato de experiência. **APS em Revista**, v. 2, n. 2, p. 74–82, 2020.

HARZHEIM, E. et al. Telessaúde como eixo organizacional dos sistemas universais de saúde do século XXI. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 14, p. 1881, 2019.

MALDONADO, J. M. S. V.; MARQUES, A. B.; CRUZ, A. Telemedicina: desafios à sua difusão no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, 2016.

MASSUCATO, M. A. O. et al. Telessaúde como ferramenta na formação médica durante a pandemia da COVID-19: relato de experiência. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 45, 2021.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V.. O Sistema Único de Saúde - SUS. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

OLIVEIRA, S.; JACQUES, M. G. C. Políticas e práticas de gestão e saúde: recortes sobre o trabalho de teleatendimento no Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 31, p. 63–72, 2006.

PALOSKI, G. R. et al. Contribuição do telessaúde para o enfrentamento da COVID-19. **Escola Anna Nery**, v. 24, 2020.

REZENDE, E. J. C. et al. Ética e telessaúde: reflexões para uma prática segura. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 28, n. 1, 2010.

RUAS, S. S. M. et al. Incorporation of teleconsulting as an instrument for the regulation of the access and permanent education in the SUS-BH. **Latin American Journal of Telehealth**, v. 3, n. 3, p. 241–244, 2016.

SILVA, R. S. et al. O Papel da Telessaúde na Pandemia Covid-19: Uma Experiência Brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 2149–2157, 2021.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

II SEMINÁRIO DA PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Gestão em Saúde em Tempos de COVID-19: cenários e perspectivas
9 e 10 de dezembro de 2021

ENSINO-EXTENSÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE NA FORMAÇÃO DE GESTORES: DESENVOLVIMENTO DE REFERÊNCIAS TÉCNICAS MUNICIPAIS

Kátia Ferreira Costa Campos - Docente de Gestão de Serviços de Saúde; Ana Paula de Lima Bezerra - Graduanda em Gestão de Serviços de Saúde, UFMG; Fernanda Gonçalves de Souza - Graduanda em Gestão de Serviços de Saúde, UFMG; Vanessa de Almeida - Docente de Gestão de Serviços de Saúde, UFMG

RESUMO

A importância da Educação Permanente em Saúde (EPS) para a melhoria do cotidiano do trabalho é evidente. No entanto, apesar da necessidade desse processo, percebe-se que a EPS ainda é pouco articulada nas ações, sendo ainda um desafio na área da saúde. Nessa perspectiva, foi desenvolvida a disciplina Tópicos em Saúde III - Gestão da Educação Permanente em Saúde, como optativa do curso de Gestão de Serviços de Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais, contando com a participação de discentes e de profissionais dos serviços que aprimoraram conhecimentos tornando-se detentores e referências de EPS em nível municipal. O objetivo do presente trabalho é relatar a experiência proporcionada durante a disciplina. Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência. Como resultado, constatou-se a satisfação, bem como avaliações positivas por parte dos discentes e profissionais participantes. Eles puderam compreender e consolidar conhecimentos sobre EPS no dia a dia da gestão e das práticas assistenciais. Espera-se que este trabalho estimule reflexões sobre a importância de se associar teoria e prática no âmbito da EPS, possibilitando o aprendizado baseado na realidade da gestão e a melhoria do trabalho em saúde.

PALAVRAS-CHAVE OU DESCRITORES: Educação Permanente; Gestão em Saúde; Saúde.

INTRODUÇÃO

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é compreendida como a concepção de trabalho com ênfase na aprendizagem cotidiana, envolvendo os coletivos. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), ela fornece como marco conceitual a concepção de trabalho com ênfase no processo de aprendizagem cotidiana e compreendendo os coletivos. Os atores do cotidiano são os principais tomadores de decisão, visto que são os detentores de conhecimentos práticos do dia a dia, além de conseguirem acolher, respeitar, ouvir, cuidar e responder com elevada qualidade (BRASIL, 2014).

Como pontuado por Carotta, Kawamura e Salazar (2009), a EPS é uma ferramenta que possibilita a mudança nas relações, nos processos, na saúde e nos indivíduos, por ser um processo educativo que envolve o trabalho. Davini (2009, p. X) ressalta a importância da EPS, destacando que “a educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho nos diferentes serviços, cuja finalidade é melhorar a saúde da população”.

Percebe-se a importância da EPS para a preparação e planejamento das estratégias de organização e do exercício da atenção em saúde, da gestão da participação e da formação, constituída por meio das práticas em equipe, trabalhadores e parceiros. Deve-se considerar as

necessidades de qualificação para a promoção de pensamento e ação colaborando para a resolubilidade dos problemas do cotidiano, além de construir o desenvolvimento individual e institucional (BRASIL, 2014).

Tendo em vista a realidade dos serviços de saúde, no SUS, que traz consigo vários desafios, entende-se que tais podem ser tratados com a EPS, procurando trazer a reflexão da prática para a busca de soluções para os problemas envolvidos.

Entretanto, apesar da importância da consolidação da EPS nas ações dos serviços de saúde, Ceccim (2005), pontua que há desafios constantes para a real integração. Ainda que haja regulamentações e estímulos, a integração da EPS não é uma realidade.

Enquanto isso, Campos, Sena e Silva (2017) mostram que é evidente a existência de dificuldades para associar o exercício da EPS com a realidade. Por isso, é preciso repensar a construção coletiva, a democratização na construção da corresponsabilidade, a ampliação da qualidade de análise da realidade e a elaboração do aprendizado no cotidiano da saúde.

Observando o cenário da saúde no Brasil e no mundo, percebe-se a relevância da EPS nos territórios para transformações de cenários de modo a alcançar a melhoria da assistência à saúde da população.

Com vistas a estimular a integração e as práticas na EPS, foi desenvolvida e ofertada uma disciplina com o diálogo ensino-serviço pelo curso de graduação em Gestão de Serviços de Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais na proposta de articular o aprendizado aos discentes e de promover a capacitação para profissionais atuantes nos serviços tornarem-se referências no apoio às ações de educação permanente. Dada a experiência da atividade, o presente trabalho tem o objetivo de relatar a experiência de ensino em modalidade virtual elaborada como incentivo à EPS.

REFERENCIAL TEÓRICO

A Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004 define a Educação Permanente como um dispositivo/meio para aperfeiçoar as práticas na Saúde. As bases para execução da EPS relacionam-se com as teorias de ensino-aprendizagem, os primórdios do SUS e a necessidade de combater desafios cotidianos com o aperfeiçoamento das ações (BRASIL, 2004).

Para que a EPS seja uma realidade, percebe-se a importância da gestão efetiva dos serviços de saúde. A gerência articulada nas esferas que compõe a gestão do SUS deve buscar parcerias com instituições, promover planos de atenção e integrar-se em polos, de modo a garantir a efetivação das ações em meio aos profissionais de saúde. Koerich, Ermann e Lanzoni (2020) discutem que a gestão da EPS emerge da necessidade de união entre os atores que compõem esse cenário.

A Portaria nº 198/2004 institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNPES) como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores para o setor saúde, considerando a responsabilidade constitucional do Ministério da Saúde em ordenar a formação de recursos humanos para a área de saúde e incrementar o desenvolvimento científico e tecnológico (BRASIL, 2004).

Enquanto que a Portaria nº 1.996 de 20 de agosto de 2007 dispõe sobre as diretrizes para a implementação da PNEPS, a Portaria nº 3.194/2017 abrange o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS, o PRO EPS-SUS. Os marcos representados pelos documentos que formalizam a EPS, mostram o direcionamento do Ministério da Saúde na busca da definição de ações e caminhos para a articulação de ações e participação da gestão, fomentando a EPS (BRASIL, 2004; BRASIL, 2007; BRASIL, 2017).

Outrossim, um marco que antecede a PNEPS, e que merece destaque, é a criação Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde, no ano de 2003, representando uma ponte importante para a formalização da PNEPS e

colaborando para a implementação da política no SUS. A SGTES, por meio de seu Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), incentiva a implementação dos processos de integração ensino-serviço-comunidade (BRASIL, 2018).

Em 2019, a Portaria nº 3.194/2017 sofreu alterações sobre os recursos, por meio da Portaria nº 2.580, de 1 de outubro de 2019, no âmbito do PRO EPS-SUS. Com isso, os recursos para o programa serão transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde ao Fundo de Saúde do Estado e Distrito Federal habilitado ou por meio dos municípios, por meio de parcela única, na modalidade fundo a fundo, através do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde (BRASIL, 2017; BRASIL, 2019).

O Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 1.858, de 28 de julho de 2020, instituiu o projeto piloto do Sistema de Mapeamento em Educação na Saúde (SIMAPES) com o objetivo de ser ferramenta para viabilizar a coleta, análise e disponibilização de informações pertinentes à educação em saúde no Brasil (BRASIL, 2020).

Todo o processo de institucionalização da EPS constitui marco que confirma a sua relevância para os serviços.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência de caráter descritivo, produzido a partir das vivências de discentes e profissionais de saúde em uma disciplina optativa do curso de graduação em Gestão de Serviços de Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais, denominada “Tópicos em Saúde III - Gestão da Educação Permanente em Saúde (GES 034), ofertada pelo Departamento de Gestão em Saúde (GES), no semestre 2020/2, em parceria com a Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte (SRS/BH).

A disciplina utilizou de metodologias ativas e de problematização, estimulando alunos e profissionais a compreenderem a realidade da EPS e a proporem práticas e soluções para articular a educação permanente nos serviços.

A metodologia de Problematização, proposta por Charles Maguerez, e divulgada por Bordenave e Pereira (2004), caracteriza-se pela aplicação do Esquema do Arco. Segundo Berbel (1996), o Esquema permite desenvolver uma alternativa transformadora e dialógica que parte de uma parcela da realidade e retorna para ela, visando transformá-la em algum grau. Naka et al. (2018) destacam a importância dessa metodologia para uma ação na realidade, pois a partir da compreensão e, com base nos saberes adquiridos por meio dos processos de investigação e reflexão, com fundamentação teórica, alcança-se como resultado a consciência social.

Participaram da disciplina oito municípios, representados por profissionais dos serviços de saúde, além de 18 discentes do curso de graduação em Gestão de Serviços de Saúde.

Por meio da disciplina houve a realização de rodas de conversas e alinhamentos teóricos, visando incentivar a prática da EPS e conscientizar sobre seus benefícios para os serviços de saúde.

Houve um contexto de imersão e construção de referências de EPS, possibilitando a compreensão dos acontecimentos e suas consequências, mediante o contato permanente e direto entre docentes, discentes e profissionais dos municípios. Ao final da disciplina, houve um diálogo sobre a percepção e a avaliação dos profissionais e discentes participantes.

Como produto da atividade e como proposta de continuidade da ação foi desenvolvido um projeto de extensão com vias a possibilitar o contato contínuo e a parceria ensino-serviço para uma melhor integração da EPS.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A disciplina optativa “Gestão da Educação Permanente em Saúde” do curso Gestão de Serviços de Saúde foi disponibilizada pela UFMG aos alunos no formato remoto, pela ferramenta Microsoft *Teams* e, então, oferecida às referências técnicas de Educação Permanente

Municipais e na falta dessas, a profissional designado pelo gestor municipal, constituindo uma oportunidade de desenvolvimento de referência técnica para a temática.

A disciplina foi ofertada com carga horária total de 60 horas, sendo 45 horas teóricas e 15 horas práticas, acontecendo uma vez por semana, com o uso de metodologias ativas e ferramentas digitais. A metodologia de ensino foi ancorada pela teoria da educação de John Dewey (1979), pautada no diálogo e na inclusão do outro, teoria essa que valoriza a interação teoria e prática. Dewey vem da escola pragmatista, que propõe nova relação do educando com o objeto do conhecimento, que passa de mero expectador para agente criador. O mesmo autor valoriza a linguagem com característica interacional, pautada na situação, constituindo o mundo no qual o sujeito está inserido e defende a experimentação. Considera-se também sua contribuição para a andragogia, que valoriza a capacidade de pensamento e estimula o educando adulto a pensar, principalmente, em discussões coletivas, quando o conhecimento flui mais facilmente e assim é construído (CABRAL, 2017).

Também foram consideradas aproximações com a teoria dialógica de Paulo Freire para a problematização para saber lê-la e interrogá-la para transformá-la. Freire defende o pensar, a liberdade, e prega a amorosidade e a autenticidade (FREIRE, 2021). Dessa forma, foram adotados métodos ativos de aprendizagem, considerando todos os sujeitos no processo, com utilização de técnicas como roda de conversa, problematização da realidade, leituras e discussão em grupos, com atividades teórico-práticas. Estima-se que a ancoragem em teorias sobre a educação participativa e ativa foi fundamental para que a disciplina trouxesse um alinhamento teórico, refletindo sobre a prática que acontece nos serviços de saúde.

Com o intuito de integrar o ensino-serviço e, reconhecendo a necessidade do envolvimento das universidades no processo de reflexão e mudança das práticas para um modelo de atenção centrado nas necessidades dos usuários, essa atividade de ensino-aprendizagem foi proposta, voltada para profissionais de saúde que atuam nos municípios. A participação dos municípios se deu por adesão voluntária, sendo assim a turma foi mesclada com profissional e alunos, numa interação que resultou em aprendizado coletivo acerca do conceito de EPS e sua aplicação junto aos serviços.

Dessa proposta de interagir o ensino dos discentes, da disciplina Gestão da Educação Permanente, com a participação dos profissionais, como um teste piloto para futuros desdobramentos, surgiu a idealização e a aplicação de oficinas nos municípios. Estas ocorreram conjuntamente, entre alunos e profissionais, com o objetivo de implementar e desenvolver as práticas e estratégias de EPS nos mesmos.

Além das oficinas, movimentos de ativação a Educação Permanente em Saúde foram consolidados em quatro dos oito municípios participantes, o que representa um ganho de qualidade para esses, com continuidade no projeto de extensão.

A continuidade da proposta vem ocorrendo, por solicitação dos municípios, por meio da assessoria dos professores da disciplina e de técnicos da SRS/BH, tendo em vista o desenvolvimento da EPS nos municípios, iniciando-se pelo diagnóstico das necessidades educativas. Os discentes também se encontram envolvidos no processo de continuidade do incentivo a gestão das práticas de EPS por meio do projeto de extensão “Educação Permanente em Saúde: desenvolvimento de equipes municipais.

Acerca do uso da ferramenta *Microsoft Teams*, essa foi bem aceita e bem manuseada pelos participantes, com recomendação do seu uso pelos profissionais.

Como produto da disciplina foi desenvolvido um projeto de extensão que tem permitido a continuidade das atividades e a realização de oficinas semestrais com os municípios sobre a EPS. Além disso, desenvolveu-se um caderno de instrução sobre a Gestão da EPS, que está em processo de revisão para compor um material norteador a ser compartilhado com os municípios.

Cabe ressaltar que, ao final da disciplina, foi realizada uma avaliação sobre o aprendizado e as metodologias utilizadas, na qual discentes e profissionais de saúde forneceram

um retorno positivo à atividade. Os profissionais mostraram que a experiência foi muito positiva para conhecimentos teóricos e pensar em maneiras de fortalecer a EPS nos municípios enquanto que os discentes evidenciaram que desenvolveram reflexões e pensamentos sobre a associação ensino-serviço e a integração da EPS.

CONCLUSÃO

A finalidade de proporcionar que as referências técnicas de EPS e profissionais com interesse pudessem vivenciar um espaço de trocas, reflexão e construção do conhecimento a respeito da EPS no município, enquanto estratégia para o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde e mudanças pretendidas no modelo assistencial, foi alcançada. Os discentes participaram desses momentos fortalecendo sua formação como futuros Gestores de Serviços de Saúde. Recomenda-se o uso de ferramentas virtuais para atividades e ações de extensão junto a municípios, por ser uma forma que atende ao objetivo proposto e pode ser compartilhada na agenda extensa das referências técnicas municipais.

REFERÊNCIAS

BERBEL, N. A. N. A metodologia da problematização no ensino superior e sua contribuição para o plano da práxis. **Semina Ciênc Soc Hum**, v. 17(esp), p. 7-17, 1996.

BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 25ª ed., Rio de Janeiro: Vozes; 2004.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.996**, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília, 2007

BRASIL. Ministério da Saúde. **Educação Permanente em Saúde: Reconhecer a produção local de cotidianos de saúde e ativar práticas colaborativas de aprendizagem e de entrelaçamento de saberes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.194**, de 28 de novembro de 2017. Dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde - PRO EPS-SUS. Brasília, 2017

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.580, de 1º de outubro de 2019**. Altera a Portaria nº 3.194/GM/MS, de 28 de novembro de 2017, que dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde - PRO EPS - SUS, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.858**, de 28 de julho de 2020. Institui o projeto piloto do Sistema de Mapeamento em Educação na Saúde (SIMAPES), para viabilizar a

coleta, análise e disponibilização de informações pertinentes à educação em saúde no Brasil, 2020.

CABRAL, G. P. **Educação Para a Democracia no Brasil: Fundamentação Filosófica a Partir de John Dewey e Jürgen Habermas**. Alameda Editorial. 1 ed. 2017.

CAMPOS, K. F. C.; SENA, R. R. de; SILVA, K. L. Educação permanente nos serviços de saúde. **Escola Anna Nery**, v. 21, 2017.

CAROTTA, F.; KAWAMURA, D.; SALAZAR, J. Educação permanente em saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos. **saúde Soc.**, São Paulo, v. 18, supl. 1, p. 48-51, mar. 2009.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário, **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.16, p.161-77, 2005.

DAVINI, M. C. Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 39-58.

DEWEY, J. **Experiência e educação**. 3 Ed. São Paulo: Ed. Nacional, 1979.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia**. Edição Especial. 2021. 160p.

KOERICH, C; ERDMANN, A. L.; LANZONI, G. M. de M. Interação profissional na gestão da tríade: educação permanente em saúde, segurança do paciente e qualidade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 28, 2020.

NAKA, A. A. R et al. Método de oficinas no processo de Educação Permanente em Saúde à luz de Charles Maguerez. **Ciência &Saúde Coletiva**, v. 11, n. 2, p. 82-89, 2018.

EIXO TEMÁTICO: TECNOLOGIAS GERENCIAIS NA SAÚDE (TGS)

Coodenadora: Prof^a. Dr^a. Adriane Vieira

Resumos Expandidos

II SEMINÁRIO DA PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Gestão em Saúde em Tempos de COVID-19: cenários e perspectivas
9 e 10 de dezembro de 2021

A INSTITUCIONALIZAÇÃO ACELERADA DO *HOME OFFICE* COMO ANALISADOR DO TRABALHO: REFLEXÕES A PARTIR DA ANÁLISE INSTITUCIONAL

Brenda Reis Chaves, UFMG; Carla Aparecida Spagnol, UFMG; Ester Mendes da Silva, UFMG; Flávia Lúcia da Silva Colares, UFMG

PALAVRAS-CHAVE: Teletrabalho; Covid-19; Administração de recursos humanos.

INTRODUÇÃO

A pandemia da Covid-19 causada pelo novo coronavírus (SARSCoV-2) desencadeou mudanças abruptas para a população mundial. No início, a inexistência de vacinas e tratamento específico para essa doença, o distanciamento social e outras medidas preventivas tornaram-se imprescindíveis (WHO, 2020). Nesse contexto, diversos serviços foram forçados a permitir o trabalho em casa, evitando a propagação da doença e a interrupção das atividades produtivas. Assim, estima-se que cerca de 81% da força de trabalho mundial foi afetada pelas mudanças de local de trabalho (SAVIC, 2020). No Brasil, a Medida Provisória 927/2020 possibilitou ao empregador alterar o regime de trabalho presencial para o teletrabalho, o trabalho remoto ou trabalho a distância (BRASIL, 2020). Uma pesquisa evidenciou que 8,3 milhões de trabalhadores no Brasil, até a primeira semana de setembro de 2020, já se encontravam trabalhando em casa (IBGE, 2020). O *home office* se caracteriza quando há flexibilização no regime de trabalho presencial, regulada por uma política interna da empresa, sendo o trabalho realizado na residência dos trabalhadores de forma remota (MENDES, HASTENREITER-FILHO e TELLECHEA, 2020). Entre as vantagens do trabalho remoto propagadas por diversas organizações estão: a redução do tempo de deslocamento, possíveis ganhos de produtividade, busca de um equilíbrio entre vida pessoal e profissional, mais flexibilidade e melhor controle dos cronogramas. Tais promessas inicialmente fizeram com que o *home office* fosse “objeto de desejo” de muitos trabalhadores. No entanto, os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística revelam que o *home office* não chegou a todos de forma equitativa (Sudeste 12%; Sul 9%; Nordeste 7,8%; Norte 4% das pessoas). Outro indicativo que destaca a disparidade social está na qualificação destes trabalhadores, visto que, quanto mais qualificados, maior é o acesso ao *home office* (IBGE, 2020). Essas desigualdades estão atreladas à diversas dificuldades do trabalhador, que emergiram neste contexto pandêmico como: pouca intimidade com aplicativos e plataformas virtuais, acesso à internet, ausência de local e mobiliário apropriado de trabalho, aumento dos custos residenciais com energia elétrica e telefonia, entre outras. Mediante essas dificuldades, as autoras, que são profissionais de saúde, foram motivadas a realizarem esse estudo, pois também passaram a desenvolver suas atividades (acadêmicas, de auditoria, de educação permanente e relacionadas à saúde do trabalhador) na modalidade *home office*, uma vez que não atuavam assistencialmente. Tal condição, vem interferindo de forma significativa em suas vidas, mas, também na vida dos trabalhadores de modo geral, ocasionando problemas sociais, econômicos e relativos à saúde do trabalhador.

OBJETIVO

Analisar a institucionalização acelerada do *home office* no Brasil como analisador do trabalho no contexto da pandemia da Covid-19.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, em que as reflexões foram originárias de discussões realizadas em sala de aula e no trabalho final de uma disciplina optativa do Curso de Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde de uma Escola de Enfermagem do estado de Minas Gerais. Essa disciplina foi ministrada na modalidade do ensino remoto emergencial no período de 30 de novembro de 2020 a 08 de março de 2021, com carga horária de 45 horas. Durante a disciplina as alunas elaboraram um diário institucional, escrito a partir de situações vivenciadas nos locais de trabalho. Foi constituído um fórum de discussão que permitiu identificar nos diários que, as facilidades e dificuldades do *home office* eram um tema comum, apesar das alunas atuarem em diferentes serviços. A análise foi realizada a partir de alguns conceitos do referencial teórico-metodológico da Análise Institucional (AI) e da literatura acerca do tema.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O trabalho pode ser considerado uma instituição, pois, segundo Lourau (2014) as instituições são normas universais, representadas por formas sociais visíveis, dotadas de uma organização jurídica e/ou material. Para esse autor as instituições são dialeticamente constituídas pelos momentos instituídos e instituintes que resultam em processos de institucionalização. Portanto, o trabalho remoto pode ser analisado, considerando 03 momentos: o instituído que são as normas, o que está previsto e consolidado no trabalho presencial; o instituinte, que são “novas formas” que confrontam o instituído como o *home office* vivenciado atualmente no contexto da pandemia e a institucionalização que é o movimento dialético entre o instituído e o instituinte, o qual necessita constantemente ser analisado pelos empregadores e trabalhadores. Outro conceito importante da AI é o de analisador que buscam revelar algo, fazem emergir o que permanecia “não-dito”, desorganizam o que, de alguma forma, já se encontrava organizado; dão sentidos diferentes a fatos já conhecidos (L'ABBATE, 2004). Assim, para analisar alguns fatores da institucionalização acelerada do *home office* no Brasil, partiu-se do pressuposto que a pandemia é um analisador espontâneo, que escancara as desigualdades sociais e entre gêneros, além da precarização do trabalho (SPAGNOL, et al., 2020). O trabalho remoto compreendido como uma instituição é atravessado por fatores como: desigualdade social, risco de contaminação pelo vírus, o distanciamento social, queda na produtividade, entre outros. Além desses fatores, há um risco ergonômico, podendo gerar o aparecimento de distúrbios musculoesqueléticos, aumento do sedentarismo e sofrimentos psíquicos como: estresse, ansiedade, isolamento, dentre outros, afetando também a produtividade, a saúde e o bem-estar ocupacional (WILL, BURY, MILLER, 2018; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION FOUNDATION, 2020). O analisador pandemia revela as características do *home office*, despontando as disparidades sociais nessa modalidade de trabalho. Segundo Garcia (2020) essa modalidade é determinada por algumas ocupações e setores do mercado, sendo considerado um benefício adicional para quem tem mais qualificação, em especial para nível superior. Desvelou ainda contradições acerca da importância do trabalho remoto, visto que em determinados momentos, ele se tornou essencial para diminuir a circulação do vírus, no entanto, na maioria das vezes essa modalidade de trabalho está sendo realizada em um ambiente doméstico improvisado. Nesse cenário, destaca-se o *home office* realizado pelas mulheres devido as desigualdades de gênero ainda existentes (GUEDES e CORDEIRO, 2020), sendo perceptível o acúmulo de atividades relacionadas ao contexto familiar, que precisam ser conciliadas com as horas ininterruptas em frente ao computador para realizar o trabalho remoto.

CONCLUSÃO

Com o início da pandemia da Covid-19, veio a necessidade de criar soluções no enfrentamento da crise, com o intuito de minimizar os impactos decorrentes da circulação viral. No entanto, considera-se ainda os desafios e desvantagens que o *home office* pode trazer, como o aumento dos custos domiciliares e a dificuldade de separar as tarefas domiciliares e do trabalho. Portanto, é primordial buscar estratégias e estabelecer políticas públicas para minimizar os riscos ocupacionais e a desigualdade social, a fim de não se idealizar os benefícios do trabalho remoto em detrimento dos seus possíveis prejuízos para a classe trabalhadora.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION FOUNDATION. [Internet]. 2020. [citado em fevereiro 2021]. Disponível em: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/covid-19-coronavirus>

BRASIL. Medida Provisória 927, de 22 de março de 2020. Dispõe sobre as medidas trabalhistas para enfrentamento do estado de calamidade pública e da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (covid-19), e dá outras providências. [Internet]. 2020. [citado em agosto 2021]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/medida-provisoria-n-927-de-22-de-marco-de-2020-249098775>.

GARCIA, D. Home Office é o novo indicador de desigualdade econômica no Brasil. 2020. São Paulo, Folha de São Paulo. Disponível em: <https://www.ie.ufrj.br/images/IE/IEnaMidia/08/Folha%20de%20S%C3%A3o%20Paulo%2030-08%20Jo%C3%A3o%20Saboia.pdf>. Acesso em: 8 fev.2021.

GUEDES MC, CORDEIRO MC. Confinamento, desigualdade e trabalho: o cuidado com o atributo feminino. [Internet]. 2020. [citado em agosto 2021]. Disponível em: <https://ppgcs.ufrj.br/confinamento-desigualdade-e-trabalho-o-cuidado-como-atributo-feminino/>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) (Brasil). Trabalho: Desocupação, renda, afastamentos, trabalho remoto e outros efeitos da pandemia no trabalho. In: IBGE (Brasil). PNAD COVID19. [Internet]. 2020. [citado em fevereiro 2021]. Disponível em: <https://covid19.ibge.gov.br/pnad-covid/trabalho.php>.

L' ABBATE, S. O analisador dinheiro em um trabalho de grupo realizado num hospital universitário em Campinas, São Paulo: revelando e desvelando as contradições institucionais. In: RODRIGUES, H.B.C; ALTOÉ, S. (org.). Saúde Loucura-Análise Institucional. São Paulo: Hucitec, 2004. cap. 07, p. 79-99.

LOURAU, R. A Análise Institucional. 3 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

MENDES D, HASTENREITER-FILHO H, TELLECHEA J. A realidade do trabalho home office na atipicidade pandêmica. Revista Valore [Internet]. 2020; [citado em julho 2021]; 5(0):160-191. Disponível em: <https://revistavalore.emnuvens.com.br/valore/article/view/655>

SAVIC D. COVID-19 and Work from Home: Digital Transformation of the Workforce. TGJ. 2020. [citado em fevereiro 2021]; 16: 101-104. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/341493908_COVID19_and_Work_from_Ho

me_Digital_Transformation_of_the_Workforce.

SPAGNOL, CA et al. Diálogos da enfermagem durante a pandemia: reflexões, desafios e perspectivas para a integração ensino-serviço. Escola Anna Nery [online]. 2021, v. 25, n. spe [Acesso em: 25 outubro 2021], e20200498. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0498>>. Epub 26 Abr 2021. ISSN 2177-9465. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0498>.

WILL JS, BURY DC, MILLER JA. Mechanical Low Back Pain. Am. Fam. Physician [Internet]. 2018. [citado em julho 2021]; 98 (7): 421- 428. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30252425/>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). WHO Coronavirus Disease (COVID 19) pandemic. In: WHO. Coronavírus disease (COVID-19). [Internet]. 2020. [citado em fevereiro 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>.

II SEMINÁRIO DA PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Gestão em Saúde em Tempos de COVID-19: cenários e perspectivas
9 e 10 de dezembro de 2021

ACREDITAÇÃO HOSPITALAR: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Andreia Paulina Ferreira Silva; Mestranda, Gestão de Serviços de Saúde, EE/UFMG; Adriane Vieira, Professora, Gestão de Serviços de Saúde, EE/UFMG

PALAVRAS-CHAVE: Acreditação hospitalar, gestão da qualidade, gestão dos serviços de saúde.

INTRODUÇÃO

Na área da saúde, a qualidade é um fenômeno complexo, pois depende das formas de prestação do serviço, tanto dos profissionais como das instituições prestadoras do serviço. Donabedian (1980) definiu a qualidade na saúde como a capacidade de maximizar o bem-estar do cliente e estabelece um gerenciamento interno com foco na estrutura, processo e no resultado. Segundo Oliveira *et al.* (2019) a criação de instrumentos para avaliar a qualidade é uma das formas de garantir a sobrevivência e a vantagem competitiva das organizações de saúde. É nesse contexto que a acreditação hospitalar se apresenta como uma estratégia adotada por algumas instituições. No Brasil, conforme Terra e Berssaneti (2017), as creditações mais encontradas no setor hospitalar são: *Joint Commission Internacional* (JCI), Organização Nacional de Acreditação (ONA) e a *Accreditation Canada Internacional* (ACI).

OBJETIVO

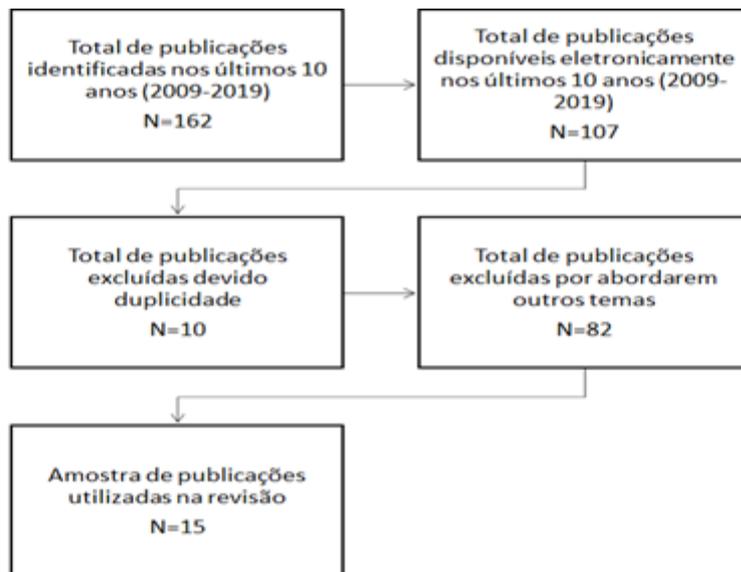
O objetivo deste estudo foi descrever os impactos da acreditação na gestão hospitalar e na qualidade dos serviços prestados.

METODOLOGIA

Para subsidiar o presente estudo foi realizado uma revisão integrativa de literatura, que, segundo Botelho, Cunha e Macedo (2011) possibilita "a síntese e análise do conhecimento científico já produzido sobre o tema investigado". A busca bibliográfica se deu através da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) utilizando os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): "Acreditação hospitalar", "*Joint Commission Internacional*", "Organização Nacional de Acreditação", "Gestão em Saúde", "Hospital". As bases de dados pesquisadas foram: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline) e Banco de Dados em Enfermagem (BDEnf). Em cada base de dados, foram inseridos os descritores utilizando os operadores booleanos *OR* e *AND*, combinando os descritores aos pares e todos ao mesmo tempo, até que fossem recuperadas publicações em quantidade e especificidade. Os critérios de inclusão definidos foram artigos, dissertações e teses publicadas no período de 2009 a 2019, disponíveis nos meios eletrônicos com um, ou mais, dos descritores escolhidos, nos idiomas português, inglês e espanhol. Os critérios de exclusão definidos foram estudos que não tratem especificamente dos temas 'Acreditação Hospitalar' e 'Gestão em Saúde'. Por meio da leitura dos títulos e resumos das publicações, foram excluídas publicações duplicadas, assim como trabalhos considerados não pertinentes ao tema. Foram identificados

162 trabalhos, dos quais 107 estavam disponíveis eletronicamente e distribuídos nas seguintes bases de dados: 28 trabalhos na LILACS; 66 trabalhos na *Medline* e 18 na BDEnf. Foram excluídos 10 trabalhos devido à duplicidade e 82 por abordarem outros temas. Esse processo resultou em uma amostra de 15 trabalhos.

Figura 1: Fluxograma de busca e seleção das publicações para revisão integrativa sobre acreditação hospitalar e gestão em saúde.



Fonte: dados da pesquisa (2020).

Os estudos selecionados foram publicados entre 2011 e 2019, sendo 11 em língua portuguesa e 4 em língua inglesa. Totalizaram 14 publicações em revistas científicas e 1 dissertação de mestrado. Com relação a metodologia adotada nas publicações verificou-se a predominância da abordagem qualitativa, presente em 11 estudos. No apêndice deste trabalho encontra-se o Quadro 1, contendo uma descrição dos trabalhos selecionados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos estudos selecionados, 7 relataram que de alguma forma a acreditação exerceu influência na ‘Gestão de Pessoas’, primeira categoria deste estudo. Os principais impactos citados foram: reconhecimento profissional; busca de novos conhecimentos/capacitação; estímulo à liderança; e envolvimento dos profissionais. Oliveira *et al.* (2017a) apontam a acreditação como um incentivo para capacitar, pois contribui para o alinhamento organizacional e para o crescimento profissional. Outro impacto identificado no presente estudo foi o estímulo à liderança. Segundo Corrêa *et al.* (2018) e Sinan, Cunha e Brito (2016) a liderança no processo de acreditação está relacionado ao compromisso dos gestores em conduzir e influenciar a equipe em direção à resultados com qualidade. A ‘Gestão dos Processos’ foi a segunda categoria identificada. Padronização dos processos foi o fator mais mencionado nos estudos, enquanto benefício produzido pela acreditação. Terra e Berssaneti (2017) ao analisarem os impactos que a acreditação gera na qualidade dos serviços em cinco hospitais revelaram que a padronização e mapeamento dos processos estavam presentes nos quatro hospitais acreditados. Sinan, Cunha e Brito (2016) e Sinan *et al.* (2017) também identificaram que a acreditação tornou as atividades organizadas e padronizadas. Os estudos de Saut, Berssanetti e Moreno (2017) e Teixeira (2019) demonstraram que a acreditação gera impacto nos processos internos, pois reflete no desempenho interno, na organização das tarefas, na integração entre

setores e na melhora da qualidade do serviço. A terceira categoria gerada foi ‘Mudança na Estrutura: cultura e comunicação’. Uma das premissas da acreditação é a disseminação e o fortalecimento de uma cultura de qualidade. Diante disso, processos bem definidos, profissionais engajados e lideranças comprometidas fazem com que a qualidade seja incorporada naturalmente na organização (SINAN *et al.* 2017; OLIVEIRA *et al.* 2017a; BERSANETI *et al.* 2016). A cultura de qualidade é considerada um fator de aspecto organizacional que afeta o gerenciamento hospitalar por fornecer mudanças na filosofia de trabalho e em todas as atividades da organização (SHAKIBAEI, 2019; SAUT; BERSANETI; MORENO, 2017; SINAN *et al.* 2017). Teixeira (2019) relata que a implantação e operacionalização de atividades com qualidade são impulsionados pela acreditação e favorecem a instalação de uma cultura de qualidade. Em termos gerais, a acreditação conduz as instituições de saúde no aprimoramento das atividades internas, através da busca de melhorias contínuas que fazem as instituições solidificar uma cultura de qualidade. Essa característica auxilia a gestão na busca da excelência e na manutenção de suas atividades alicerçadas nos padrões de qualidade (SINAN *et al.* 2017; BERSANETI *et al.* 2016; SINAN; CUNHA; BRITO, 2016). A acreditação torna os processos mais seguros, com envolvimento e análise crítica das atividades por parte dos profissionais, a fim de proporcionar um ambiente mais acolhedor (SAUT; BERSANETI; MORENO, 2017), portanto, é um esforço que compensa, pois promove melhorias na prestação de serviço com profissionais comprometidos com práticas mais seguras. Outro fator que foi evidenciado como benefício em decorrência da acreditação é a melhoria da comunicação. Essa afirmação foi confirmada nos estudos de Shakibaei (2019), Ferreira *et al.* (2017) e Sinan *et al.* (2015). A comunicação favorece a descentralização das informações e a melhoria do desempenho organizacional quando os gestores repassam às equipes informações sobre o alcance das metas e benefícios produzidos na assistência, fazendo com que as equipes sejam recompensadas pelo comprometimento com as mudanças e bons resultados. Conforme Sinan *et al.* (2015), isso faz a equipe ter uma visão sistêmica, favorece a manutenção da qualidade nos processos e provoca melhorias no clima organizacional.

CONCLUSÃO

Participaram dessa revisão integrativa de literatura 15 estudos. Três categorias foram geradas para a análise dos dados: Gestão de Pessoas; Gestão de Processos; e Estrutura. No que se refere à Gestão de Pessoas, para que a implantação da gestão da qualidade e acreditação tenha sucesso é imprescindível que haja: reconhecimento profissional; busca de novos conhecimentos/capacitação; estímulo à liderança; e envolvimento dos profissionais. A Gestão do Processos foi o principal benefício trazido pela acreditação. No que se refere à Estrutura, a cultura de qualidade e a comunicação foram considerados os principais responsáveis pelo sucesso da acreditação. Esses dois elementos fazem com que a equipe tenha uma visão sistêmica, favorecendo a manutenção da qualidade nos processos. Em síntese processos bem definidos, profissionais engajados, lideranças comprometidas e boa comunicação fazem com que a qualidade seja incorporada naturalmente na cultura da organização, com impacto direto na qualidade da assistência prestada.

REFERÊNCIAS

ANGELO, M.L.B. Modelos de qualidade nos hospitais paulistas: visão dos gestores. **Revista de Administração em Saúde - RAS**, v.13, n. 52, p. 157-164, 2011.

BERSANETI, F.T. *et al.* Existe uma relação entre os programas de acreditação e os modelos de excelência organizacional? **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 50, n. 4, p. 650-657, 2016.

BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. A; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 5, n. 11, p. 121-136, 2011.

CORRÊA, J.E. *et al.* The influence of accreditation on the sustainability of organizations with the Brazilian Accreditation Methodology. **Journal of Healthcare Engineering**, v. 2018, Article ID 1393585, p.1-11, 2018.

DONABEDIAN A. **The definition of quality and approaches to its assessment.** Ann Arbor: Health Administration Press; 1980.

FERREIRA, A.M.D. *et al.* Acreditação Internacional em hospital brasileiro: perspectivas da equipe multiprofissional. **Revista de Enfermagem UFPE On line**, v. 11, supl. 12, p.5177-5185, 2017.

MANZO, B. F. BRITO, M. J. M. CORRÊA, A. R. Implicações do processo de Acreditação Hospitalar no cotidiano de profissionais de saúde. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 46, n. 2, p. 388-94, 2012.

OLIVEIRA, J.L.C. *et al.* Atuação do enfermeiro no processo de acreditação: percepções da equipe multiprofissional hospitalar. **Revista Baiana de Enfermagem**, v.31, n.2, p.1-10, 2017a.

OLIVEIRA, J.L.C. *et al.* Management changes resulting from hospital accreditation. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, e.2851, p.1-8, 2017b.

OLIVEIRA, J.L.C. *et al.* Influência da Acreditação hospitalar na satisfação profissional da equipe de enfermagem: estudo de método misto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, n.7, e3109, 2019.

OLIVEIRA, J.L.C. MATSURA, L.M. Descredenciamento da certificação pela acreditação hospitalar: percepções de profissionais. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 25, n. 1, e4430014, 2016.

SAUT, A.M.; BERSSANETI, F.T.; MORENO, M.C. Evaluating the impact of accreditation on Brazilian healthcare organizations: A quantitative study. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 29, n. 5, p. 713-721, 2017.

SHAKIBAEI, E. Role of a hospital accreditation program in developing a process management system: a qualitative study. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v.32, n.1, p.1-29, 2019.

SIMAN, A.G. CUNHA, S.G.S. BRITO, M.J.M. Mudanças nas ações gerenciais após a Acreditação Hospitalar. **Revista RENE**, v. 17, n. 2, p. 165-176, 2016.

SIMAN, A.G. *et al.* Implicações da acreditação para a gestão do serviço hospitalar. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v.7, e. 1480, 2017.

TEIXEIRA, S.S.S. **Análise do impacto das práticas de acreditação nos hospitais do município de São Paulo**. 2019. 128 f. Dissertação (Mestrado em Gestão da Saúde) - Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2019.

TERRA, J.D.R. BERSSANETI, F.T. Acreditação hospitalar e seus impactos nas boas práticas em serviços da saúde. **O Mundo da Saúde**, v.41, n.1, p.11-17, São Paulo, 2017.

APÊNDICE 1

Quadro 1: Informações das publicações selecionadas

Autor (s)/ Ano	Objetivo	Coleta de dados
Shakibaei (2019)	Esclarecer os efeitos do Programa de Acreditação Hospitalar Iraniano nos processos hospitalares do ponto de vista da equipe encarregada de estabelecer o programa	Entrevista 70 profissionais de saúde de 14 hospitais
Teixeira (2019)	Analisar os impactos das práticas da acreditação em hospitais do município de São Paulo	Questionário estruturado, 156 respostas profissionais da saúde de hospitais do município de São Paulo
Corrêa <i>et al.</i> (2018)	Avaliar a influência da acreditação na sustentabilidade das organizações	Questionário estruturado escala de <i>likert</i> 202 respostas de profissionais da saúde de vários hospitais brasileiros
Terra; Berssaneti (2017)	Analisar como as ações adotadas pelos processos da acreditação hospitalar impactam nas boas práticas da qualidade em serviços da saúde.	Entrevista semiestrutura 5 gestores da qualidade em três hospitais públicos e dois privados
Ferreira <i>et al.</i> (2017)	Apreender as percepções de profissionais acerca das implicações da Acreditação Internacional.	Entrevista semiestrutura com análise do conteúdo 23 profissionais de saúde de um hospital privado do Sul do Brasil
Siman <i>et al.</i> (2017)	Analisar as implicações da acreditação hospitalar para a gestão do serviço em um hospital acreditado	Entrevistas com roteiro semiestruturado 12 gestores em um hospital privado
Saut; Berssaneti; Moreno (2017)	Analisar os principais impactos do credenciamento nas organizações brasileiras de saúde	141 questionários respondidos por profissionais da saúde
Oliveira <i>et al.</i> (2017a)	Apreender as percepções da equipe multiprofissional hospitalar sobre a atuação do enfermeiro no processo de Acreditação.	Entrevista semiestruturada 96 profissionais da saúde de 4 hospitais
Oliveira <i>et al.</i> (2017b)	Analisar as percepções de gestores e trabalhadores sobre as mudanças no gerenciamento hospitalar advindas da Acreditação.	Entrevista semiestruturada 97 profissionais da saúde de 4 hospitais
Berssaneti <i>et al.</i> (2016)	Avaliar se organizações que possuem a acreditação, nacional e/ou internacional, apresentam melhores práticas de gestão e melhores resultados do que as organizações não acreditadas.	Entrevista estruturada Gestores responsáveis pela qualidade em 12 instituições de saúde do estado de São Paulo

Oliveira; Matsuda (2016)	Apreender as percepções de gestores da qualidade hospitalar quanto às vantagens e dificuldades advindas da Acreditação	Entrevista semiestruturada Gestores da qualidade de 4 hospitais localizados na cidade de Curitiba
Sinan; Cunha; Brito (2016)	Compreender as mudanças nas ações gerenciais após a Acreditação Hospitalar.	Entrevista semiestruturada com análise de conteúdo 12 gestores de várias áreas do hospital estudado
Siman <i>et al.</i> (2015)	Analisar as estratégias do trabalho gerencial com vistas ao alcance da acreditação com excelência, metodologia ONA.	Entrevista semiestruturada 12 gestores de várias áreas do hospital estudado
Manzo; Brito; Corrêa (2012)	Analisar as implicações do processo de Acreditação no cotidiano dos profissionais de saúde.	Entrevista semiestruturada 34 profissionais da saúde do hospital estudado
Ângelo (2011)	Compreender o processo de escolha de modelos de programas de qualidade em hospitais paulistas	Entrevista semiestruturada Gestores de 3 hospitais estudados

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

II SEMINÁRIO DA PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Gestão em Saúde em Tempos de COVID-19: cenários e perspectivas
9 e 10 de dezembro de 2021

ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO QUESTIONÁRIO CUIDADO NO DIÁLOGO – ESCALA DE COMPETÊNCIA

Patrícia Lourdes Silva, Universidade Federal de Minas Gerais/Unimed-BH; Adriane Vieira,
Universidade Federal de Minas Gerais, Carla Aparecida Spagnol

PALAVRAS-CHAVE: Comparação transcultural, Estudo de validação, Cuidado centrado no paciente, Competências.

INTRODUÇÃO

Partindo do senso comum, o cuidado se caracteriza pela atenção, responsabilidade e zelo dedicados às pessoas e coisas em lugares e tempos distintos. Já o cuidado em saúde introduz a dimensão da integralidade, que permeia as práticas a ela associados. Ele não se restringe apenas às competências e tarefas técnicas, mas agrega a isso o acolhimento, os vínculos de intersubjetividade e a escuta dos sujeitos como elementos inerentes a sua constituição (PINHEIRO; MATTOS, 2005). O modelo cuidado centrado orienta os profissionais de saúde a trabalharem colaborativamente com o paciente, construindo um tratamento que esteja adaptado a suas necessidades individuais, e não à doença em si. O conceito transforma o paciente em um participante ativo dos processos assistenciais de seu estado de saúde, permitindo que ele adquira conhecimento, discernimento e tome decisões em relação aos procedimentos clínicos que envolvem seu organismo (MOREIRA, 2010). À medida que os serviços de saúde passaram a adotar estratégias de cuidado centrado, as partes interessadas se concentraram em melhorar a experiência do paciente, contemplando elementos sobre qualidade da saúde e satisfação do paciente. Nesse contexto, fatores como segurança e excelência na experiência do paciente se tornaram prioridades alinhadas ao planejamento estratégico e à gestão do cuidado da organização de saúde (SANTOS *et al.*, 2013).

OBJETIVO

Este artigo teve por objetivo descrever a adaptação transcultural do questionário ‘Cuidado no Diálogo – Escala de Competência’ para o português brasileiro e analisar a validade e a confiabilidade da adaptação.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa. Quanto aos fins se caracteriza com descritivo e o método adotado foi o survey transversal. Para a tradução e adaptação cultural do questionário foram avaliadas a equivalência conceitual, semântica, operacional, de itens, de medidas e funcional. O questionário em questão é o *Zorg in Dialoog - Competentie Schaal*, traduzido como ‘Questionário Cuidado no Diálogo - Escala de Competências’, elaborado e validado por Schoot *et al.* (2005a; 2005b) e Schoot *et al.* (2006), cuja versão original está em língua holandesa. A versão da escala original consiste em três conjuntos perfazendo um total de 29 itens: Competência comunicação (1) diz respeito ao processo de cuidado no diálogo, consistindo em 14 itens comportamentais; Competência gestão compartilhada (2) que diz

respeito ao apoio à participação do cliente, com 7 itens comportamentais; e Competência proatividade (3) que envolve 8 itens comportamentais. Cada item é pontuado em uma escala *Likert* de 5 pontos, variando de 1 para ‘Discordo totalmente’ e 5 para ‘Concordo totalmente’. A amostra de profissionais foi composta de 148 profissionais de saúde, vinculados ao Hospital Gama, nome fantasia adotado a fim de garantir o anonimato da organização. Trata-se de um hospital de grande porte, sem fins lucrativos, que presta assistência médica ambulatorial e hospitalar a usuários da região metropolitana de Belo Horizonte. Os dados dos questionários foram tabulados em planilha Excel e analisados por meio do software IBM SPSS (*Statistical Package for the Social Science*) versão 20.0®, e Smartpls 2.1 e Microsoft Excel®. a coleta de dados ocorreu entre 8 de outubro a 1 dezembro 2019

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Primeiramente foi feita a tradução inicial da versão holandesa do questionário, por dois tradutores bilíngues e biculturais, com experiência na cultura dos dois países envolvidos (Holanda e Brasil) não cientes dos objetivos da pesquisa. Na sequência realizou-se a comparação entre as duas traduções. Em seguida foi formado um painel de especialistas, com o objetivo de discutir as discrepâncias para obtenção de uma versão traduzida preliminar, composto: 2 médicos, 2 enfermeiros, 2 técnicos, 1 psicólogo. Um teste piloto foi realizado com a participação de 20 profissionais de saúde. A versão final do instrumento foi aplicada em 148 profissionais de saúde. A confiabilidade do questionário mostrou a consistência interna com um alfa de Cronbach para Competência 1 = 0,81, Competência 2 = 0,78, Competência 3 = 0,74, sendo que 11 itens (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 17, 18) da competência (1) foram removidos; 3 itens (7, 9 e 10) da competência (2); e os itens 2 e 3 da competência (3) também foi removido do questionário, devido à baixa carga fatorial. A Tabela 4 apresenta as medidas descritivas.

Tabela 4 - Medidas descritivas para os itens do ‘Questionário Cuidado no Diálogo - Escala de Competências’

Item	Média	DP	IC (95%)
CDC01. Eu levo a sério as necessidades e preferências pessoais do cliente.	4,60	0,63	[4,50: 4,70]
CDC02. O plano de cuidados mostra que as necessidades e desejos do cliente são centrais.	4,28	0,83	[4,15: 4,41]
CDC03. Ao implementar o cuidado, avalio e discuto os desejos e possibilidades do cliente.	4,17	0,79	[4,04: 4,30]
CDC04. Eu avalio regularmente o plano terapêutico juntamente com o cliente e familiares.	3,84	1,06	[3,67: 4,02]
CGC05. Incentivo o cliente e familiares a trazerem seus próprios conhecimentos e experiências durante o processo de cuidado.	3,96	1,07	[3,79: 4,13]
CGC07. Apoio e incentivo o cliente em suas iniciativas.	4,04	1,16	[3,85: 4,23]
CGC06. Eu incentivo o cliente a assumir a responsabilidade e organizar seu processo de autocuidado	4,16	0,97	[4,01: 4,32]
CGC08. Adapto o plano de cuidados aos desejos de mudança e demandas do cliente.	4,14	0,90	[4,00: 4,29]
CPR09. Auxílio os colegas na busca de formas alternativas para atender a demanda do cliente diante de limitações pessoais ou institucionais.	4,47	0,71	[4,36: 4,59]
CPR10. Estou aberto às críticas dos clientes.	4,70	0,57	[4,60: 4,79]
CPR 11. Estou aberto às críticas dos colegas.	4,70	0,56	[4,61: 4,79]

Fonte: elaborado pelos autores.

De modo geral os resultados demonstram que os profissionais de saúde revelam conhecimento sobre os pressupostos que sustentam o modelo de cuidado, mas que eles ainda não estão totalmente incorporado em sua prática, especialmente no que se refere a dificuldade de exercer a comunicação e diálogo, a gestão compartilhada do cuidado na tomada de decisão e o comportamento proativo da equipe, conforme preconizado pelo cuidado centrado no paciente (TRAJKOVSKI et al., 2012). Nas afirmativas “Eu avalio regularmente o plano de cuidados juntamente com o cliente e familiares” e “Incentivo o cliente e familiares a trazerem seus próprios conhecimentos e experiências durante o processo de cuidado” apresentaram os escores mais baixos, demonstrando que os profissionais não exercem estas ações sempre. A afirmativa “Eu levo a sério as necessidades e preferências pessoais do cliente”, por sua vez na foi a mais bem avaliada, demonstrando que os profissionais levam em conta as preferências dos pacientes.

CONCLUSÃO

O processo de adaptação cultural do Questionário Cuidado no Diálogo – Escala de Competências para o português brasileiro foi adequado. O instrumento aplicado a amostra se revelou de fácil compreensão pelos participantes do estudo, confiável e válido para a auto-avaliação do cuidado no diálogo. Os resultados obtidos no hospital em estudo mostraram que é vital criar condições favoráveis que possam potencializar a comunicação eficaz e a decisão compartilhada, entre pacientes e familiares, para assim, promover o cuidado centrado no paciente mais presente no atendimento. Os resultados mostraram que os profissionais de saúde precisam dialogar com o paciente e familiar, e compartilhar informações para a tomada de decisões.

REFERÊNCIAS

- MOREIRA, V. Revisitando as fases da abordagem centrada na pessoa. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 27, n. 4, p. 537-544, out./dez. 2010.
- PINHEIRO R; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. São Paulo: Hucitec, 2005.
- SANTOS, J. L. G. et al. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 66, n. 2, p. 257-263, mar./abr. 2013.
- SCHOLL, I. *et al.* An integrative model of patient-centeredness—a systematic review and concept analysis. **PloS one**, v. 9, n. 9, p. e107828, 2014.
- SCHOOT, T. *et al.* Recognition of client values as a basis for tailored care: the view of Dutch expert patients and family caregivers. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, v.19, p.169-176, 2005a.
- SCHOOT, T. *et al.* Actual interaction and client-centredness in homecare. **Clinical Nursing Research**, v.14, n.4, p.370-393, 2005b.
- SCHOOT, Tineke; PROOT, Ireen; WITTE, Luc P. de. Zelfbeoordeling van competenties voor vraaggerichte zorg in de thuiszorg: de ontwikkeling van de Zorg in dialoog Competentie Schaal. **Verpleegkunde**, Vondellaan, v. 21, n. 3, p. 175-185, out. 2006.

TRAJKOVSKI, Susa; SCHMIED, Virginia; VICKERS, Margaret; JACKSON, Debra. Neonatal nurses' perspectives of family-centered care: a qualitative study. **Journal of Clinical Nursing**, v. 21, n. 17-18, p. 2477-2487, 2012.

II SEMINÁRIO DA PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Gestão em Saúde em Tempos de COVID-19: cenários e perspectivas
9 e 10 de dezembro de 2021

APRENDENDO COM OS LIVROS POR MEIO DAS TECNOLOGIAS DIGITAIS: RELATOS DO PROJETO DE EXTENSÃO LEITURA É SAÚDE

Fernanda Gonçalves de Souza, Escola de Enfermagem da UFMG; Karla Rona da Silva,
Escola de Enfermagem da UFMG

DESCRITORES: Biblioteca itinerante; Leitura; Promoção da saúde.

INTRODUÇÃO

As bibliotecas constituem-se em um ambiente estratégico e fundamental para a coleta de informações, disseminação do conhecimento e disseminação da cultura, proporcionando benefícios como desenvolvimento de habilidades, criatividade e promoção da saúde. Embora sejam inúmeros os benefícios do acesso aos livros por meio de bibliotecas, ainda existem fragilidades na democratização do acesso (MENDONÇA, 2000). Portanto, a fim de expandir as oportunidades e benefícios da leitura, as bibliotecas itinerantes se tornaram essenciais. Essas bibliotecas são exemplos de medidas para promover a democratização do acesso e dos benefícios do livro, pois oportuniza a divulgação de obras literárias, estimula a leitura e o contato com o livro. Desde a antiguidade, a sociedade, conta com bibliotecas móveis e itinerantes sendo uma das soluções para levar leitura e conhecimento às pessoas, em alguns casos envolve o desenvolvimento de projetos educacionais e sociais como estratégia educacional ou tecnológica (NASCIMENTO, 2009). Além disso, essas bibliotecas tornam-se instrumentos facilitadores, pois no seu objetivo inclui a formação de leitores por meio da circulação de livros, proporcionado a redução da distância entre livros e leitores, tornando-se mais fácil se aproximar da comunidade, realizar atividades dinâmicas e fornecer materiais informativos para os diversos leitores e contextos sociais, portanto, são úteis para a difusão do conhecimento (JESUS; SANTOS; SOUSA, 2017). Nesse sentido, o projeto de extensão Leitura é Saúde que tem como objetivo democratizar a informação e a leitura junto ao público alvo, bem como promover ações culturais e educativas, utiliza as tecnologias digitais para o desenvolvimento da biblioteca pública itinerante, tecnologia educacional objeto do projeto.

OBJETIVO

Apresentar as atividades realizadas pelo projeto de extensão Leitura é Saúde para a continuidade da biblioteca itinerante e pública como estratégia de promoção da saúde, no contexto da pandemia da Covid-19.

METODOLOGIA

Diante das orientações sanitárias para controle da pandemia e a suspensão das atividades presenciais na UFMG, o projeto adaptou suas ações para esse novo contexto de distanciamento social, por meio do uso das tecnologias digitais para continuidade de suas atividades. Empregando ações para orientação sobre prevenção à saúde, frente ao isolamento social, e o desenvolvimento de estratégias para reafirmar a importância e papel da leitura como meio de entretenimento, informação e educação. Para isso, ações do projeto tem a tecnologia digital como intermediária e envolve: realização de *lives*, *podcasts*, postagem de trechos de grandes

obras e vídeos dinâmicos. Essas atividades estão em conformidade com a indissociabilidade ensino, pesquisa e extensão, promovendo o caráter interdisciplinar de suas ações e, assim, impactando na transformação social e discente. Vale ressaltar que o diálogo e a interação estabelecidos com a sociedade são a base para a implementação do projeto.

RESULTADOS

A página do Instagram conta uma média de impressões, que é o número total de vezes que todas as publicações foram vistas, no período de 27 de maio a 24 de agosto de 2021, de 19.584, alcançando cerca de 10.500 contas. As lives pela página do Instagram iniciaram em maio de 2020 e se dividem por séries temáticas para atender os diversos públicos, totalizando até o momento 34 lives, a saber: Bate-papo Interativo (9), Momento da Leitura (10), Espaço para Crianças e Pais (9) e Entrevistas (6). Outrossim, foram realizados 5 podcasts disponibilizados nas principais plataformas, como Youtube e Spotify. E na plataforma Instagram produziu-se 82 reels, que são vídeos curtos e interativos, com mais de 40 mil visualizações totais; e, 11 publicações contendo poesias e trechos de grandes obras. Foram identificadas visualizações e interações advindas de usuários da plataforma em diversos países, a citar Brasil, Portugal, Suécia, Albânia e Estados Unidos. Esse dado evidencia o alcance que o projeto tem conquistado, contribuindo para a divulgação da leitura como um meio de promover o desenvolvimento, conhecimento e, principalmente, a qualidade de vida. O aplicativo WhatsApp é utilizado vinculado ao projeto de extensão Cuidar de Quem Cuida, para disponibilização dos livros como uma forma de estimular a leitura atendendo mais de 1.000 trabalhadores de vários serviços de saúde em âmbito nacional, totalizando 3.500 envios de livros digitais. Como produtos temos 1 artigo científico publicado, 7 matérias jornalísticas e 13 trabalhos apresentados em eventos científicos. O projeto é avaliado continuamente pelo docente, discentes, e também pela comunidade participante, visto que lhes é garantido o espaço para que expressem suas opiniões e sentimentos em relação à participação no projeto. São realizadas reuniões com o objetivo de acompanhar as atividades, o desempenho dos discentes e permitir discussões teóricas sobre temas relacionados ao projeto, contribuindo para formação acadêmica e cidadã.

CONCLUSÃO

O projeto Leitura é Saúde tem cumprido o seu papel de espaço de ensino interativo, criativo e colaborativo entre a universidade e a comunidade. Além disso, tem se integrado como ferramenta estratégica de tecnologia educacional para a formação e aprimoramento de todas as pessoas que constituem seu público-alvo. Também há produção de indicadores com potencial para pesquisa científica. Dessa forma, este projeto de extensão encontra-se inserido em um contexto dos diversos serviços de saúde contribuindo para o processo de humanização e papel transformador, pois está em diálogo direto com as necessidades sociais emergentes. O processo de incentivar os usuários a ler e proporcionar o hábito, é uma ferramenta importante para ampliar os horizontes dos participantes, aumentar a consciência cívica, a criatividade e estimular a exploração de novos conhecimentos.

REFERÊNCIAS

JESUS, I.P.; SANTOS, R.R.; SOUSA, A.C.M. A biblioteca móvel e o hábito da leitura: estudo de caso do bibliosesc em bairros de salvador. **Encontros Bibli: revista eletrônica de biblioteconomia e ciência da informação**, v. 22, n. 50, p. 102-113, 6 2017.

MENDONÇA, N.R.S. O desafio da democratização da leitura. **Revista Symposium**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 36-39, 2000.

NASCIMENTO, M.E.S. Bibliotecas itinerantes: literatura como ferramenta para o desenvolvimento de leitores. In: XII CONGRESSO NACIONAL DE LINGUÍSTICA E FILOLOGIA, 10., 2008, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: Cifefil, 2009. v. 12, p. 65-70. Disponível em: <http://www.filologia.org.br/xiicnlf/10/06.pdf>. Acesso em: 30 out. 2021.

AGRADECIMENTOS

A Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal de Minas Gerais pelo fomento concedido.

II SEMINÁRIO DA PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Gestão em Saúde em Tempos de COVID-19: cenários e perspectivas
9 e 10 de dezembro de 2021

AValiação da Satisfação dos Usuários com o Atendimento Prestado por Residentes

Adriane Vieira, Professora, Gestão de Serviços de Saúde, EE/UFMG; Pollyanna Maria Carmo, Graduanda, Gestão de Serviços de Saúde, EE/UFMG; João Antonio Deconto, Graduado, Gestão de Serviços de Saúde, EE/UFMG; João Paulo Carvalho, Graduado, Gestão de Serviços de Saúde, EE/UFMG

PALAVRAS-CHAVE: residentes, usuários, satisfação.

INTRODUÇÃO

Os programas de Residência fazem parte da modalidade de pós-graduação *lato sensu*, possibilitam aos estudantes obter conhecimentos específicos em uma determinada área, e por se tratar de uma modalidade de treinamento em serviço, é possível vivenciar a prática. Muitos dos discentes dos programas são jovens no início de carreira profissional e durante a residência podem adquirir também mais confiança para atuar na assistência e atingir um grau maior de aperfeiçoamento nas práticas, levando também aos pacientes um acesso aos serviços de saúde com maior qualidade (GILBERT; CARDOSO; WUILLAUME, 2006). A partir dos anos 1980, a Divisão Nacional de Saúde Pública do Ministério da Saúde (DNSP/MS) começou a reorientar o enfoque das ações educativas ressaltando a importância do papel do profissional de saúde e estimulando o trabalho participativo e intersetorial. Durante a X Conferência Nacional de Saúde, em 1996, algumas críticas foram mais contundentemente formuladas, dando origem a propostas que enfatizaram a necessidade de ações de formação dos trabalhadores orientadas pelas necessidades da população e pelo diálogo entre profissionais e usuários (ALVES; AERTS, 2011). Mais de vinte anos depois a maioria das instituições formadoras para a área de saúde no Brasil ainda privilegia o modelo de saúde disciplinar, com prioridade para a formação especializada, fragmentada e compartimentalizada, impedindo o aluno de ter uma visão geral do usuário dos serviços de saúde e do contexto onde ele vive (PAGLIOSA; DA ROS, 2008; BEZERRA et al., 2012). Nesse contexto, faz-se necessário analisar a qualidade da prestação de serviços pelos residentes e verificar se atende as premissas de acolhimento e escuta (ARGENTA, 2018).

OBJETIVO

Avaliar a satisfação dos usuários com o atendimento prestado pelos Residentes Médicos e Multiprofissionais em três hospitais gerais de Belo Horizonte, Minas Gerais.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo do tipo *survey* transversal, com aplicação de questionário em três hospitais, sendo eles um público em nível federal, um público em nível estadual e um privado, respectivamente Hospital A, Hospital B e Hospital C. Os Hospitais A e B contavam com programas de residência Médica e Multiprofissional, e o Hospital C apenas residência Médica. A Escala de Avaliação do Atendimento Prestado pelo Residente foi desenvolvida tendo como referência o questionário de satisfação do usuário elaborado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), que conta com 28 itens de avaliação. Na adaptação desse instrumento

considerou-se necessária a redução do número de itens, com o intuito de facilitar a aplicação. Como muitos usuários atendidos pela rede pública de saúde possuem baixa escolaridade, sabia-se de antemão que os pesquisadores precisariam fazer a leitura e preenchimento do instrumento. Foi formado um painel de especialista com a participação de dois coordenadores do Programa de Residência Médica do Hospital A. Posteriormente o mesmo instrumento foi submetido a apreciação dos membros componentes da Diretoria de Ensino e Pesquisa desse hospital. A versão final do instrumento manteve 8 itens de avaliação. Cada item foi pontuado em uma escala *Likert* de 5 pontos, variando de 1 para ‘Muito insatisfeito’ e 5 para ‘Muito satisfeito’. Os usuários dos serviços foram abordados nas dependências de cada hospital. Primeiramente, perguntava-se se ele sabia o nome do(s) residente(s) médico(s) e dos residentes multiprofissionais (enfermagem, fisioterapia, farmácia, fonoaudiologia, nutrição, odontologia, terapia ocupacional) responsável(is) pelo(s) atendimento(s). Previamente se fazia a consulta aos prontuários e identificava-se o nome do residente que atendia cada paciente, em seguida verificava-se a acurácia da informação, e só então se dava prosseguimento ao preenchimento do questionário pelo pesquisador, que lia a pergunta e assinalava a resposta fornecida. Se o usuário estivesse sendo atendido por mais de um residente, pedia-se para fazer a avaliação em separado, ou seja, um questionário para cada residente. Quando o usuário era criança ou idoso solicitava-se ao acompanhante que respondesse às questões. O cálculo da amostra foi realizado de acordo com as recomendações de Hair Junior *et al.* (2009), indicando um tamanho mínimo da amostra cinco vezes maior que o número de itens a serem avaliados no instrumento. Ao final da aplicação obteve-se 363 respostas, sendo: 227 no Hospital A; 72 no Hospital B; e 64 nos Hospital C. Todos os usuários assinaram o TCLE. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEPE) da UFMG com o parecer número 1.705.952, e todos os usuários assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os dados coletados foram lançados em planilha Excel e analisados através do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi composta por 61% de respondentes atendidos no Hospital A, 22% no Hospital B e 17% no Hospital C. Sobre o perfil da amostra: 90% das avaliações envolveram os residentes médicos e 10% os multiprofissionais; 60% dos respondentes se identificaram como acompanhantes e 40% como pacientes; 75% dos atendimentos ocorreram na enfermagem, 20% no ambulatório e 5% na maternidade; 29% dos respondentes tinham ensino médio completo e 9% ensino superior completo; 93% residiam em área urbana. Foi apurado que em 99% dos atendimentos o residente se identificou antes de iniciar o atendimento. Para a validação da escala utilizou-se alguns procedimentos estatísticos. Para verificar a confiabilidade foram utilizados os indicadores Alfa de Cronbach (A.C.) e Confiabilidade Composta (C.C.), obtendo-se os respectivos valores de 0,922 e 0,937, ou seja, valores acima de 0,60, confirmando a confiabilidade do instrumento. Na avaliação da validade convergente utilizou-se o critério da Variância Média Extraída (AVE) que resultou em 65,2%, confirmando a validade da escala. Para análise da adequação da amostra foi utilizado o cálculo de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), obtendo-se 0,923, valor considerado apropriado à aplicação da AFE (HAIR JUNIOR *et al.*, 2009). A Tabela 1 apresenta a verificação das medidas de validade e qualidade dos itens da escala.

Tabela 1 - Análise Fatorial Exploratória da Escala de Avaliação do Atendimento Prestado pelo Residente

Itens da escala	Carga Fatorial	Comunalidade
1. Interesse e atenção do profissional.	0,852	0,726

2. Orientações fornecidas pelo profissional sobre o atendimento.	0,790	0,625
3. Tempo que o profissional dedicou ao atendimento.	0,778	0,605
4. Cuidado do profissional com a própria aparência e vestimenta.	0,657	0,431
5. Respeito do profissional às necessidades e a privacidade do paciente.	0,861	0,741
6. Capacidade de ouvir e compreender as demandas do paciente.	0,792	0,628
7. Empenho do profissional em atender e resolver seus problemas.	0,840	0,706
8. Avaliação geral do atendimento.	0,869	0,756

Fonte: dados da pesquisa.

No que tange a AFE, todos os itens podem ser mantidos na escala, uma vez que apresentaram carga fatorial superior a 0,50. A Tabela 2 apresenta a descrição dos itens da escala.

Tabela 2 – Descrição dos itens da Escala de Avaliação do Atendimento Prestado pelo Residente

Itens da Escala	Média	D.P.	I.C. - 95%
1. Interesse e atenção do profissional.	4,74	0,58	[4,68; 4,80]
2. Orientações fornecidas pelo profissional sobre o atendimento.	4,72	0,56	[4,66; 4,78]
3. Tempo que o profissional dedicou ao atendimento.	4,66	0,67	[4,59; 4,73]
4. Cuidado do profissional com a própria aparência e vestimenta.	4,79	0,49	[4,68; 4,80]
5. Respeito do profissional às necessidades e a privacidade do paciente.	4,78	0,56	[4,74; 4,84]
6. Capacidade de ouvir e compreender as demandas do paciente.	4,79	0,53	[4,72; 4,83]
7. Empenho do profissional em atender e resolver seus problemas.	4,74	0,60	[4,74; 4,85]
8. Avaliação geral do atendimento.	4,79	0,58	[4,67; 4,80]

Fonte: dados da pesquisa.

Amestoy *et al.* (2008) defendem que a educação em saúde deve ser centralizada nos problemas diários, no reconhecimento do ser humano e na interpretação de distintas realidades. Sob os auspícios dessa concepção nasceu a Educação Permanente em Saúde (EPS), que convida a pensar sobre os processos de trabalho e a relação do trabalhador da saúde com o usuário. Logo, o trabalhador em saúde deve ter disponibilidade de se envolver com os usuários, utilizando o diálogo como ferramenta terapêutica e fundadora da saúde (ALVES; AERTS, 2011). Os resultados da pesquisa confirmam a presença dessa premissa, dado que todas as médias ficaram acima de 4,5, indicando que os respondentes estão satisfeitos com os serviços prestados. As médias de todos os itens ficaram dentro do intervalo de confiança e o desvio padrão abaixo de 1. Os itens que obtiveram as maiores médias (4,79) foram: capacidade de ouvir e compreender as demandas do paciente; e cuidado do profissional com sua apresentação (aparência e vestimenta). A avaliação geral do atendimento recebeu também média 4,79.

CONCLUSÃO

O objetivo geral da pesquisa da pesquisa foi alcançado. A escala construída foi validada e os usuários dos três hospitais investigados se mostraram satisfeitos com o atendimento prestado pelos residentes médicos e multiprofissionais em todos os quesitos, com destaque para capacidade de ouvir e compreender as demandas do paciente. Conforme preconiza a política de Educação Permanente em Saúde, a formação dos profissionais em serviço não deve ficar restrita a orientações normativas, deve-se sim buscar a democratização das decisões e dos

espaços cotidianos, o que implica em ativar a escuta e empoderar os pacientes em todas as fases do seu tratamento.

REFERÊNCIAS

ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 319-325, 2011.

AMESTOY, S. C. *et al.* Educação permanente e sua inserção no trabalho da enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 7, n. 1, p. 083-088, 2008.

ARGENTA, J. S. **A construção discursiva do vínculo terapêutico na Estratégia de Saúde da Família (ESF) em Sobral, Ceará.** 200 f. Dissertação (Mestrado)—Departamento de Língua Portuguesa. Universidade de Brasília, 2018.

BEZERRA, A. L. Q. *et al.* O processo de educação continuada na visão de enfermeiros de um hospital universitário. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 618-25, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pró-saúde: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde/ Ministério da Saúde, Ministério da Educação.** Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 77p.

GILBERT, A.C.B.; CARDOSO, M.H.C.A.; WUILLAUME, S. M. Médicos residentes e suas relações com/e no mundo da saúde e da doença: um estudo de caso institucional com residentes em obstetrícia/ginecologia. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 18, p. 103-116, 2006.

HAIR, J. F. *et al.* **Análise multivariada de dados.** Bookman editora, 2009.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, p. 492-499, 2008.

AGRADECIMENTOS

Agrademos a FAPEMIG e CNPQ pelo financiamento da pesquisa.

II SEMINÁRIO DA PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

*Gestão em Saúde em Tempos de COVID-19: cenários e perspectivas
9 e 10 de dezembro de 2021*

AVALIAÇÃO DE ANTIMICROBIANOS PARA TRATAMENTO DA COVID-19: ESTRATÉGIAS PARA ALCANÇAR A GESTÃO EFICIENTE EM UM HOSPITAL PRIVADO NO MUNICÍPIO DE GOVERNADOR VALADARES/MINAS GERAIS

Preslliane Breder Paschoarelli Santos Cobucci, Hospital Unimed Governador Valadares;
Mauro Lúcio de Oliveira Júnior, Hospital Unimed Governador Valadares; Maurício Almeida,
Universidade Federal de Juiz de Fora

PALAVRAS-CHAVE: COVID-19, Gestão de Antimicrobianos, Manejo de Antimicrobianos.

INTRODUÇÃO

O gerenciamento do uso de antimicrobianos no contexto da pandemia da COVID-19 e o estabelecimento de intervenções, eficientes e eficazes, é de extrema importância, uma vez que, o uso irracional e impróprio de antibióticos contribui para o desenvolvimento da resistência microbiana (ANVISA, 2021). Destaca-se que, essa prática é um provável causador de eventos adversos em pacientes, além de gerar custos excessivos aos serviços de saúde (ANVISA, 2021). Não obstante, a resistência bacteriana é motivo de preocupação dos gestores hospitalares, visto que, o paciente permanece exposto a diversos riscos com internação prolongada. Além disso, os custos são elevados, fato que impacta na saúde financeira da instituição ou na condição do próprio paciente (DORON; DAVIDSON, 2011). Nesse sentido, evidencia-se a necessidade de uma gestão mais efetiva e eficiente sobre os recursos disponíveis, visando a redução do desperdício, bem como potencializando os fatores humanos, assistenciais e econômicos. Uma alternativa para maximizar o gerenciamento frente ao uso do antimicrobianos é a redução de custos. Sugere-se que essa redução pode ser implementada por meio de um programa voltado ao uso racional de antimicrobianos, que permite a otimização das prescrições, possibilitando melhor resultado terapêutico ou profilático, assim como a minimização dos efeitos colaterais da seleção de germes patogênicos e da emergência de resistência microbiana (ANVISA, 2021).

OBJETIVO

O objetivo do presente trabalho é analisar o uso de antimicrobianos para tratamento da COVID-19, bem como verificar as principais intervenções realizadas em um hospital privado no município de Governador Valadares/Minas Gerais (MG).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com natureza quantitativa, baseado nos dados contidos no sistema informatizado (prontuário eletrônico) de um hospital privado de Governador Valadares/MG. A metodologia utilizada foi a auditoria retrospectiva das prescrições. Na primeira etapa, mensalmente, foram extraídas do sistema informatizado as prescrições de antimicrobianos no período de janeiro a junho de 2021. Foram incluídos nos descritores de pesquisa todos os pacientes atendidos nas unidades de internação, classificadas em baixa e média complexidade que utilizaram antimicrobianos. Posteriormente, os antimicrobianos prescritos foram analisados mediante a justificativa do médico prescritor e classificados em “conforme” ou “não conforme”, seguindo as recomendações do protocolo institucional de

antibioticoterapia para infecções comunitárias e hospitalares elaborado pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), que por sua vez, é baseado nas diretrizes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Importa destacar uma terceira classificação, ou seja, aquelas prescrições que receberam um “não conforme” por ausência de justificativa, ou por não apresentarem fundamento na prescrição. Na segunda etapa, os dados foram tabulados em planilhas do google e, posteriormente, foram realizadas análises descritivas (absolutas e relativas). Em relação aos aspectos éticos, não houve a identificação de nenhum paciente no estudo. A utilização dos dados foi autorizada pela coordenação do SCIH da instituição.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diante do exposto, os resultados encontrados foram: em janeiro de 2021, dos 178 (100%) pacientes que utilizaram antimicrobianos, somente 71 foram considerados “conforme”, perfazendo uma taxa de conformidade de 39,89%. Um fato relevante a ser considerado é que dos 87 (48,87%) pacientes em que a utilização foi considerada “não conforme”, 24 (27,58%) tiveram como justificativa de prescrição a COVID-19. Em fevereiro, 192 (100%) pacientes utilizaram antimicrobianos, 75 (39,06%) foram classificados como “conforme” e 89 (46,35%) “não conforme”. Dos 89 (46,35%) pacientes que utilizaram antimicrobianos considerados “não conforme”, 10 (11,23%) foram justificados como tratamento para COVID-19. Em março de 2021 houve um aumento considerável na utilização de antimicrobianos, período este em que houve um crescimento expressivo da curva de incidência da COVID-19 no município em questão. Nesse mês, 233 (100%) pacientes utilizaram antimicrobianos e 95 foram classificados como “conforme”, com taxa de conformidade de 40,77%. Em contrapartida, 113 (48,49%) foram classificados como “não conforme” e desses, 49 (43,36%) foram fundamentados como tratamento para COVID-19 e pneumonia viral. No mês de abril, manteve-se a constância das justificativas de uso de antimicrobianos como tratamento de COVID-19 em 46 (48,93%) dos pacientes, frente a 94 (45,85%) pacientes em que o uso dos antimicrobianos foram considerados “não conforme”. Em um número total de 205 (100%) pacientes que usaram antimicrobianos. Além disso, a classificação de conformidade foi descrita em 92 pacientes, compondo uma taxa de conformidade de 44,87%. Em maio, dos 225 (100%) pacientes que utilizaram antimicrobianos, 89 foram considerados “conforme”, com taxa de conformidade igual a 39,56%. Por outro lado, 34 (14,84%) pacientes foram considerados “não conforme”. E desses, 21 (61,76%) apresentaram como justificativa COVID-19. No mês de junho, dos 177 (100%) pacientes que usaram antimicrobianos, 65 foram classificados como “conforme”, perfazendo taxa de conformidade de 36,72%. Outros 47 (38,73%) foram considerados “não conforme”. Em 20 (52,63%) pacientes foram utilizados a justificativa de prescrição devido a COVID-19. Mediante os resultados encontrados, verifica-se que a auditoria retrospectiva é uma alternativa viável à compreensão acerca da prescrição de antimicrobianos. No presente estudo, é possível compreender que em um número expressivo de casos considerados “não conforme”, pelas diretrizes do SCIH, foram justificados devido a COVID-19. Contudo, o método de auditoria retrospectiva apesar de válido por permitir uma análise histórica dos fatos, torna-se limitado para tomada de ações imediatas. Sendo assim, a implantação de um programa de gerenciamento de antimicrobianos é fortemente recomendada. Através dele, a auditoria prospectiva dos antimicrobianos poderá ser implantada, com ações de controle que perpassam o diagnóstico correto da doença, aspectos relacionados a seleção, prescrição e dispensação adequada dos antimicrobianos, boas práticas de diluição e conservação, assim como a adoção de medidas intervencionistas (ANVISA, 2021). Esse programa possibilita ainda a emissão de *feedback* ao prescritor, assim como a educação do médico e paciente. Diante dos resultados, constata-se a essencialidade de uma abordagem aos prescritores para esclarecer quais os critérios de prescrição de antimicrobianos frente à COVID-19. Visto que, segundo a Anvisa (2021), nos casos considerados leves, os antimicrobianos não devem ser prescritos e em casos moderados,

somente devem ser prescritos antibióticos em situações de suspeita de infecção bacteriana associada. Reforçado ainda, a recomendação da agência reguladora para interrupção do antimicrobiano na ausência de infecção secundária na COVID-19. Para isso, foi realizada reunião com os médicos, coordenadores das unidades de internação, demonstrando os dados encontrados e solicitado auxílio na multiplicação das informações repassadas. Apesar das medidas de educação dos prescritores através de reuniões e elucidação dos critérios de prescrição, a gestão dos antimicrobianos apresenta fragilidades e oportunidades de melhorias.

CONCLUSÕES

A implementação do programa de gerenciamento de antimicrobianos na instituição é fundamental para promover a gestão dos antimicrobianos, seu uso racional, assim como garantir a eficácia terapêutica com o mínimo de riscos. Segundo a Anvisa (2021), os indicadores relacionados a implantação do programa de gerenciamento de antimicrobianos nas instituições brasileiras são limitados. No entanto, o estudo de Doron e Davidson (2011) enfatizou que há redução dos custos com tratamento sem prejudicar a qualidade da assistência, além de apresentar benefícios clínicos para os pacientes.

REFERÊNCIAS

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota técnica N° 05, de 03 de agosto de 2021. Disponível em: <<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota-tecnica-gvims-ggtes-anvisa-no-05-2021-resistencia-microbiana-na-pandemia-da-covid-19#:~:text=N%C3%A3o%20realizar%20ou%20realizar%20incorretamente,de%20sa%C3%BAde%20no%20contexto%20da>> Acesso em: 28 outubro 2021.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde: Prevenção de infecções por microrganismos multirresistentes em serviços de saúde. Disponível em: <<https://pncq.org.br/wp-content/uploads/2021/03/manual-prevencao-de-multirresistentes7.pdf>> Acesso em: 28 outubro 2021.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretriz Nacional para Elaboração de Programa de Gerenciamento do Uso de Antimicrobianos em Serviços de Saúde. Disponível em: <<http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/Diretriz+Nacional+para+Elabora%C3%A7%C3%A3o+de+Programa+de+Gerenciamento+do+Uso+de+Antimicrobianos+em+Servi%C3%A7os+de+Sa%C3%BAde/667979c2-7edc-411b-a7e0-49a6448880d4?version=1.0>> Acesso em: 28 outubro 2021.

DORON, S.; DAVIDSON L.E. Antimicrobial Stewardship. **Mayo Clinic Proceedings**, Boston, v. 86, n.11, p. 1.113-1123, novembro 2011. Disponível em: <https://www.mayoclinicproceedings.org/action/showPdf?pii=S0025-6196%2811%2965202-6> Acesso em: 28 outubro 2021.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem ao Hospital UNIMED de Governador Valadares/MG, assim como a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG).

II SEMINÁRIO DA PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Gestão em Saúde em Tempos de COVID-19: cenários e perspectivas
9 e 10 de dezembro de 2021

COLETA DE AMOSTRAS SANGUÍNEAS NO CORDÃO UMBILICAL PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Júnia Gonçalves de Almeida Quintão, UFMG; Karla Rona da Silva, UFMG

PALAVRAS-CHAVE OU DESCRITORES: Sangue Fetal; Testes Laboratoriais; Neonatologia.

INTRODUÇÃO

Estudos envolvendo o uso do sangue de cordão umbilical vêm sendo conduzidos com diversos objetivos, desde a avaliação do tempo de clampeamento do cordão umbilical, o armazenamento em banco de células tronco, até a coleta para realização de exames laboratoriais. A escolha do sangue de cordão umbilical para realizar exames laboratoriais no período neonatal, embora pouco comum no nosso meio, permite o uso racional dos recursos disponíveis e diminuição da morbidade neonatal (CARROLL, 2015). Quando o recém-nascido (RN) é admitido na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), há indicação de coleta de exames laboratoriais e as amostras são obtidas por punção venosa, punção arterial ou no momento da inserção de um cateter na veia umbilical. Para o recém-nascido prematuro (RNPT) de muito baixo peso (peso de nascimento < 1.500g), o volume de sangue a ser coletado frequentemente ultrapassa 10ml/kg, corresponde de 10% a 20% do volume total de sangue, podendo resultar em instabilidade hemodinâmica, anemia e aumento da necessidade de transfusão de sangue na primeira semana de vida. Além do mais, estes RNPT possuem uma rede vascular cerebral muito frágil, sensível às flutuações da pressão arterial provocadas pela espoliação sanguínea e pelas transfusões de sangue, podendo ocasionar hemorragia periventricular (HPIV) com maior frequência. Também, estão sujeitos a dor e ao estresse provocados pela retirada de sangue para a realização de procedimentos diagnósticos (CHRISTENSEN et al., 2011; BAER et al., 2012; MOORE et al., 2017, CONG, 2017). É consenso na literatura que as amostras do sangue extraídas no cordão umbilical podem ser utilizadas substituindo o sangue coletado de outras vias para a realização de exames laboratoriais admissionais em UTIN e possuem composição similar aos componentes do sangue fetal. A abundância de sangue e a facilidade de se obter estas amostras sanguíneas apontam para uma estratégia de tecnologia simples e de custo baixo no cuidado neonatal que permite aumentar a agilidade na entrega de resultados, contribuindo para a decisão terapêutica. O impacto alcançado é positivo, resultando em redução das transfusões de sangue e na incidência de HPIV, sem causar dor ou procedimentos nos RN, com melhorias na qualidade de vida destes bebês e de suas famílias (BEERAM et al., 2012; CARROLL, 2015; MOORE et al., 2017; PRAKASH et al., 2017; BALASUBRAMANIAN et al., 2019). Visando obter fidedignidade nos exames coletados do cordão umbilical é necessário planejamento criterioso do procedimento, com capacitação de todos os profissionais envolvidos e utilização de técnica de coleta adequada. Para tanto, a revisão da literatura permite mapear o que tem sido produzido sobre o tema e o processo de trabalho da equipe de enfermagem nesse contexto.

OBJETIVO

Apresentar as evidências científicas sobre as orientações para a coleta de sangue de cordão umbilical, pela equipe de enfermagem, para realização de exame laboratorial de recém-nascidos, publicados no período de 2011 a 2021.

METODOLOGIA

Foi realizada revisão integrativa da literatura e com o objetivo de auxiliar na qualidade do relato dos dados foi utilizado o diagrama de fluxo de seleção de artigos segundo as diretrizes e recomendação *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA). Os artigos foram organizados seguindo as etapas de identificação, seleção, elegibilidade e inclusão, importante na orientação da avaliação crítica da revisão integrativa da literatura (GALVÃO, 2015). Foram selecionadas as bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde, LILACS, MEDLINE, PUBMED, CINAHL, *UpToDate* e *Cochrane Library*, a partir de estratégias de busca compostas por descritores controlados a serem eleitos e auxiliados pelo uso dos operadores booleanos *AND* e/ou *OR*. Os descritores utilizados foram: coleta de amostras sanguíneas; cordão umbilical; sangue fetal; segurança do sangue, recém-nascido, neonatologia, placenta, cordocentese, testes laboratoriais, técnicas de laboratório clínico. Como critérios de inclusão foram definidos artigos publicados em periódicos científicos indexados nacionais e internacionais que abordassem a temática “coleta de amostras de sangue de cordão para a realização de exames laboratoriais”, nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola, no período de janeiro de 2011 a junho de 2021. A coleta dos dados com a seleção dos artigos e sua leitura aconteceu nos meses de julho e agosto de 2021. Os critérios de exclusão utilizados foram estudos que não abordassem o tema da pesquisa como: uso de cordocentese em pesquisas fetais, armazenamento do sangue de cordão umbilical em bancos de célula tronco, tempo de clampeamento do cordão umbilical e aqueles que se encontravam fora do recorte temporal estabelecido. Após a seleção dos estudos, foi realizada a leitura criteriosa do título, com objetivo de verificar concordância com o objeto da investigação, sendo selecionados 3.036 registros, com duplicidade em 18 artigos. Destes, foram eliminados 2.719 resultados que não contemplaram o recorte temporal mencionado e 239 que não demonstraram concordância com o tema da pesquisa. Em seguida foi efetuada a leitura do resumo dos 60 artigos selecionados, sendo excluídos 20 trabalhos nos quais a finalidade não ficou clara durante a leitura dos respectivos resumos. Foram eleitos 40 artigos cujo conteúdo abordava a coleta de amostras sanguíneas no cordão umbilical para realização de exames laboratoriais e estes trabalhos foram lidos na íntegra. Destes, 12 artigos foram incluídos na revisão, pois descreveram a técnica completa da coleta do sangue de cordão umbilical para fins de exames laboratoriais, realizado pela equipe de enfermagem.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No delineamento dos estudos um artigo foi publicado em 2015, com revisão das práticas que objetivavam a redução das transfusões sanguíneas em RN, abordando o impacto positivo em coletar amostras no sangue de cordão umbilical para realização de exames laboratoriais no período neonatal; os desfechos revelaram resultados similares nos exames coletados em amostras sanguíneas do cordão umbilical e diretamente nos RN, com redução das hemotransfusões. Outro artigo foi um estudo de caso com descrição dos potenciais benefícios da coleta do sangue de cordão umbilical a partir de uma revisão da literatura do tema abordado e publicado em 2017 (CARROLL, 2015; MOORE et al., 2017). Os demais artigos consistiram de estudos prospectivos, caso-controle, abordando a população neonatal, dos quais sete destes trabalhos compararam a qualidade dos exames laboratoriais obtidos em coletas de amostras sanguíneas pareadas - sangue de cordão umbilical e diretamente nos RN,

na avaliação de sepsis neonatal. Os exames avaliados - hemocultura, hemograma, plaquetas e proteína C reativa foram similares, apresentando o sangue de cordão umbilical como uma fonte alternativa viável e confiável para a realização destes exames. Nos outros três estudos coletaram o sangue no cordão umbilical ou diretamente no RN para realização dos exames laboratoriais, com desfechos favoráveis na redução/adiamento de transfusão sanguínea em RN submetidos a coleta das amostras no cordão umbilical e melhores índices hematológicos a partir da sua análise (CHRISTENSEM et al., 2011; BEERAM et al., 2012; BAER et al., 2013; KALATHIA et al., 2013; ROTSHENKER-OLSHINKA et al., 2013; NEWBERRY, 2018; BALASUBRAMANIAN et al., 2019; GREER et al., 2018; SANGHAVI, et al., 2020; MEDEIROS, et al., 2020). Ponto a ser destacado foi a percepção da necessidade de dispor de equipe treinada e responsável para a coleta das amostras sanguíneas no cordão umbilical, pelo aumento da confiabilidade, da qualidade e pela redução da coagulação do sangue coletado (BAER et al., 2013; NEWBERRY, 2018). À medida que os estudos mundiais avançavam e a coleta destas amostras sanguíneas se consolidava nos diversos serviços referenciados, ficou perceptível a evolução da técnica de coleta, especialmente no quesito antissepsia. A confiabilidade das hemoculturas coletadas aumentou com a secagem da placenta antes de aplicar o antisséptico, a padronização dos produtos antissépticos e seu uso crescente; também foi percebido aumento da sensibilidade do exame pela possibilidade de se coletar maior volume sanguíneo no cordão umbilical (GREER et al., 2018 MEDEIROS, et al., 2020). A leitura dos trabalhos evidenciou que as orientações necessárias para coletar sangue no cordão umbilical pela equipe de enfermagem são: organizar o material de coleta e higienizar as mãos com álcool 70%; calçar luvas estéreis; receber a placenta que foi transferida para um recipiente estéril após a sua dequitação; secar o cordão umbilical e sua base de inserção na placenta com gaze estéril; efetuar a antissepsia com Clorohexidina alcóolica 0,5%; puncionar a veia umbilical próxima a inserção da placenta com seringa de 10 ml e agulha calibre 22; aspirar 8 a 10 ml de sangue; transferir o sangue coletado para o frasco de hemocultura e tubos de coleta, nesta ordem; rotular o material coletado com dados do RN; encaminhar ao laboratório para processamento dos exames.

CONCLUSÃO

A revisão integrativa da literatura demonstrou que a coleta de amostras sanguíneas para realização de exames laboratoriais de neonatos se apresenta como uma estratégia de baixo custo e alto impacto na melhoria da assistência neonatal ao utilizar a placenta que seria descartada, com poucos riscos para o binômio mãe-bebê e sem provocar dor nestes RN. Ficou explícito também que o sucesso na coleta do sangue de cordão umbilical implica em dispor de equipe com habilidade técnica para sua realização, com processo de trabalho adequado e atualizações frequentes a partir de estratégias de educação permanente e continuada.

REFERÊNCIAS

BAER, V.L.; LAMBERT, D.K.; CARROLL, P.D.; GERDAY, E.; CHRISTENSEN, R.D. Using umbilical cord blood for the initial blood tests of VLBW neonates results in higher hemoglobin and fewer RBC transfusions. **Journal Of Perinatology**, v.33, n.5, p.363-365, out. 2012.

BALASUBRAMANIAN, H.; MALPANI, P.; SINDHUR, M.; KABRA, N.S.; AHMED, J.; SRINIVASAN, L. Effect of umbilical cord blood sampling versus admission blood sampling on requirement of blood transfusion in extremely preterm infants: a randomized controlled trial. **The Journal of Pediatrics**, v.211, n.2, p.39-445, ago.2019.

- BEERAM, M.R.; LOUGHRAN, C.; CIPRIANI, C.; GOVANDE, V. Utilization of umbilical cord blood for the evaluation of group B streptococcal sepsis screening. **Clin Pediatr (Phila)**, v.51, n.5, p.447-453, 2012.
- CARROLL, P.D. Umbilical Cord Blood - An Untapped Resource. **Clinics in Perinatology**, v.42, n.3, p.541-556, set.2015.
- CHRISTENSEN, R.D.; LAMBERT, D.K.; BAER, V.L.; MONTGOMERY, D.P.; BARNEY, C.K.; COULTER, D.M.; ILSTRUP, S.; BENNETT, S.T. Postponing or eliminating red blood cell transfusions of very low birth weight neonates by obtaining all baseline laboratory blood tests from otherwise discarded fetal blood in the placenta. **Transfusion**, v.51, n.2, p.253-258, fev.2011.
- CONG, X.; WU, J.; VITTNER D.; XU, W.; HUSSAIN, N.; GALVIN, S.; FITZSIMONS, M.; MCGRATH, J.M.; HENDERSON, W.A. The Impact of Cumulative Pain/Stress on Neurobehavioral Development of Preterm Infants in the NICU. **Early Hum Dev**, v.108, p.9-16, mai.2017.
- GALVÃO, T.F.; PANSANI, T.S.A. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: a recomendação PRISMA. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.24, n.2, p.335-342, abri-jun. 2015.
- GREER, R.; SAFARULLA, A.; KOEPEL, R.; ASLAM, M.; BANY-MOHAMMED, F.M. Can fetal umbilical venous blood be a reliable source for admission complete blood count and culture in NICU patients? **Neonatology**, v.115, p.49-58, out.2019.
- KALATHIA, M.B.; SHINGALA, P.A.; PARMAR, P.N.; PARIKH, Y.N.; KALATHIA, I.M. Study of Umbilical Cord Blood Culture in Diagnosis of Early-onset Sepsis Among Newborns with High-risk Factors. **Journal of Clinical Neonatology**, v.2, n.4, p.169-172, oct-dec.2013.
- MEDEIROS, P.D.B; STARK, M.; LONG, M.; ALLEN, E.; GRACE, E.; ANDERSEN, C. Feasibility and accuracy of cord blood sampling for admission laboratory investigations: a pilot trial. **Journal of Paediatrics and Child Health**, v.57, n.5, p.611-617.
- MOORE, S.P.; NEWBERRY, D.M.; JNAH, A.J. Use of placental / umbilical blood sampling for neonatal admission blood cultures: benefits, challenges, and strategies for implementation. **Neonatal Network**, v.36, n.3, p.152-159, may.2017.
- NEWBERRY, 2018. Comparison of Placental and Neonatal Admission Complete Blood Cell Count and Blood Cultures. **Adv Neonatal Care**, v.18, n.3, p.215-222, jun.2018.
- PRAKASH, N.; DECRISTOFARO, J.; MADUEKWE, E.T. One less painful procedure: using umbilical cord blood as alternative source to admission complete blood count. **American Journal of Perinatology**, v.34, p.1178-1184, 2017.
- ROTSHENKER-OLSHINKA, K.; SHINWELL, E.S.; JUSTER-REISCHER, A.; ROSIN, I.; FLIDEL-RIMON, O. Comparison of hematologic indices and markers of infection in umbilical cord and neonatal blood. **J Matern Fetal Neonatology**, v.27, n.6, p.625-628, 2014.
- SANGHAVI, A.; DESAI, S.; NANAVATI, R.; PRABHAT, D. Correlation of haematological parameters and C-reactive protein between cord blood and first post-natal blood sample in preterm neonates: A prospective observational study. **Journal of Paediatrics and Child Health**, v.56, n.6, p.922-927, jun.2020.

AGRADECIMENTOS

Universidade Federal de Minas Gerais/PRPq e FAPEMIG.

II SEMINÁRIO DA PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Gestão em Saúde em Tempos de COVID-19: cenários e perspectivas
9 e 10 de dezembro de 2021

DESENVOLVIMENTO DE UMA METODOLOGIA PARA DIMENSIONAMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE BELO HORIZONTE DE MINAS GERAIS

Natasha Preis Ferreira, Mestranda em Gestão de Serviços de Saúde/UFMG; Selme Silqueira de Matos, professora, Escola de Enfermagem/UFMG, Meiriele Tavares Araújo, Professora, Escola de Enfermagem/UFMG

RESUMO

O desafio de dimensionar de forma segura e responsável a equipe de enfermagem exige um método que estabeleça não só o quantitativo de pessoal, mas também leve em consideração as diversas variáveis que compõem o fazer desses profissionais nas instituições hospitalares. Os instrumentos que utilizam o sistema de classificação de pacientes disponíveis, entre eles, os instrumentos de Fugulin e Perroca, são amplamente utilizados nas instituições hospitalares, por meio da qual é possível estabelecer critérios equânimes para melhor provimento de recursos humanos de enfermagem no atendimento aos pacientes. Contudo, o Nursing Activities Score (NAS) é uma outra ferramenta que suporta a discussão sobre mensuração da carga de trabalho de enfermagem. Esse estudo teve como objetivo elaborar uma metodologia para dimensionar a equipe de enfermagem de uma unidade de internação de um hospital público. Trata-se de uma Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) de natureza qualitativa, que se desenvolve por meio das seguintes fases: concepção, instrumentação, perscrutação, análise e interpretação. Nas fases de concepção e instrumentação, foi escolhida a unidade de cuidados do 3º andar do Hospital João XXIII e o público de enfermeiros como participantes do estudo. Nas fases de perscrutação, foi definida a escala do NAS como o instrumento mais adequado para a unidade, o dimensionamento foi realizado e mostrou-se adequado à luz da legislação vigente, foi realizada a capacitação dos enfermeiros e elaborada a metodologia de dimensionamento. A metodologia levou em consideração as seguintes variáveis no instrumento além dos valores do NAS de cada paciente: necessidade de hemodiálise, transportes a serem realizados, necessidade de capacitação dos familiares dos pacientes, gravidade dos pacientes, escala prevista de técnicos para o plantão e comunicação de ausências dos técnicos de enfermagem. Espera-se que a metodologia elaborada possa ser aprimorada, para que novos dados possam surgir, e assim contribuir para as atividades do enfermeiro durante sua rotina diária e para um dimensionamento de enfermagem seguro para o exercício assistencial.

PALAVRAS-CHAVE: enfermagem, carga de trabalho, dimensionamento.

INTRODUÇÃO

No que concerne aos mecanismos disponíveis existentes para balizar os cálculos para provimento de pessoal de enfermagem tem-se legislações específicas por unidade estabelecidas pelo Ministério da Saúde e a Anvisa, assim como a resolução Nº 547/2017 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2017). Para fins de cálculo de pessoal de enfermagem a classificação dos pacientes proporciona uma base para se realizar o cálculo do total de horas de assistência de enfermagem demandada pelos pacientes de acordo com seu grau de complexidade. Essa

estratégia de avaliação é capaz de identificar as necessidades dos pacientes por meio da padronização de horas existentes por tipo de cuidado. Na literatura encontram-se vários instrumentos que visam à classificação dos pacientes, que mesmo com suas diferenças, compartilham de um objetivo em comum que é classificar a demanda de cuidados dos pacientes de forma a possibilitar um dimensionamento de enfermagem adequado. No contexto brasileiro, os mais divulgados e utilizados são o SCP de Fugulin e o Perroca. A outra ferramenta disponível para mensurar a carga de trabalho de enfermagem, ou seja, o total de horas de enfermagem, no contexto de assistência aos pacientes críticos, trata-se do Nursing activities score (NAS). O interesse em aprofundar os estudos sobre o dimensionamento da equipe de enfermagem começou ainda na graduação, pois sempre ouvia dos enfermeiros o estresse e a dificuldade de organizar a equipe para prestar o cuidado. Nos chama a atenção a dificuldade dos enfermeiros em identificarem as informações que impactam no dimensionamento da equipe e na forma mais segura em decidir sobre a alocação de funcionários a cada turno de trabalho. Assim, a unidade escolhida para esse estudo recebe pacientes de toda a instituição, mas não adota de forma sistemática nenhum instrumento e/ou método de mensuração da carga de trabalho para o dimensionamento da equipe de enfermagem. No cotidiano de trabalho observa-se que os pacientes possuem demandas características de unidade de internação e de terapia intensiva, o que gera dúvidas aos gestores em como dimensionar os profissionais da enfermagem. Isto posto, a questão norteadora desta pesquisa é: Qual o sistema de classificação mais adequado para esta unidade? Qual o perfil de pacientes encontrados na unidade? Qual a percepção dos enfermeiros sobre a carga de trabalho e como eles realizam o dimensionamento de profissionais no dia a dia e quais fatores são levados em consideração para o dimensionamento?

OBJETIVOS

O objetivo geral foi desenvolver uma metodologia para dimensionamento da equipe de enfermagem em uma unidade de internação de um hospital público de Belo Horizonte de Minas Gerais. Os objetivos específicos foram: identificar qual dos instrumentos validados, escalas de Perroca, Fugulin e NAS é adequado para avaliação da carga de trabalho e perfil de pacientes da unidade de internação; identificar o perfil da unidade utilizando a escala definida como adequada; mensurar a carga de trabalho com base na escala definida como adequada; calcular o dimensionamento adequado comparando-o com o dimensionamento real da unidade; conhecer a percepção dos enfermeiros sobre as formas de mensurar a carga de trabalho e o dimensionamento da equipe de enfermagem; descrever a metodologia elaborada para o dimensionamento da equipe de enfermagem.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa convergente assistencial (PCA). Os princípios da PCA são: manter, durante seu processo, uma estreita relação com a prática assistencial, com o propósito de encontrar alternativas para solucionar ou minimizar problemas, realizar mudanças e ou introduzir inovações no contexto da prática em que ocorre a investigação (TRENTINI; BELTRAME, 2006; TRENTINI; PAIM, 2004). O desenvolvimento da PCA ocorre por meio das seguintes fases: concepção, instrumentação, perscrutação, análise e interpretação (TRENTINI; PAIM, 1999, 2004a). Considerando as fases do PCA, nas fases de concepção e instrumentação, foram realizadas aplicação das escalas de Fugulin, Perroca e NAS na análise dos prontuários num período de 30 dias. Na fase de perscrutação, análise e interpretação, foi realizada a escolha do instrumento mais adequado ao cenário, considerando os dados levantados, a realização do treinamento dos enfermeiros, o dimensionamento de enfermagem da unidade à luz da legislação e comparados com o dimensionamento atual e a construção da metodologia de dimensionamento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa serão apresentados em 3 momentos. No primeiro momento será descrito os resultados referentes a escolha do instrumento adequado ao cenário. Foi definida a escala do NAS como o instrumento mais adequado para a unidade, por meio do coeficiente de Spearman's rho, após aplicação retroativa em 30 dias nos prontuários das escalas de Fugulin, Perroca e NAS. No segundo momento, serão apresentados os resultados referentes ao treinamento oferecido aos enfermeiros referente ao uso do instrumento definido como mais adequado ao setor. Fazem parte desse momento, as informações sobre a aplicação do pré teste e pós teste e a análise da aplicação correta do instrumento no setor. Houve grande adesão dos enfermeiros do setor na capacitação realizada e implantação da rotina de aplicação diária do NAS. O dimensionamento da equipe a partir dos dados coletados está de acordo com a resolução do 547/2017 do COFEN. No terceiro momento, será apresentada a metodologia para dimensionamento de enfermagem. Considerando os apontamentos feitos pelos enfermeiros na capacitação realizada para uso do NAS, foi elaborada a metodologia para dimensionar a equipe de enfermagem a cada turno de 12 horas, utilizando o modelo padronizado da instituição chamado de procedimento operacional padrão. Um instrumento foi criado, para aplicação da metodologia e contribuição na tomada de decisão do enfermeiro. Foi considerando as seguintes variáveis no instrumento além dos valores do NAS de cada paciente: necessidade de hemodiálise, transportes a serem realizados, necessidade de capacitação dos familiares dos pacientes, gravidade dos pacientes, escala prevista de técnicos para o plantão e comunicação de ausências dos técnicos de enfermagem, entre outros.

CONCLUSÃO

Considerar as diversas variáveis que compõem o dimensionamento fez sentido aos enfermeiros que participaram dessa pesquisa. A pesquisa convergente assistencial foi muito importante para esse estudo pois contribuiu para um maior envolvimento dos enfermeiros participantes a compreenderem a importância do dimensionamento no dia-dia de suas atividades e na contribuição destes na elaboração da metodologia que irão utilizar. A aproximação da teoria e prática e do pesquisador com o cenário do estudo, fortaleceram a adesão e implantação das novas rotinas. Espera-se que a metodologia elaborada possa ser aprimorada, para que novos dados possam surgir, e assim contribuir para as atividades do enfermeiro durante sua rotina diária e para um dimensionamento de enfermagem seguro para o exercício assistencial.

REFERÊNCIAS

- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução N° 543**, de 9 de maio de 2017. Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. Brasília: COFEN, 2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br>. Acesso em: 21 fev. 2021.
- BELTRAME, V. TRENTINI, M. A Pesquisa convergente-assistencial (PCA) levada ao real campo de ação da enfermagem. *Cogitare Enferm* 2006 mai/ago; 11(2):156-60.
- PERROCA, M. G.; GAIDZINSKI, R. I R. Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 36. 245- 252. São Paulo, 2002.
- QUEIJO, A. F. Tradução para o português e validação de um instrumento de medida de carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: Nursing Activities Score (NAS). 2002. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

SANTOS, F. *et al.* Sistema de classificação de pacientes: proposta de complementação do instrumento de Fugulin et al. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 5, p. 980-985, Oct. 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext & pid=S0104-11692007000500015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000500015) & lng=en\ nrm=iso. Acesso em: 05 fev. 2020.

TRENTINI, M., PAIM, L. Pesquisa convergente assistencial. Florianópolis: Insular; 2004.

TRENTINI, M., PAIM, L. Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial. Florianópolis: UFSC; 1999.

II SEMINÁRIO DA PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Gestão em Saúde em Tempos de COVID-19: cenários e perspectivas
9 e 10 de dezembro de 2021

EFEITOS DA APLICAÇÃO DA METODOLOGIA *LEAN THINKING* NO PRONTO ATENDIMENTO DE UM HOSPITAL GERAL

Maysa de Paula Pacheco Batista, Mestre em Gestão de Serviços de Saúde, EE/UFMG;
Adriane Vieira, Professora, Gestão de Serviços de Saúde, EE/UFMG

PALAVRAS-CHAVE: *Lean Thinking*; Gestão em saúde; Pronto Atendimento.

INTRODUÇÃO

Uma das estratégias que vem sendo utilizada no Brasil para mapeamento e otimização de processos é a metodologia *Lean Thinking*, que significa produção enxuta ou *Lean Healthcare*, quando aplicada à saúde (SILVA *et al.*, 2019). Com a adoção do *Lean Thinking*, é possível remover os desperdícios e passos desnecessários nos processos de trabalho. Com foco na qualidade do produto, a metodologia *Lean* considera a perspectiva do cliente para padronizar processos, otimizar o fluxo e eliminar as etapas ou atividades que se caracterizam como desperdícios (COSTA *et al.* 2015). O Pronto Atendimento (PA) de um hospital geral é uma das principais portas de entrada, local onde os pacientes chegam ansiosos, preocupados, muitas vezes, sentido dor e com a expectativa de serem atendidos com agilidade, segurança e de forma assertiva. A aplicação do *Lean Thinking* nos processos realizados por essa área pode contribuir com significativa melhoria na percepção de qualidade e, conseqüentemente, no aumento na satisfação dos clientes de saúde.

OBJETIVO

O objetivo da pesquisa foi analisar as possíveis melhorias na qualidade dos serviços prestados pelo Pronto Atendimento de um hospital privado após a implantação do *Lean Thinking*.

METODOLOGIA

O método utilizado foi o estudo de caso de caráter descritivo. O estudo foi realizado em um hospital geral de grande porte da cidade de Belo Horizonte. Foram realizadas quatro entrevistas semiestruturada com lideranças do Pronto Atendimento (PA), escolhidas intencionalmente em função de terem sido responsáveis pelo processo de implantação do *Lean Thinking*: 01 Coordenador de Enfermagem, 01 Coordenador Médico do Pronto Atendimento, 01 Coordenador Médico da Clínica Médica, 01 Coordenador de Atendimento. Para avaliação dos dados utilizou-se a técnica de análise de conteúdo (FRANCO, 2005). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais sob o CAAE 32211220.2.0000.5149, parecer 4.132.291, e todos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No ano de 2015, a equipe gestora do Hospital formou um comitê para avaliar os processos do Pronto Atendimento. Este comitê estudou os fluxos de atendimento, a estrutura física, o dimensionamento das equipes e o resultado dos indicadores de performance como tempo de atendimento, satisfação dos clientes e assertividade na classificação de risco. A partir desses

estudos e dos resultados das auditorias das certificações de qualidade, foram identificados gargalos de desempenho e oportunidades de melhoria. O comitê realizou visitas de *benchmarking* para identificar em outras instituições hospitalares as metodologias que pudessem contribuir para a melhoria desses pontos. Nas visitas e nos estudos realizados pelo comitê, a metodologia *Lean Thinking* foi identificada como uma importante ferramenta de mudança de processos e melhoria dos resultados. Em 2019 o comitê apresentou ao Diretor Presidente a proposta de implantação da metodologia *Lean Thinking* no Pronto Atendimento. As ações foram implantadas no mês de janeiro de 2020. Uma das ferramentas da metodologia *Lean Thinking* aplicáveis aos serviços de atendimento de urgência e emergência é o *Fast Track* (tradução do inglês: faixa ou via rápida), que consiste em uma forma de ordenar ou sequenciar o planejamento e o controle de recursos, do tipo tempo de operação mais curto primeiro (do inglês SOT – *Shortest operation time first*), em que se processam pequenas atividades rapidamente (CHAVES *et al.*, 2021). Com a implantação do *Fast Track*, realizou-se a separação dos locais e dos profissionais que realizavam o atendimento aos pacientes de médio e alto risco, agilizando o atendimento dos pacientes de classificação branca, azul e verde, sem prejudicar o atendimento aos pacientes de classificação amarela, laranja e vermelha. Caso o médico identificasse que o paciente possuía risco médio ou alto, ele deixava o fluxo *Fast Track* e passava a ser atendido pela equipe da observação ou emergência (fluxo médio ou alto risco). Para possibilitar essa ação, realizou-se a adequação da estrutura física de forma a permitir o atendimento em fluxo contínuo, evitando deslocamentos dos pacientes e dos profissionais na unidade, bem como o redimensionamento das equipes. As lideranças foram responsáveis por organizar os processos, desenhar os fluxos, capacitar e mobilizar as equipes e garantir a realização do atendimento de acordo com as ferramentas implantadas. Sobre os desafios e benefícios da implantação do *Lean Thinking* (categoria temática 1), os entrevistados se depararam com uma resistência por parte da equipe, principalmente a médica. Mas, à medida que elas foram percebendo os benefícios se integraram ao processo, e o relacionamento entre as equipes sofreu um impacto positivo. A participação efetiva da alta direção foi fundamental para a viabilização das mudanças mostrando que as mesmas eram irreversíveis. Não existe solução rápida e fácil para melhoria de processos, afirmam Grove *et al.* (2010) que ainda consideram que a realização de projetos *Lean* em instituições de saúde requer dedicação por parte da equipe multidisciplinar em estabelecer uma visão compartilhada do projeto a longo prazo. Sobre os desafios e benefícios do *Lean* (categoria temática 2), a aceitação, o envolvimento, a interação dos colaboradores e a redução no tempo de espera foram os mais citados, coincidindo com os achados de Silberstein (2006). O impacto positivo na satisfação dos clientes (categoria temática 3) foi citado por todos os entrevistados, especialmente pela redução do tempo de espera pelo atendimento. Houve também uma mudança na percepção das pessoas que circulam no local quanto a organização da sala de espera, diminuindo o estresse e a insatisfação (EIRO; TORRES JÚNIOR, 2015). Em síntese, a metodologia *Lean* proporcionou fluxos mais bem estabelecidos, melhor dimensionamento da equipe e maior especialização do corpo clínico, o que traz segurança para o atendimento realizado (MAGALHÃES *et al.*, 2016). A partir dos resultados alcançados, os gestores do PA consideraram que a metodologia possui aderência com os processos de atendimento em serviços de urgência e emergência e recomendam que outras instituições avaliem a implantação das ferramentas como forma de melhorar a qualidade do atendimento.

CONCLUSÃO

Concluiu-se que a experiência de implantação da metodologia *Lean Thinking* no Pronto Atendimento no Hospital em estudo trouxe ganhos de qualidade e segurança para a realização da assistência, e implicou na melhoria da satisfação dos clientes. Uma das limitações do estudo foi a ocorrência da pandemia causada pela COVID-19. Com a necessidade de separar

os fluxos de atendimento dos pacientes com sintomas respiratórios dos demais pacientes, o atendimento através do *Fast Track* foi interrompido, o que impediu a continuidade do projeto. Além disso, não foi possível realizar entrevistas com maior número de participantes, que seriam os profissionais de saúde (médicos e equipe de enfermagem: técnicos de enfermagem e enfermeiros) com contato direto com o paciente, porque eles foram afetados significativamente pelo aumento da carga de trabalho e do absenteísmo decorrentes da pandemia. Para os próximos estudos sugere-se a avaliação de um período de tempo maior após implantação da metodologia e a busca de outros dados referentes a satisfação do cliente, de forma a se utilizar a abordagem quantitativa também para avaliar a relação entre a metodologia implantada e a satisfação do cliente de serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

CHAVES, S. M. A. *et al.* *Fast track* nas UPAs 24h. **Revista Lean Nas UPAs**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 1-12, 2021.

COSTA JUNIOR, A. S. *et al.* An assessment of the quality indicators of operative and non-operative times in a public university hospital. **Einstein**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 594-9, 2015.

EIRO, N. Y.; TORRES-JUNIOR, A. S. Estudo comparativo das formas de apropriação dos modelos da Qualidade Total e Lean Production nos serviços de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n.5, p. 846-54, 2015.

FRANCO, M. L. P. B. **Análise de conteúdo**. 2. ed. Brasília: Liber Livro Editora, 2005.

GROVE, A. L. *et al.* UK health visiting: challenges faced during lean implementation. **Leadership in Health Services**, United Kingdom, v. 23, n. 3, p. 204-218, 2010.

MAGALHÃES *et al.*, Lean thinking in health and nursing: an integrative literature review. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, n. e2734, p. 1-13, 2016.

SILBERSTEIN, A. C. L. **Um estudo de caso sobre a aplicação de princípios enxutos em serviços de saúde no Brasil**. 161f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Instituto COPPEAD de Administração - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

SILVA, T.O. *et al.* Gestão hospitalar e gerenciamento em enfermagem à luz da filosofia *Lean Healthcare*. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, v.24, e60003, p. 1-6, 2019.

II SEMINÁRIO DA PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

*Gestão em Saúde em Tempos de COVID-19: cenários e perspectivas
9 e 10 de dezembro de 2021*

GESTÃO DO DESEMPENHO HUMANO NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Ariele Alves Nascimento; Graduanda, Gestão de Serviços de Saúde, EE/UFMG; Adriane Vieira, Professora, Gestão de Serviços de Saúde, EE/UFMG

PALAVRAS-CHAVE: Organizações de Saúde, avaliação de desempenho, gestão de pessoas.

INTRODUÇÃO

Nas organizações de saúde existem emaranhadas relações entre seus atores, cada um com suas particularidades, atuando nos diversos níveis de atenção à saúde na prestação de um serviço resolutivo, eficaz e equânime. Segundo Lucena (1992), inerente às especificidades de uma organização, as inevitáveis mudanças provocadas pela realidade política, econômica e social mundial trazem desafiantes paradigmas e tendências, no que se refere ao gerenciamento do desempenho de pessoas, ao desenvolvimento de habilidades e competências. Nesse contexto, identifica-se a Avaliação de Desempenho Humano (ADH), como uma importante ferramenta de gestão para melhorar e impulsionar o comportamento das pessoas, através da qual tanto o gestor quanto o colaborador possam conhecer seus pontos fortes e fracos, bem como potencializá-los ou superá-los, respectivamente. Para Fontenele (2010), nos serviços de saúde a gestão de pessoas ganha conotações peculiares em função do significado que o trabalho tem no processo de produção dos serviços, incluindo os interesses implícitos. Segundo Campos e Santana (2002, p.10-11), “[...] o trabalho em saúde tem implicações especiais porque não se trata apenas de uma mercadoria cujo valor se estipule de acordo com as regras de mercado. É um processo onde se realizam múltiplos e variados interesses”.

OBJETIVO

O objetivo geral desta pesquisa é descrever os desafios e perspectivas para a gestão do desempenho de pessoas nas organizações de saúde.

METODOLOGIA

O método escolhido foi a revisão de literatura sistemática do tipo integrativa. Para construção de uma revisão integrativa foi necessário desenvolver seis etapas (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). A primeira etapa correspondeu à identificação do tema e seleção da questão de pesquisa: quais os desafios e perspectivas para a gestão do desempenho de pessoas em organizações de saúde? Na segunda etapa foi feita a busca nas bases de dados para identificação dos estudos incluídos na revisão. Foram selecionados trabalhos científicos disponíveis nas bases de dados Lilacs e Medline da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e no Google acadêmico publicados em periódicos e anais de eventos entre os anos de 2011 e 2021. Foram considerados os textos em português, inglês e espanhol. Para as bases da BVS foram relacionados os descritores: desempenho humano; gestão de pessoas; saúde; e seus correspondentes em inglês e espanhol. Já no Google Acadêmico foram consideradas as combinações das palavras-chave: desempenho humano; gestão de pessoas; saúde; e

desempenho. Para a combinação utilizou-se os operadores booleanos AND e OR. Foram excluídos os trabalhos que não eram fruto de pesquisa de campo, não estavam publicados na íntegra, apareceram duplicados nas bases de dados e não se adequaram ao tema pesquisado. A amostra inicial constituiu-se de 108 artigos, sendo 7 no portal BVS e 101 nos Google Acadêmico. O processo de estudo dos dados contidos nas publicações foi realizado primeiramente por meio de uma leitura exploratória, após exclusão das amostras duplicadas. Após uma nova leitura dos títulos e resumos 75 trabalhos foram eliminados, resultando num total de 6 publicações selecionadas para amostra final. As estratégias de busca utilizadas nas respectivas bases de dados e os motivos da exclusão foram apresentadas como recomendado pelas diretrizes PRISMA (MOHER et al., 2015) (Figura 1).

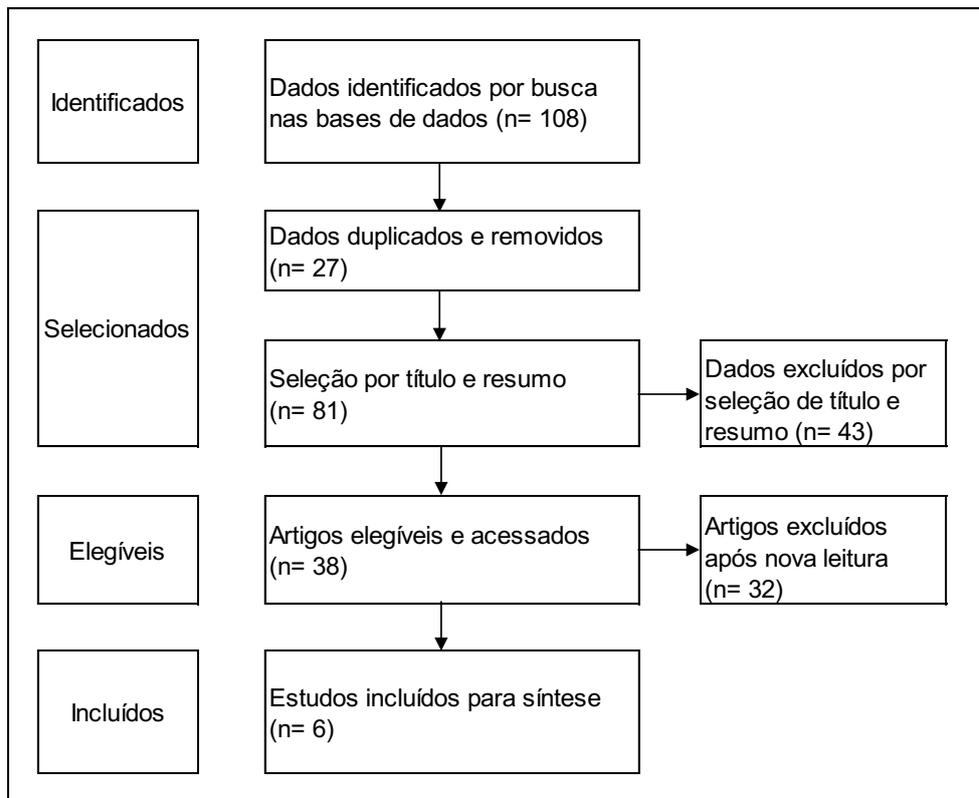


Figura 1 - Fluxograma, segundo Prisma, para seleção dos estudos primários. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2021.

Fonte: elaborado pelo autor

A terceira etapa consistiu na definição das informações que foram extraídas dos estudos selecionados. Foram utilizados dois instrumentos para reunir as informações inseridas nas publicações selecionadas. O primeiro instrumento é o registro de título, dos autores, das bases de dados e ano, já o segundo instrumento refere-se ao registro dos métodos, objetivos, amostras e resultados presentes nos estudos. A quarta etapa estava atrelada a anterior e equivaliu a avaliação dos estudos, analisando os resultados detalhadamente e de forma crítica. Foi realizada uma leitura precisa dos estudos, examinando as semelhanças e diferenças entre os resultados referentes ao objetivo pesquisado. Na quinta etapa ocorreu a interpretação dos resultados. A partir dos dados levantados foi feita avaliação de modo a discutir os aspectos principais apresentados nos estudos com relação à gestão do desempenho nas organizações de saúde. Na sexta e última etapa foi realizada a síntese das informações retiradas dos estudos, possibilitando descrever os dados de forma clara e objetiva, possibilitando o leitor avaliar os

procedimentos empregados na pesquisa. No apêndice deste trabalho encontra-se o Quadro 1, contendo uma descrição dos trabalhos selecionados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação aos resultados apresentados ficou evidenciado que houve melhora nos processos de avaliação de desempenho dos profissionais de saúde, porém, há uma necessidade de reforçar a importância desse instrumento à gestão das organizações de saúde, tendo em vista sua influência positiva na prestação dos serviços. A partir da análise das variáveis de interesse foi possível perceber que há uma concordância entre os autores da amostra em destacar que a avaliação de desempenho é uma estratégia essencial em toda gestão do sistema de saúde, uma vez que permite identificar fraquezas e pontos positivos da assistência. (MORAES et al., 2011; PEREIRA e MOREIRA, 2015; SEDIYAMA et. al., 2017; ZERMIANI et. al., 2018; CARDOSO et. al., 2019; CARDOSO et. al., 2020). A avaliação de desempenho aponta algumas perspectivas para os sistemas de incentivos futuros. É importante que seja realizada com transparência e imparcialidade, afim de que repercuta na qualidade dos serviços, na motivação dos profissionais e na forma de atendimento aos usuários. Este processo avaliativo não deve gerar conflitos, mas sim promover o diálogo entre profissionais e gestores, para que os acertos sejam recompensados e multiplicados e as falhas sejam corrigidas. Os profissionais devem se apropriar de todas as etapas de pactuação, de avaliação e de desenvolvimento de estratégias para alcançar os resultados esperados (ZERMIANI; BALDANI; DITTERICH, 2018). De acordo com os autores é possível ressaltar que o tema objeto desse trabalho carece de mais estudos, sendo vital para os resultados do cuidado em saúde (PEREIRA e MOREIRA, 2015; SEDIYAMA et. al., 2017; CARDOSO et. al., 2020). De acordo com Cardoso et. al. (2020) e Sedyama, Fialho e Silva (2017) há um longo caminho a ser percorrido até se romper com o paradigma da avaliação realizada de forma vertical e não participativa. Os mesmos acreditam que para mudar essa realidade seja necessário orientar e desenvolver os avaliadores e os avaliados para o adequado uso da avaliação de desempenho, e conscientizá-los da importância dessa ferramenta. Em avaliações de desempenho para Gestão do Serviços de Saúde é importante que todos aqueles que participam do processo, ou seja, avaliados e/ou avaliadores se tornem partícipes e motivados pelos resultados da avaliação. O papel do gestor é de extrema importância para promover e desenvolver melhores estratégias no quesito avaliação, e esta deve convergir para as necessidades dos atores envolvidos. Concernente aos desafios impostos para a gestão do desempenho de pessoas, foi observado como fatores limitantes a falta de integração entre planejamento, recursos humanos e cultura organizacional, a demora na entrega do feedback, além dos aspectos ligados ao processo de avaliação, tais como: complexidade avaliativa; falta de comunicação; despreparo dos envolvidos; falta de incentivos; insatisfação com o processo avaliativo; avaliação verticalizada; uso inadequado da ferramenta; e falta de conscientização dos atores envolvidos. Esses fatores apontam para falta de alinhamento entre as áreas, com interferência na entrega de resultados.

CONCLUSÃO

A avaliação de desempenho humano, instituída como um processo da área de gestão de pessoas tem sido instrumento de estudo na literatura, evidenciando seu grande potencial de possibilitar melhorias no desempenho das organizações e sua efetivação como objeto de gestão. Espera-se que gestores e trabalhadores, cientes da sua condição e responsabilidade como avaliadores e avaliados, sejam capazes de propor e utilizar modelos de avaliação de desempenho que não sejam orientados apenas pela lógica produção, mas sim reconhecer seu papel e capacidade para promover o desenvolvimento e evolução do trabalhador e da organização. Por fim, este estudo tem potencial de contribuir para incentivar novas pesquisas

e trabalhos sobre o tema utilizando outras metodologias; e abrir perspectivas de reflexões e estratégias sobre novas formas de inserção e cumprimento da avaliação de desempenho profissional, identificando o que leva ao sucesso ou a ineficiência do processo de avaliação de desempenho, em diferentes contextos do setor de saúde, para melhor uso dessa ferramenta na gestão de pessoas.

REFERÊNCIAS

CAMPOS, F.E.; SANTANA, J.P. **Política de recursos humanos em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CARDOSO, A. S. F. et al. Avaliação de desempenho: percepção de profissionais da saúde em uma instituição hospitalar pública. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 10, ex.39, p. 39, 2020.

CARDOSO, A.S.F. et al. O processo de avaliação de desempenho à luz do referencial freiriano: com a palavra, os profissionais de saúde de um hospital público. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 23, e-1160, p. 1-8, 2019.

FONTENELE, M.F.M. Gestão do desempenho humano: um estudo de caso em um Hospital Geral de Fortaleza (CE). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1315-1324, 2010.

LUCENA, M.D.S. **Avaliação de desempenho**. São Paulo: Atlas; 1992.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P; GALVAO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto – Enfermagem** [online], Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MOHER, D.; LIBERATI, A.; TETZLAFF, J.; ALTMAN, D. G. Principais itens para relatar revisões sistemáticas e Meta-análises: a recomendação PRISMA. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 335-342, 2015.

MORAES, J.T.; CARVALHO, S.F.; GONÇALVES, M.A. A prática do enfermeiro na avaliação da assistência de Enfermagem de um hospital geral no município de Divinópolis. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**. v. 1, n. 4, p. 537-545, 2011.

PEREIRA, N.M.D.; MOREIRA, V. Avaliação de desempenho dos profissionais de enfermagem. **Pensar Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 18-53, 2015.

SEDIYAMA, G. A. S.; FIALHO, C. M.; SILVA, F; C. Avaliação de Desempenho no Setor Público: o Caso da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Viçosa-MG. **Anais**, São Paulo, XLI Encontro da ANPAD. Rio de Janeiro: ANPAD, 2017.

ZERMIANI, T.C.; PINTO, M.H.B.; DITTERICH, R.G. Pagamento por desempenho na atenção primária à saúde em Curitiba-PR: incentivo ao desenvolvimento da qualidade. **Sociedade e Cultura**, v. 21, n. 2, p. 98-116, 2018.

Apêndice 1

Quadro 2: Título, autores, base de dados, local de publicação e ano dos trabalhos selecionados.

Nº	TÍTULO DA PUBLICAÇÃO	AUTORES	BASE DE DADOS	LOCAL DE PUBLICAÇÃO	ANO
1	Avaliação de desempenho: percepção de profissionais da saúde em uma instituição hospitalar pública	Adriana Serdotte Freitas Cardoso Clarice Maria Dall'Agnol Eliane Tatsch Neves Gisela Maria Schebella Souto de Moura	Google Acadêmico	Revista de Enfermagem da UFSM	2020
2	O processo de avaliação de desempenho à luz do referencial freiriano: com a palavra, os profissionais de saúde de um hospital público	Adriana Serdotte Freitas Cardoso Clarice Maria Dall'Agnol Eliane Tatsch Neves Gisela Maria Schebella Souto de Moura Agnes Olschowsky Dagmar Elaine Kaiser	Google Acadêmico	Revista Mineira de Enfermagem	2019
3	Pagamento por desempenho na atenção primária à saúde em Curitiba-PR: incentivo ao desenvolvimento da qualidade	Thabata Cristy Zermiani Marcia Helena Baldani Rafael Gomes Ditterich	Google Acadêmico	Sociedade e Cultura	2018
4	Avaliação de desempenho no setor público: o caso da secretaria de saúde da Prefeitura Municipal de Viçosa-MG	Gislaine Aparecida Santana Sedyama Carolina Magalhães Fialho Fernanda Cristina da Silva	Google Acadêmico	EnANPAD	2017
5	Avaliação de desempenho dos profissionais de enfermagem: percepção de justiça dos avaliados	Nuno Miguel Dias Pereira Viriato Moreira	Google Acadêmico	Pensar Enfermagem	2015
6	A prática do enfermeiro na avaliação da assistência de Enfermagem de um hospital geral no município de Divinópolis	Juliano Teixeira Moraes Suzana Freitas de Carvalho Marina de Azevedo Gonçalves	Google Acadêmico	Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro	2011

Fonte: elaborado pelo autor.

II SEMINÁRIO DA PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Gestão em Saúde em Tempos de COVID-19: cenários e perspectivas
9 e 10 de dezembro de 2021

INTELIGÊNCIA EMOCIONAL NO TRABALHO EM SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Rafael de Jesus da Paz, UFMG; Fátima Ferreira Roquete, UFMG; Fernanda Rodrigues Maia Mendez, UFMG; Karla Rona da Silva, UFMG

PALAVRAS-CHAVE: Inteligência Emocional; Trabalho em Saúde; Profissional de Saúde.

INTRODUÇÃO

O termo inteligência emocional surgiu a partir da ampliação do conceito tradicional de inteligência que incluiu em seus domínios as emoções e sentimentos. Em 1997, Mayer e Salovey revisaram a conceituação de Inteligência Emocional (IE) e a definiram como a capacidade do indivíduo regular e adaptar os sentimentos e as emoções sejam próprios ou alheios, processar informações emocionais de forma acurada e eficiente a partir desses processos mentais. Para Gonzaga & Monteiro (2011), abordar o universo das emoções no ambiente de trabalho causaria estranheza até pouco tempo atrás, uma vez que as organizações estão alicerçadas em princípios de racionalidade tais como: metas, processos de trabalho, planejamento e outros. Considerando a complexidade atribuída às organizações de saúde, a relevância da qualidade das relações humanas nos cuidados de saúde se tornou cada vez mais evidente. Goleman (2012) afirma que a formação dos profissionais de saúde deveria incluir algumas ferramentas básicas de IE, especialmente autoconsciência, a empatia e o saber ouvir, pois é através dela que o cuidado se estabelece. Para exercer o cuidado em saúde é importante que os profissionais de saúde conheçam seus sentimentos, e identifiquem suas limitações e seus potenciais no exercício profissional e pessoal. A proposta deste trabalho é examinar o cenário de pesquisas sobre o tema, em âmbito nacional, buscando melhor compreensão do atual estado de desenvolvimento da IE especificamente no trabalho em Saúde. Para o levantamento da produção científica relacionada a IE no trabalho em Saúde no período entre 2009 e 2018, utilizou-se a base de dados da biblioteca virtual em Saúde (BVS), por ela incluir a maior parte do escopo de publicações científicas do País.

OBJETIVO

Apresentar o perfil das produções científicas de âmbito nacional, relativas ao tema Inteligência Emocional no contexto do trabalho em saúde, publicadas entre 2009 e 2018.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, organizada em seis etapas: a) elaboração de uma pergunta norteadora; b) busca on-line das bases de dados por meio da BVS; c) seleção dos artigos, seguindo os critérios de exclusão e inclusão, com a amostra composta por 34 artigos; d) análise comentada dos artigos selecionados; e) deliberação sobre os resultados obtidos, formulados a partir da síntese e interpretação dos estudos selecionados; f) apresentação dos resultados conforme Souza (2010). Foram utilizados para busca os seguintes descritores e suas combinações na língua portuguesa: “Inteligência Emocional” e “Trabalho em Saúde, Trabalhador de saúde, Profissional de Saúde, Prestadores de cuidado de Saúde”. A estratégia de busca foi planejada para recuperar os artigos na interseção dos dois descritores, ou seja, eles

deveriam conter pelo menos um dos termos de cada conjunto. Os critérios de inclusão definidos para a seleção das publicações foram: artigos em português, publicados na íntegra que retratassem a temática I.E no Trabalho em Saúde. Os artigos foram levantados na base de dados da BVS, especificamente BDENF Enfermagem, LILACS, MEDLINE e Index Psicologia. Na primeira busca, foi utilizado um filtro dos últimos cinco anos (2014 - 2018), porém, devido ao resultado apresentado com apenas doze artigos, alguns deles duplicados e outros não se relacionados ao tema, restando apenas 4 artigos que atendiam o escopo da pesquisa, optou-se por ampliar o período de busca para os últimos dez anos (2009 -2018). Realizou-se então a leitura de resumos e, nos casos em que estes não permitiam identificar a metodologia das pesquisas com clareza, recorreu-se ao texto integral, sendo incluídas para análise as pesquisas que contemplavam a I.E no contexto do trabalho ou trabalhadores em saúde. Os artigos que correlacionaram outros tipos de inteligência a problemas emocionais, mas sem referir-se ao construto de I.E em saúde, foram excluídos, assim como estudos duplicados, sendo considerados apenas o primeiro apresentado na busca. O levantamento dos artigos foi realizado por dois pesquisadores e houve 100% de concordância entre eles sobre os artigos a serem selecionados. A leitura dos resumos dos 34 artigos levantados resultou na seleção de 15 artigos, após utilização dos critérios de inclusão e exclusão, previamente estabelecidos.

RESULTADOS

Em relação à distribuição dos artigos por ano, dos 15 selecionados, 1 foi produzido em 2018 (6,6%), 4 foram produzidos em 2017 (26,6%), 1 em 2015 (6,6%), 1 em 2014 (6,6%), 4 em 2012 (26,6%), 2 em 2011 (13,3%) e 2 em 2009 (13,3%). A média foi de 0,6 artigos por ano. Com relação a bases de dados, a maioria dos estudos estavam disponibilizados pela LILACS (40%), enquanto 26,6% foram encontrados no Index Psicologia, 20% na MEDLINE e 13,3% no BDENF Enfermagem. Quanto à autoria, duas informações distintas foram extraídas: a quantidade de artigos por autor e a quantidade de autores por artigos. Em relação ao primeiro aspecto, foram identificados 45 autores distintos nos artigos analisados, sendo que destes, 42 participaram da elaboração de um único artigo e três autores em dois artigos. Referente à quantidade de autores em cada artigo, verificou-se que 11 artigos (73%) contaram com três autores, sendo que seis foi a quantidade máxima observada de autores por artigo. Os artigos analisados foram publicados em 12 revistas científicas distintas, sendo que os periódicos com maior quantidade de artigos publicados foram na Revista Avaliação Psicológica (20%), seguida da Revista Latino-Americana de Enfermagem (13%) e os demais periódicos com um artigo cada, representaram cada um 6,6% do total, sendo eles: Revista Brasileira de Enfermagem, Estudos Interdisciplinares em Psicologia, Revista SOBECC, Acta Paul Enfermagem, Avaliação Psicológica, Revista Psicologia, Organizações e Trabalho, Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Revista de Enfermagem UERJ, Revista Bioética, Psico e Estudos de Psicologia. Aparentemente a produção científica sobre a IE vem se mantendo constante ao longo dos últimos dez anos no Brasil. Em média, no entanto, foram publicados menos de dois artigos por ano, apontando no sentido da necessidade de ampliar a quantidade de estudos na área. Outro aspecto observado foi a variedade de autores, o que poderia representar o envolvimento de um número cada vez maior de pesquisadores que se dedicam a esta área de investigação. O grande número de autores com uma única publicação sobre o tema, porém, pode levar a duas suposições distintas: (1) ou as pesquisas na área são complexas, tornando o estudo um processo significativamente demorado, ou (2) o envolvimento desses pesquisadores com a área é pontual. Pesquisas que cobrissem um período mais extenso e que analisassem a características da autoria poderiam permitir avaliar a veracidade destas suposições. Em relação às revistas científicas, o levantamento do presente artigo apontou o periódico Avaliação Psicológica como a revista mais utilizada, o que provavelmente está relacionado à proposta

adotada pela mesma, que é divulgar à comunidade científica os avanços da teoria, pesquisa e prática voltados para a psicologia.

CONCLUSÃO

A intenção da pesquisa foi realizar um levantamento da produção referente à inteligência emocional nos últimos 5 anos no cenário nacional, porém se fez necessário estender esse período para 10 anos, tendo em vista o pequeno número de artigos destinados ao assunto nesse intervalo. Após essa mudança foi permitido examinar a natureza das pesquisas, bem como avanços na área. Apesar disso, ainda são necessárias maiores pesquisas na área, bem como pesquisas sobre intervenção de IE e a eficácia dessas intervenções. Pesquisas futuras que explorem um maior número de bases de dados e outras fontes podem ampliar o mapeamento da área e oferecer um desenvolvimento histórico sobre IE.

REFERÊNCIAS

GOLEMAN, Daniel. Além do conhecimento especializado. In: GOLEMAN, Daniel.

Trabalhando com a Inteligência Emocional. Rio de Janeiro: Objetiva, 2011. p. 5-25.

GONZAGA, A. R.; MONTEIRO, J. K. Inteligência emocional no Brasil: um panorama da pesquisa científica. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 27, n. 2, p. 225-232, jun. 2011.

GONZAGA, A. R.; MONTEIRO, J. K. Inteligência emocional e qualidade de vida em gestores brasileiros. **Aval. psicol.**, Itatiba, v. 10, n. 2, p. 117-127, ago. 2011.

MAYER, J. D., Salovey, D. J. What is emotional intelligence? In P. Salovey & D. J. Sluyter (Eds.), **Emotional Development and Emotional Intelligence: Implications for Educators** (pp. 3-31). New York: Basic Books, 1997.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R.. Revisão Integrativa, o que é como fazer?. **Einstein**, São Paulo, [S.L.], v. 8, n. 1, p. 102-106, mar. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>.

II SEMINÁRIO DA PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Gestão em Saúde em Tempos de COVID-19: cenários e perspectivas
9 e 10 de dezembro de 2021

PROGRAMA ACOMPANHAR: HISTÓRICO DA IMPLANTAÇÃO E RESULTADOS ALCANÇADOS

Richardson Warley Siqueira Luzia, Mestre em Gestão de Serviços de Saúde EE/UFMG; Ana Paula Penna de Simone, Especialista em Enfermagem do Trabalho; Marcos Aurelio Fonseca, Doutorando na FIOCRUZ

PALAVRAS-CHAVE: Saúde do trabalhador, Gestão de Pessoas; Qualidade de vida; Hospital, Profissionais de saúde.

INTRODUÇÃO

A crise humanitária mundial causada pela pandemia do vírus SARS-CoV-2 tem gerado esforços dos profissionais de diversas áreas, dentre elas, saúde, educação e segurança pública. No Brasil e no mundo, para proteger a população e evitar a disseminação, além de medidas de combate da doença causada pela contaminação nomeada como COVID-19, tem-se adotado medidas radicais e inéditas para a população, cujo principal objetivo é promover o distanciamento social e melhorar as condições sanitárias. Isto tem elevado a carga de estresse nas pessoas, provocando sofrimentos e até mesmo, adoecimentos mentais. O ACOMPANHAR: Programa de Saúde Mental ofertado aos servidores da FHEMIG, foi criado em março de 2020, quando o Enfermeiro do Trabalho, Richardson Warley Siqueira Luzia, retornou da pós-graduação stricto sensu (Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde, da Escola de Enfermagem da UFMG) e assumiu a chefia do Núcleo de Estatística e Gestão da Força de Trabalho (NEGFT), vinculado à Diretoria de Gestão de Pessoas (DIGEPE). Em parceria entre Diretoria de Gestão de Pessoas (DIGEPE), Núcleo de Estatística e Gestão da Força de Trabalho (NEGFT) e Gerência de Saúde e Segurança do Trabalhador (GSST), ambos preocupados com os primeiros sinais de sofrimento mental entre os servidores, devido a chegada da pandemia da COVID-19, foi demandado pela Diretora da área à época, um dos coordenadores deste projeto, como chefe do NEGFT, que idealizou a elaboração inicial do projeto de saúde mental.

OBJETIVO

O Programa Acompanhar tem como objetivo realizar ações imediatas de informação, prevenção do sofrimento e/ou adoecimento e intervenções com foco no cuidado em saúde mental para os servidores da FHEMIG, visando a melhoria das condições de trabalho. Inicialmente, o projeto foi nomeado de “FHEMIG pela vida”.

METODOLOGIA

Foram convidadas para participar do projeto a Gerente da GSST e demais profissionais ligados a esta gerência. Por indicação da presidência a época, o Terapeuta Ocupacional veio também compor o grupo para a condução do projeto. Por ser um momento inicial e crítico da pandemia, seria importante a agilidade nas ações, pois os primeiros casos já se manifestavam nas Unidades. Dessa forma, a primeira medida adotada foi a integração dos atendimentos da equipe de Psicologia da GSST ao projeto, tais atendimentos começaram a ser realizados em

abril. Posteriormente, a proposta do projeto foi revisada, decidindo-se pela elaboração de um “Programa”, e com a definição da equipe de Gestores Responsáveis Técnicos pelo Programa. No final do mês de maio de 2020, o Programa já estava revisado e renomeado como ACOMPANHAR. Logo em seguida, os atendimentos psicológicos foram formalizados e divulgados a todos os servidores, pelas estratégias de comunicação disponibilizadas na Rede, pela Intranet. Em junho, o Programa foi institucionalizado pela Presidência da FHEMIG. Enquanto eram pesquisados os projetos e as ações que poderiam compor o Programa, foram consultadas outras iniciativas desenvolvidas na Fundação, tais como, o projeto “Cuidando de quem cuida”, da GSST, e Práticas Integrativas Complementares (PICs), realizada no Hospital Eduardo de Menezes/HEM, conforme projeto em anexo no ACOMPANHAR. O Programa Acompanhar foi apresentado ao novo diretor da DIGEPE em 2020, e teve sua sequência de execução ao decorrer do ano de 2020 e, continua ativo em 2021. Em setembro de 2021, junto ao Instituto Raul Soares (IRS), através dos setores formais da DIGEPE: NEGFT e GSST, foi realizada uma parceria para a gestão da força de trabalho e cuidados aos servidores que necessitarem de atendimentos psiquiátricos ligados ao Programa Acompanhar. Sendo assim, após atendimento da psicologia e discussão entre a equipe multiprofissional da GSST, se necessário, será avaliada a necessidade de um acompanhamento psiquiátrico, acionando e discutindo o caso, com a equipe do IRS.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Fase I - Sensibilização dos gestores e participantes, constituição do polo local e acolhimento das demandas dos servidores: Etapa 1 - Informação e divulgação de orientações: compartilhamento do material de informação, contendo todas as orientações atualizadas dos órgãos oficiais, a todos os servidores e Unidades, pelas ferramentas de comunicação disponíveis: INTRANET, sítio da INTERNET, grupos de Whatsapp, Instagram, quadros de avisos, cartazes e folders, SEI, e-mail, telefone fixo e celular. Etapa 2 - Mapeamento local das demandas, com a sensibilização do Diretor das Unidades: divulgar o projeto na Unidade, comunicar aos servidores as possibilidades de atuação do projeto, levantar demandas não espontâneas, fazer o acolhimento inicial e dar o direcionamento posterior. Etapa 3 - Acolhimento e direcionamento das demandas: duas possibilidades de acesso pelos servidores aos serviços disponibilizados. A primeira possibilidade é de forma presencial na Unidade, junto ao acolhimento dos Profissionais de Saúde e Segurança do Trabalhador na Unidade e posterior encaminhamento à GSST. A segunda possibilidade é por solicitação via contato telefônico direto do servidor ou encaminhamento da equipe interna da GSST. Caso seja percebida a necessidade de atendimento médico, preferencialmente o médico psiquiatra, o servidor acolhido na GSST poderá ser encaminhado para a avaliação deste profissional no Instituto Raul Soares. A equipe de psiquiatria do IRS destinada para atendimento ao servidor encaminhado pelo Programa Acompanhar será composta pelos Médicos Residentes e Preceptores que atuam no ambulatório da unidade. Nos casos das Unidades do interior, se for necessária intervenção médica, o servidor deverá ser encaminhado à Rede de Atenção Psicossocial do município. Fase II: Definição e aquisição da Plataforma Digital a ser priorizada como instrumento de intervenção. Considerando o alcance, a efetividade e os baixos custos, será adotado, em uma segunda fase, o uso de uma Plataforma Digital como principal instrumento de intervenções do programa. Fase III: Promoção da saúde mental dos servidores e as práticas integrativas e complementares: Em um terceiro momento, baseando-se inclusive nos dados, informações e resultados das fases anteriores, o ACOMPANHAR terá como objetivo a ampliação do seu escopo no sentido de propor e implantar nas Unidades, a promoção da saúde mental dos servidores. Pela previsão de encontros presenciais e atividades em grupo, essa fase deve ser implantada definitivamente após a remissão da pandemia. O programa Acompanhar está em execução atual nas fases I e II, e, a fase III está em fase de

planejamento para ser incorporada na rede. O Programa apresentou, após mais de um ano de funcionamento, os seguintes resultados: Atualmente, estão em atendimento 24 servidores; outros 71 foram atendidos e receberam alta ou foram encaminhados, totalizando 95 servidores cadastrados pelo programa. Desses, 88,45% eram efetivos (84 servidores), 10,5% eram contratados (10 servidores) e 1,05% (1 servidor) era Médico Residente. Confirmando o predomínio do sexo feminino nas profissões da saúde e a tendência menor dos homens para procurar ajuda, 85,3% eram mulheres (81 servidoras) e 14,7% eram homens (14 servidores). As categorias profissionais que mais buscaram atendimento foram: Técnico de enfermagem, com 55,8%, Auxiliar administrativo, com 10,5%, e Enfermeira/o, com 9,5%. Os profissionais que atuavam em áreas de contato direto com os pacientes, nomeados de “linha de frente” contra a COVID-19 foram os mais afetados pela sobrecarga de trabalho e as condições estressantes, o que desencadeou o maior número de casos de sofrimento mental entre eles. As Unidades que realizavam atendimento exclusivo ou indireto aos casos de COVID-19 e aquelas que atendiam os casos de urgência e emergência concentraram o maior número de casos. O número médio de atendimentos foi de 4 sessões; se houvesse indicação clínica, poderia haver mais 4 sessões, a critério do psicólogo responsável. Entretanto, devido às particularidades do processo de adoecimento de cada pessoa, 20 servidores extrapolaram o tempo de oito sessões. A duração média dos atendimentos foi de 50 minutos.

CONCLUSÃO

Passado pouco mais de um ano do seu início, o Acompanhar continua em desenvolvimento nas fases I e II, sendo que a fase III, está como planejada, mas não executada. Dito isso, o programa deve ser mantido mesmo quando o contexto da pandemia for superado, pois se tornou um programa institucionalizado. Ele se mostrou efetivo na medida em que conseguiu dar respostas a todos os servidores que solicitaram atendimento e continua aberto a novas solicitações, na medida em que permanece com ampla divulgação nos meios de comunicação institucional. Evidenciou-se por esta experiência que é fundamental que o servidor/trabalhador perceba que a instituição se preocupa com a sua saúde e procura oferecer de gestão de força de trabalho, para buscar melhores condições exercer o seu trabalho, amenizando as fontes estressoras, o sofrimento e/ou doenças. Neste momento histórico inédito e desafiador imposto pela eclosão da pandemia da COVID-19, emergiu com mais força o papel dos gestores ao apresentarem soluções criativas e, ao mesmo tempo, efetivas e viáveis, especialmente quando consideradas as instituições públicas, para lidar com os problemas do cotidiano e gerar mudanças que sejam duradouras. A saúde mental do profissional de saúde é tema de um debate constante, devido a subjetividade que o assunto promove nas discussões. Entretanto, esta é uma discussão que deve ser mantida pulsante e todas as propostas e temáticas, que tenham como objetivo a integração de ações que favoreça a saúde mental, bem como a preservação dos trabalhadores e gestores.

II SEMINÁRIO DA PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Gestão em Saúde em Tempos de COVID-19: cenários e perspectivas
9 e 10 de dezembro de 2021

RELATO DE EXPERIÊNCIA: AÇÕES E RESULTADOS DO PROJETO CUIDAR DE QUEM CUIDA

Verônica Francis Duquina Mateus, Cristiano Inácio Martins, Monique Galvão Dos Santos,
Karla Rona da Silva, Universidade Federal de Minas Gerais

PALAVRAS-CHAVE: Profissionais da Saúde; Saúde Mental; Coronavírus.

INTRODUÇÃO

O projeto de extensão Cuidar de Quem Cuida surgiu em abril de 2020, durante a pandemia da COVID-19, como uma demanda social que visa reconhecer, valorizar, e incentivar os trabalhadores dos serviços de saúde via aplicativo de celular. Visa contribuir para o fortalecimento da saúde mental dos homenageados. Devido ao atual cenário de sobrecarga física e psíquica causada pela pandemia da COVID-19, pode ocorrer uma fragilidade emocional adicional a estes trabalhadores, que são de extrema importância para o setor saúde (BRASIL, 2020). Nesse sentido, o projeto Cuidar de Quem Cuida é reconhecido como uma tecnologia digital com poder de contribuir para a gestão do cuidado com os trabalhadores desse setor, passível de ser compartilhada em tempos de isolamento social. É uma ferramenta que alcança relevância por sua capacidade de contribuir na minimização do sofrimento mental desses trabalhadores, com potencial impacto na motivação e desempenho profissional. As atividades estão em consonância com a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, promovendo interdisciplinaridade em suas ações, resultando em impacto e transformação social e discente. Vale destacar que a interação dialógica estabelecida com a sociedade é fundamental para o exercício do projeto.

OBJETIVO

Apresentar os resultados do Projeto Cuidar de Quem Cuida no período de abril de 2020 a setembro de 2021.

METODOLOGIA

A ação tem por objetivo homenagear trabalhadores dos diversos serviços de saúde em âmbito nacional e internacional. As demandas partem de pessoas do convívio afetivo, familiares e/ou colegas de trabalho, que enviam o nome e número de *WhatsApp* do trabalhador, podendo gravar ou redigir sua própria mensagem, ou solicitar uma mensagem padrão elaborada pela equipe atuante. Os dados dos solicitantes, homenageados, envios e feedback são cadastrados na planilha *Microsoft Excel 2016*, e após o cadastramento os discentes atuantes convertem as mensagens e/ou vídeos para formato cartão virtual contendo a dedicatória e logos do Projeto e rede de apoio. O projeto atua em vários Estados do país como Pará, São Paulo, Minas Gerais, Acre, Bahia e Ceará, já tendo recebido demandas de outros países, como Espanha, Portugal e França, realizando continuamente divulgação da ação através de e-mails e redes sociais. Ademais, o projeto é avaliado continuamente pelo docente, discentes, e também pela comunidade participante, visto que lhes é garantido o espaço para que expressem suas opiniões e sentimentos em relação à participação no projeto. São realizadas reuniões com o objetivo de

acompanhar as atividades, o desempenho dos discentes e permitir sugestões e discussões teóricas sobre temas relacionados ao projeto, contribuindo para formação acadêmica e cidadã.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O projeto enviou 6.611 homenagens, sendo 43,61% em formato de texto e 56,39% vídeo. Houve produção de 8 flyers, 3 vídeos informativos, 13 entrevistas concedidas a meios de comunicação de amplo alcance, participação em 7 eventos científicos com recebimento de 2 prêmios como melhor trabalho, e 3 resumos expandidos publicados em Anais científicos. Serviu também de inspiração para outras entidades, como a Unicentro Paraná, que seguindo nosso método criou o Projeto Colher e Acolher, que homenageia profissionais atuantes na linha de frente contra a COVID-19. O *Instagram* do Projeto possui atualmente 686 seguidores e 268 publicações, com média de 274 impressões no último mês e 29 novas visitas ao perfil na última semana de setembro (+380% em comparação à última semana do mês de agosto). O projeto tem cumprindo sua função como espaço de ensino-aprendizagem interativo e colaborativo entre a universidade e a comunidade. Ademais, apresentou ampla adesão, funcionando como uma rede de apoio e demonstração de carinho, sendo reconhecido por entidades, meios de comunicação e através de premiações. Sabendo-se que as condições de trabalho dos profissionais de saúde podem acarretar estresse e outros agravos, são necessárias estratégias que reduzam o efeito dos estímulos desfavoráveis (SOUSA; ARAÚJO, 2015). Sendo assim, espera-se que com a continuidade do projeto, possamos contribuir efetivamente na melhoria da vida profissional desses trabalhadores através do cuidado afetivo e valorização de seu trabalho.

CONCLUSÃO

Os resultados mostram que essa ação tem sido amplamente utilizada como ferramenta de atenção, valorização e cuidado aos trabalhadores dos serviços de saúde. Isso pode refletir diretamente num melhor rendimento profissional, o que tende a beneficiar a equipe como um todo, visto que a sociedade caminha para cada vez mais usar de todas as possibilidades oferecidas pela tecnologia digital. O uso de tais ferramentas podem além contribuir no âmbito da saúde mental dos trabalhadores, servir como estratégia para que os gestores fortaleçam o clima organizacional e o trabalho em equipe.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010, 48 p. ISBN 978-85-334-1713-7.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Recomendação nº 20**. Recomenda a observância do Parecer Técnico nº 128/2020, que dispõe sobre as orientações ao trabalho/atuação dos trabalhadores e trabalhadoras, no âmbito dos serviços de saúde, durante a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional em decorrência Doença por Coronavírus – COVID-19. Brasília: Ministério da Saúde, 7 abr. 2020. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1103-recomendac-a-o-no-020-de-07-de-abril-de-2020>. Acesso em: 25 ago. 2021.

FONSECA, João José Saraiva da. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará (UECE), 2002.

SOUSA, Viviane Ferro da Silva; ARAÚJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de. Estresse Ocupacional e Resiliência Entre Profissionais de Saúde. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, ano 35, p. 3, Jul-Set 2015. DOI <https://doi.org/10.1590/1982-370300452014>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/pcp/a/Rhkt76ZKTnCNjVFSLGQ7Whw/?lang=pt#>. Acesso em: 20 out. 2021.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal de Minas Gerais pelo fomento concedido.

II SEMINÁRIO DA PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Gestão em Saúde em Tempos de COVID-19: cenários e perspectivas
9 e 10 de dezembro de 2021

TAXA DE ABSENTEÍSMO POR DOENÇA EM TRABALHADORES DA FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS: UMA ANÁLISE COMPARATIVA 2019 E 2020

Richardson Warley Siqueira Luzia, Mestre em Gestão de Serviços de Saúde EE/UFMG; Jair Alves Pereira Filho, Mestrando em Gestão de Serviços de Saúde EE/UFMG; Adriane Vieira, Professora Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde/EE/UFMG; Marcos Aurelio Fonseca, Doutorando na FIOCRUZ

PALAVRAS-CHAVE: Absenteísmo, Saúde do trabalhador, Gestão de Pessoas. Hospital, Profissionais de saúde.

INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019 foi identificado na cidade de Wuhan, capital da província de Hubei, na China, um surto de pneumonia de causa desconhecida. A doença foi atribuída a um novo tipo de coronavírus em seres humanos (SARS-CoV-2) e denominada COVID-19 (LIMA, 2020). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), 81% dos casos de infecção por SARS-Cov-2 são leves e sem complicações, 14% evoluem para uma hospitalização que necessita oxigenoterapia, 2,38% demandam ventilação mecânica e 2,62% podem ser atendidos em uma Unidade de Cuidado Intensivo (UFMG, Nota Técnica nº 1, 2020). Diante deste cenário, a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) ampliou o número de leitos de Unidade de Tratamento Intensivo e de Enfermagem em oito unidades hospitalares da Rede, que atualmente é composta por 20 unidades assistenciais (PLANO DE CAPACIDADE PLENA HOSPITALAR, 2020). O aumento da oferta de leitos sem dúvida foi uma medida importante para se conter a propagação da doença e para não sobrecarregar o sistema de saúde (BITENCOURT; ANDRADE, 2020), no entanto, o cuidado com o paciente infectado demanda muitas ações dos profissionais de saúde, o que acabam gerando uma sobrecarga de trabalho, além de eles ficarem mais diretamente expostos aos pacientes infectados. Nesse contexto, eles precisam enfrentar o estresse físico e emocional, tanto pelo atendimento a pacientes em estado grave, quanto pelas condições de trabalho nem sempre ideais; e pacientes adoecidos acabam por apresentar um índice maior de absenteísmo no trabalho (TEIXEIRA *et al.*, 2020).

OBJETIVO

O presente estudo tem como objetivo analisar a diferença entre as taxas de absenteísmo, motivadas por licença médica, nos anos 2019 e 2020, entre profissionais de saúde de duas unidades hospitalares da FHEMIG, direcionadas ao enfrentamento da pandemia do COVID-19 no Estado de Minas Gerais.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa e descritivo com série temporal. O universo da pesquisa é composto por 02 (duas) unidades hospitalares da FHEMIG, a saber: o Hospital Eduardo de Menezes (HEM), localizado em Belo Horizonte, inaugurado em 1954, e atualmente, conta com 855 (oitocentos e cinquenta e cinco) servidores; e o Hospital Regional Antônio Dias (HRAD), localizado em Patos de Minas, inaugurado em 1930, e, atualmente, conta com 856 (oitocentos e cinquenta e seis) servidores (RELATÓRIO DE GESTÃO, 2020). Os dados relativos ao absenteísmo foram extraídos da base de dados da instituição, o Sistema de Apuração de Ponto (SATP), que registra todas as ausências por licença médica. A carga horária foi retirada do armazém SISAP, sendo que o resultado da divisão da ausência por licença médica pela carga horária existente foi multiplicado por 100, obtendo, assim, a taxa em percentual. Para a realização da análise estatística os dados coletados foram organizados em uma planilha Excel. A técnica de análise utilizada foi o teste estatístico Mann-Whitney para apurar a existência de uma diferença estatisticamente significativa entre a taxa de absenteísmo apurada em 2019 e 2020. O teste não paramétrico foi escolhido devido à natureza da variável dependente e independente. A variável dependente, ou seja, a variável de agrupamento é o ano de 2019 e 2020, já a variável independente é a característica ou atributo que está sendo mensurado, isto é, a taxa de absenteísmo. Esta investigação foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FHEMIG, sob o CAAE: 35869020.3.0000.5119.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com os dados da Tabela 1, pode-se observar que a taxa global do absenteísmo por licença médica foi de 3,49% em 2019 e 5,47% em 2020, estando acima dos 2,5% considerados aceitáveis pela Organização Internacional do Trabalho (OIT). O percentual mínimo foi atingido em dezembro de 2019 (2,07%) e o máximo em julho de 2020 (9,81%). O teste Mann-Whitney demonstra que existe uma diferença estatisticamente significativa entre os períodos de 2019 e 2020, já que p-valor é de 0,0001, o seja, menor que o nível de significância de 0,05.

Tabela 1 - Taxa de Absenteísmo do Hospital Regional Antônio Dias - HRAD e Hospital Eduardo de Menezes - HEM, 2019 e 2020. Tem que explicar o que está em amarelo

Indicadores??	2019	2020	Máximo	Mínim o	Mann-Whitney U	Asymp. Sig. (2- tailed)
Taxa global de absenteísmo?	3,49	5,47	9,81	2,07	19,00	0,00
Sexo						
Feminino	3,89	5,95	10,58	2,29	26,00	0,01
Masculino	2,28	4,21	7,34	1,22	13,00	0,00
Estado Civil						
Casado	3,37	5,63	9,65	2,20	14,00	0,00
Divorciado	8,05	7,89	12,38	5,11	70,00	0,91
Solteiro	2,92	5,18	9,50	1,09	21,00	0,00
Viúvo	3,04	6,75	16,86	0,00	44,50	0,11
Vínculo						
Contrato	1,98	3,39	6,88	0,87	32,50	0,02
Efetivo	3,91	6,47	11,47	2,41	13,00	0,00
Faixa Etária						
18 a 28	0,87	2,89	6,59	0,00	38,00	0,04
29 a 39	2,95	3,70	7,60	1,06	55,00	0,33
40 a 50	3,90	6,58	11,47	2,64	8,50	0,00
51 a 60	3,41	5,68	10,32	1,48	27,00	0,01

61 a 70	4,37	8,34	11,68	0,46	13,00	0,00
Maior que 71	1,18	0,00	8,79	0,00	54,00	0,07
Tempo de Exercício						
0 a 5	1,97	3,74	7,83	0,74	25,00	0,01
6 a 11	4,25	6,57	11,55	2,58	19,50	0,00
12 a 17	2,50	4,22	6,85	1,45	24,00	0,01
18 a 24	4,16	10,16	21,06	0,00	21,00	0,00
25 a 30	2,24	5,04	9,40	0,00	30,00	0,02
Maior que 30	1,35	2,87	6,61	0,00	34,00	0,03
Função						
Administrativa	1,83	2,70	5,64	0,68	43,00	0,09
Apoio propedêutico	3,48	3,48	7,54	0,92	65,50	0,71
Enfermagem	4,62	7,45	13,00	3,00	14,00	0,00
Médico	1,01	1,76	3,29	0,00	35,00	0,03
Outros profissionais	3,12	4,76	7,24	1,55	33,00	0,02
Sector de Trabalho						
Administrativa	2,90	5,00	9,17	0,21	34,50	0,03
Ambulatório	7,73	6,27	13,51	1,77	43,00	0,09
Apoio Operacional	1,59	2,39	4,49	0,44	32,00	0,02
Apoio Propedêutico	3,49	4,38	8,56	1,72	51,00	0,23
Maternidade	4,85	5,43	16,66	0,00	72,00	1,00
Pronto Atendimento	3,07	5,10	9,24	0,00	26,00	0,01
Internação	4,56	6,65	11,00	3,11	20,00	0,00
UTI/Adulto e Neonatal	4,17	7,33	12,31	2,73	18,00	0,00

Fonte: elaborados pelos autores.

No comparativo entre os anos 2019 e 2020, verifica-se que a taxa de absenteísmo apresentou crescimento de 56%. Quando se observa a taxa de absenteísmo por sexo, verifica-se que o maior percentual está associado ao sexo feminino (3,89%, em 2019; e 5,95% em 2020). De acordo com Vieira e Amaral (2013), a dupla jornada da mulher (casa e trabalho) coloca homens e mulheres em condições desiguais favorecendo, assim, o maior percentual de ausências para as mulheres. Em relação ao estado civil, verifica-se que o divorciado apresenta a maior taxa de absenteísmo por licença médica: 8,05% em 2019; e 7,89% em 2020. Quanto ao vínculo, observa-se que a taxa de absenteísmo do contratado (1,98%) é inferior ao vínculo efetivo (3,91%) no ano de 2019 e no ano de 2020. De acordo com Primo, Pinheiro e Sakurai (2010), o percentual mais elevado para o vínculo estatutário pode ser explicado pela maior segurança de manutenção do emprego, maior insatisfação com o trabalho e menor pressão competitiva. Quanto à faixa etária, observa-se que a maior taxa é observada no grupo de 61 a 70, com percentual de 4,37% em 2019 e 8,34% em 2020. Em relação ao tempo de exercício no cargo, os dados evidenciam que a maior taxa é observada na faixa de 6 a 11 anos de serviço, com percentual de 4,25% em 2019 e 6,57% em 2020. Os dados por categoria profissional, demonstram que a maior taxa é observada entre profissionais da Enfermagem: 4,62% em 2019; e 6,57% em 2020. O menor percentual para os médicos (1,01% em 2019 e 1,76% em 2020), é explicado por McKevitt *et al.* (1997), pelos seguintes motivos: dificuldade de substituição; dificuldade de assumir a própria doença; automedicação; compromisso com o doente. Em relação ao setor de trabalho, os dados evidenciam que a maior taxa é observada no ambulatório: 7,73% em 2019; e 6,27% em 2020. A menor taxa é observada no Apoio Operacional: 1,59% em 2019; e 2,39% em 2020. No comparativo entre os anos, verifica-se que a UTI Adulto/Neonatal apresentou a variação mais significativa no período, com percentual de 75% no comparativo entre os anos.

CONCLUSÃO

Conclui-se que houve um aumento da taxa de absenteísmo entre profissionais da saúde no período 2019-2020. Portanto foi possível estabelecer uma associação entre o aumento de leitos associados, a expansão do número de funcionários e o aumento da ausência do trabalhador motivada pelo adoecimento, em duas unidades hospitalares da FHEMIG, que atuavam no enfrentamento da pandemia do COVID-19 no Estado de Minas Gerais. Para futuros estudos sugere-se a realização de entrevistas de funcionários para o entendimento dos motivos do absenteísmo.

REFERÊNCIAS

BITENCOURT, S. M.; ANDRADE, C. B. Trabalhadoras da saúde face à pandemia: por uma análise sociológica do trabalho de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 1013-1022, 2021.

FHEMIG. Plano de capacidade plena hospitalar, 2020. Disponível em:

file:///Volumes/MESTRADO2/ARTIGOS%20ADRIANE/ARTIGOS%20EM%20ELABORAC%CC%A7A%CC%83O/NOVO%20ARQUIVO%20RICHARDSON/PLANO%20DE%20CAPACIDADE%20PLENA%20HOSPITALAR%202021%2005_10_2021.pdf. Acesso em: 27 out. 2021.

FHEMIG. Relatório de auditoria de gestão exercício 2020. Disponível em:

<file:///Volumes/MESTRADO2/ARTIGOS%20ADRIANE/ARTIGOS%20EM%20ELABORAC%CC%A7A%CC%83O/NOVO%20ARQUIVO%20RICHARDSON/Relato%CC%81rio%20de%20Auditoria%20de%20Gesta%CC%83o%20-%20FHEMIG%202021.pdf>. Acesso em: 27 out. 2021.

LIMA, N.; REZENDE, C. E. SARS-CoV-2. **Revista de Ciência Elementar**, v. 8, n. 4, p. 1-12, 2020.

MCKEVITT, C. et al. Ausência por doença e 'superação' da doença: uma comparação entre dois grupos profissionais. **Jornal de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, pág. 295-300, 1997.

OIT. Normas Internacionais do Trabalho. Disponível em:

<https://www.ilo.org/brasil/temas/normas/lang--pt/index.htm>. Acesso em: 27 out. 2021.

PRIMO, G. M. G.; PINHEIRO, T. M. M.; SAKURAI, E. Absenteísmo por doença em trabalhadores de uma organização hospitalar pública e universitária. **Rev Med Minas Gerais**, v. 20, n. 2 Supl 2, p. S47-58, 2010.

TEIXEIRA, C. et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 3465-3474, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br>. Acesso em: 8 fev. 2021.

VIEIRA, A.; AMARAL, G. A. A arte de ser Beija-Flor na tripla jornada de trabalho da mulher. **Saúde e Sociedade**, v. 22, p. 403-414, 2013.

II SEMINÁRIO DA PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Gestão em Saúde em Tempos de COVID-19: cenários e perspectivas
9 e 10 de dezembro de 2021

TECNOLOGIA APLICADA PARA MONITORAMENTO DE BENEFICIÁRIOS INSCRITOS EM PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: DESENVOLVIMENTO E IMPLANTAÇÃO DE FERRAMENTA DE BUSINESS INTELLIGENCE EM UMA OPERADORA DE SAÚDE AUTOGESTÃO

Almeida, NG; Silva, JCP; Madureira, AO; Silva RR. Stellantis Saúde, Brasil

PALAVRAS-CHAVE OU DESCRITORES: Business Intelligence; Monitoramento; Programas de Promoção da Saúde.

INTRODUÇÃO

As informações devem nortear a tomada de decisão em todo tipo de organização. A saúde é cercada de dados que permitem melhorar a gestão do percurso assistencial, avaliar custos, qualidade e outros. Com o intuito de enriquecer os processos de trabalho em saúde reunindo de forma organizada e qualificada informações que beneficiam o monitoramento de carteiras e nos norteiam para decisões eficazes, utilizou-se como ferramenta tecnológica a criação de um relatório de visualização em BI intitulado “Painel de Promoção à Saúde”. Sendo assim, o objetivo deste estudo é descrever a aplicação de tecnologia para monitoramento de beneficiários inscritos em Programas de Promoção da Saúde por meio do desenvolvimento e implantação de ferramentas de BI em uma Operadora de Saúde Autogestão. Verificou-se que o desenvolvimento e implantação do BI favoreceu o monitoramento de beneficiários inscritos em Programas de Promoção da Saúde, instrumentalizando as equipes de atenção primária e a gestão, com as informações relacionadas à carteira, otimizando o acompanhamento em saúde. Dessa forma, o intuito deste trabalho é demonstrar como a utilização de tecnologias de visualização de dados podem auxiliar potencializando o trabalho de acompanhamento dos inscritos em Programas de Promoção da Saúde.

OBJETIVO

Descrever a aplicação de tecnologia para monitoramento de beneficiários inscritos em Programas de Promoção da Saúde por meio do desenvolvimento e implantação de ferramenta de BI em uma Operadora de Saúde Autogestão.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência de profissionais que atuam no setor de Promoção da Saúde e Governança Corporativa e Qualidade da Stellantis Saúde, responsáveis pelo desenvolvimento

do painel em plataforma de Business Intelligence (BI), durante os meses de maio a agosto de 2021. Ferramentas de gestão de dados como o BI, podem favorecer os processos de trabalho em saúde, reunindo de forma sistemática informações qualificadas que otimizam o monitoramento e orientam decisões eficientes (MAI et al.2017; TORRES et al., 2021). Nessa perspectiva, para subsidiar o processo de geração de insights e facilitar a criação de soluções inovadoras por meio do trabalho colaborativo, utilizou-se a abordagem do Design Thinking pelos times, que sistematiza a solução de problemas por meio da empatia, colaboração, criatividade e inovação (SÉ et al., 2020; SOUZA, PEREIRA e AZEVEDO, 2021). Nesse período, as fases de imersão, ideação e implementação foram seguidas a fim de que o monitoramento de beneficiários inscritos em Programas de Promoção da Saúde fosse facilitado por meio da criação, desenvolvimento e implementação da ferramenta de BI. Na fase de imersão, foi desenvolvida pelos times, a investigação do problema que evidenciou a necessidade de uma ferramenta que reunisse as informações necessárias, rompendo com a lógica de fragmentação e desintegração, e favorecendo a melhor organização da informação e assim, a efetividade no monitoramento de beneficiários inscritos em Programas de Promoção da Saúde. Na fase de ideação, começou-se a pensar na solução, deixando aberto o espaço para a criatividade e o pensamento crítico, respeitando-se os princípios de viabilidade e factibilidade, utilizando-se da técnica de brainstorming. Nessa fase buscou-se identificar as informações-chave que pudessem auxiliar no processo de gestão das carteiras na atenção primária e tornar eficientes o monitoramento e a tomada de decisão. Por fim, na fase de implementação, as soluções foram testadas e prototipadas, dando origem ao painel que reuniu as principais informações para qualificação do monitoramento dos beneficiários.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Verificou-se que o desenvolvimento e implantação do BI favoreceu o monitoramento de beneficiários inscritos em Programas de Promoção da Saúde, instrumentalizando as equipes de atenção primária e a gestão, com as informações relacionadas à carteira, otimizando assim, o monitoramento. O painel, composto por quatro abas de acesso, reuniu dados relacionados aos beneficiários inscritos por Programas de Promoção da Saúde, a informação quanto aos beneficiários inscritos que passaram por internação, informação quanto aos beneficiários inscritos que passaram pelo pronto atendimento e por fim, a última aba reuniu dados referentes às buscas-ativas realizadas pelas equipes de atenção primária. Em todas as abas de acesso, foi possível incluir a opção de aplicar filtros conforme a região, núcleo e equipe de saúde e ainda, a seleção do período de análise. As representações gráficas, quanto ao quantitativo de inscritos, a sua composição quanto ao sexo e titularidade, foram implementadas, favorecendo a visualização da carteira. A facilidade para a exportação do dado com as aplicações dos filtros para planilha de excel, tornou possível o aprofundamento da análise. As informações referentes aos beneficiários inscritos em Programas de Promoção da Saúde que passaram por internação ou pelo Pronto-Atendimento na Rede Credenciada também foram reunidas no BI. Além das opções de filtragem, incluiu-se a perspectiva financeira, com o custo assistencial desses atendimentos, sendo possível identificar facilmente os “outliers”, ou aqueles que representaram o maior custo para Operadora, bem como o CID associado ao motivo de internação e o estabelecimento de saúde em que ocorreu tal internação. Por fim, os dados referentes às buscas-ativas realizadas pelas equipes de atenção primária via contato telefônico, também foram incluídos no BI o que facilitou o acesso à informação referente ao motivo do contato com o beneficiário, sendo possível identificar se referente a alguma Campanha de Promoção da Saúde, se devido à notificação de internação ou outros.

CONCLUSÃO

O uso da tecnologia em saúde por meio do desenvolvimento de ferramenta de BI favoreceu o processo de monitoramento e gestão da carteira de ativos no plano e inscritos em Programas de Promoção da Saúde. Ao reunir informações prioritárias e qualificadas em uma única plataforma, o monitoramento contínuo foi facilitado, tornando-se acessível à equipe assistencial, à gestão e fornecendo subsídios à tomada de decisão. A implementação da ferramenta de BI foi facilitada por meio de treinamentos com as equipes de atenção primária, conferindo autonomia aos médicos e enfermeiros para gerenciamento de suas carteiras. Ainda, semanalmente, o time de Governança Corporativa e Qualidade comunica aos gestores e líderes quanto à atualização dos dados na plataforma, reforçando a importância de tornar o acesso ao BI parte do processo de trabalho das equipes.

REFERÊNCIAS

- MAI, S. et al. O uso das tecnologias na democratização da informação em saúde. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde (RGSS)**. Vol. 6, N. 3. Setembro/ Dezembro. 2017. Disponível em: <DOI: 10.5585/rgss.v6i3.287> Acesso em: 22 outubro de 2021.
- TORRES, D.R et al. Aplicabilidade e potencialidades no uso de ferramentas de Business Intelligence na Atenção Primária em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 26(6):2065-2074,2021. Disponível em: <DOI: 10.1590/1413-81232021266.03792021> Acesso em: 18 out. 2021.
- SÉ, A.C.S. et al. Prototipação de bolsa de sangue artificial a partir do design thinking para ação de educação em saúde. **Research, Society and Development**, v. 9, n.11, e92491110539, 2020(CC BY 4.0) . ISSN 2525-3409 . Disponível em: < DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i11.10539>>. Acesso em: 16 de outubro de 2021.
- SOUZA, T.F.N.N.; PEREIRA, D.V.; AZEVEDO, C.R.F. Uso do Design Thinking para o Desenvolvimento e Construção de Projetos Educacionais em Saúde utilizando Tecnologias de Informação e Comunicação. **Rev. Chronos Urg.** 2021; v.1 n.1: e1121.20. Disponível em: <<https://doi.org/10.52572/revchronosurg.v1i1.20>> Acesso em: 16 de outubro de 2021.

EIXO TEMÁTICO: TECNOLOGIAS GERENCIAIS NA SAÚDE (TGS)

Coodenadora: Prof^a. Dr^a. Adriane Vieira

Artigos

II SEMINÁRIO DA PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Gestão em Saúde em Tempos de COVID-19: cenários e perspectivas
9 e 10 de dezembro de 2021

AGRICULTURA FAMILIAR E DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

Ângela Maria de Souza, Bacharel em Gestão de Serviço de Saúde pela Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG

RESUMO

O objetivo deste estudo foi ressaltar os benefícios do programa Agricultura Familiar e o Desenvolvimento Sustentável alinhado aos restaurantes universitários da UFMG. Trata-se de uma parceria com a Fundação Mendes Pimentel responsável pelos cinco Restaurantes Universitários, que tem por finalidade valorizar e contribuir para um melhor desenvolvimento da agricultura local de pequeno porte em tempos difíceis e de dificuldade de acesso ao alimento para uma grande parte da população. O benefício é amplo, não só ligado à Universidade Federal, mas às escolas municipais de 1º e 2º graus, que também adquirem produtos com agricultores da região. A agricultura familiar tornou-se uma prática sustentável e faz parte de uma parceria que começou em outubro de 2016 com a Cooperativa Metropolitana de Agricultores Familiares e a Associação dos Produtores Unidos pela Agricultura Familiar, de Mateus Leme e Região, na grande Belo Horizonte em parceria com o campus Montes Claros, conseguiram ampliar o número de produtores. Segundo a Edilene Ruas supervisora do setor de suprimentos da FUMP e responsável pela gestão de bandejões, 100% de suas frutas, verduras, legumes e folhosos são oriundos da agricultura familiar regional desde outubro de 2016. No contexto pós-pandemia por corona vírus, os pesquisadores tratam da importância da Agricultura Familiar. É necessário construir novos modelos para o setor, a fim de garantir o acesso à alimentação para todos e repensar a Agricultura familiar dentro das políticas de desenvolvimento rural durante e pós-Covid. O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) analisa o Desenvolvimento Rural em políticas voltadas para a Agricultura Familiar dentro de um contexto governamental, legislativo e pandêmico e destaca a importância da Agricultura Familiar e a necessidade de políticas específicas para o setor, como também políticas de abastecimento em função da inflação. “Ao longo da pandemia, o mundo experimentou a alta nos preços dos alimentos, segundo levantamento da Organização para Cooperação do Desenvolvimento Econômico No Brasil, durante a pandemia, itens essenciais da cesta básica de alimentos registraram altas ainda mais expressivas do que o índice de alimentos, de 14,1%. No acumulado de 2020, destaca a publicação, o feijão preto, por exemplo, subiu 45,4%; o leite, 26,9%; o arroz, 76,0%; a carne, 18,0%; e a batata, 67,3%. O acesso à alimentação em contexto de perda de rendimentos do trabalho por efeito da pandemia”. Segundo o Marco Antônio Schaefer, atual coordenador dos Restaurantes Universitários da UFMG, foram realizadas visitas técnicas nos assentamentos, para conhecer as áreas de plantio e também para verificar o poder de produção em meio a pandemia. Destaca-se a satisfação do benefício social que a agricultura familiar apresenta, por este motivo é relevante manter o projeto de Agricultura Familiar nos restaurantes universitários, significa garantir a geração de renda para os pequenos agricultores. Ao valorizar a agricultura familiar e o incentivo aos produtores locais, sem aumentar os custos de produção das refeições servidas diariamente, fica evidente a necessidade de repensar a Agricultura familiar dentro das políticas de desenvolvimento rural,

políticas dentro de um contexto governamental, legislativo e pandêmico durante e pós-Covid, como também políticas de abastecimento em função da inflação. A Alimentação sustentável é uma preocupação com a saúde humana com o respeito e equilíbrio na utilização dos recursos naturais, visando o cuidado e o bem-estar do planeta. Uma alimentação saudável e sustentável visa preocupar com todas as etapas pelas quais os alimentos passam, desde a produção, armazenamento, transporte, preparo e descarte consciente. A sustentabilidade gera benefícios socioeconômicos e ambientais a todos. É possível manter uma alimentação sustentável, saudável respeitando o meio ambiente com a separação do resíduo, reciclagem e economia de água. Por ser uma agricultura diversificada o cultivo familiar, pela própria necessidade de venda gera menos necessidade de insumos industriais e defensivos agrícolas gerando maior sustentabilidade e qualidade segundo os pesquisadores. O Programa de Alimentação da FUMP tem capacidade para fornecer, em seus cinco restaurantes universitários, 11.900 refeições/dia, além do café da manhã exclusivo para alunos assistidos no programa social FUMP. No almoço e no jantar são oferecidas opções proteicas, guarnição, acompanhamentos, saladas, molho, refresco e sobremesas. Todos os Restaurantes Universitários da UFMG contam desde o início de julho com quase 100% de suas frutas, legumes e folhosos oriundos da agricultura familiar.

PALAVRAS-CHAVE: Agricultura Familiar, Desenvolvimento sustentável, Pandemia, Fome, Inflação.

INTRODUÇÃO

No contexto pós-pandemia por coronavírus, os pesquisadores tratam da importância da Agricultura Familiar. É necessário construir novos modelos para o setor, a fim de garantir o acesso à alimentação para todos e repensar a Agricultura familiar dentro das políticas de desenvolvimento rural durante e pós-Covid.

O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) analisa o Desenvolvimento Rural em políticas voltadas para a Agricultura Familiar dentro de um contexto governamental, legislativo e pandêmico e destaca a importância da Agricultura Familiar e a necessidade de políticas específicas para o setor, como também políticas de abastecimento em função da inflação. Ao longo da pandemia, o mundo experimentou a alta nos preços dos alimentos, segundo levantamento da Organização para Cooperação do Desenvolvimento Econômico (OCDE). O estudo publicado no BPS ressalta que, no Brasil, durante a pandemia, itens essenciais da cesta básica de alimentos registraram altas ainda mais expressivas do que o índice de alimentos, de 14,1%. No acumulado de 2020, destaca a publicação, o feijão preto, por exemplo, subiu 45,4%; o leite, 26,9%; o arroz, 76,0%; a carne, 18,0%; e a batata, 67,3%. O capítulo enfatiza ainda que esses e vários outros itens básicos da dieta brasileira encareceram o acesso à alimentação em contexto de perda de rendimentos do trabalho por efeito da pandemia.

A Alimentação sustentável é uma preocupação com a saúde humana com o respeito e equilíbrio na utilização dos recursos naturais, visando o cuidado e o bem-estar do planeta. Uma alimentação saudável e sustentável visa preocupar com todas as etapas pelas quais os alimentos passam, desde a produção, armazenamento, transporte, preparo e descarte. A sustentabilidade gera benefícios socioeconômicos e ambientais a todos. A agricultura familiar oferecendo produtos mais saudáveis, tornou-se uma prática sustentável e faz parte de uma parceria que começou em outubro de 2016 com a Cooperativa Metropolitana de Agricultores Familiares e a Associação dos Produtores Unidos pela Agricultura Familiar, de Mateus Leme e Região, na grande Belo Horizonte em parceria com o campus Montes Claros, conseguiram ampliar o número de produtores.

Segundo a Edilene Ruas supervisora do setor de suprimentos da FUMP e responsável pela gestão de bandejões, 100% de suas frutas, verduras, legumes e folhosos são oriundos da agricultura familiar regional desde outubro de 2016, o Conselho Universitário da Fundação tem buscado oferecer uma alimentação saudável e ao mesmo tempo valorizar a Agricultura Familiar. Embora tenha passado por turbulência devido a pandemia com a reabertura dos RUs, a FUMP continua a receber os hortifrúteis da Agricultura Familiar ainda em pouca quantidade, mas mantendo o incentivo e oferecendo alimentação de baixo custo aos alunos assistidos pela FUMP.

O objetivo deste estudo foi ressaltar a preocupação da Fundação Mendes Pimentel responsável pelos cinco (5) Restaurantes Universitários da UFMG, além de oferecer uma alimentação mais natural, valorizar e contribuir para um melhor desenvolvimento da agricultura local de pequeno porte em tempos difíceis e a dificuldade de acesso ao alimento para uma grande parte da população. O Benefício é amplo, não só ligado à Universidade Federal, mas as escolas municipais de 1º e 2º grau também adquirem produtos com agricultores da região. Segundo o Marco Antonio Schaefer, atual coordenador dos Restaurantes Universitários da UFMG, foram realizadas visitas técnicas nos assentamentos, para conhecer as áreas de plantio e também para verificar o poder de produção em meio a pandemia. Destaca-se a satisfação do benefício social que a agricultura familiar apresenta. Manter o projeto de Agricultura Familiar nos restaurantes universitários significa garantir a geração de renda para os pequenos agricultores.

REFERENCIAL TEÓRICO

Os pesquisadores tratam da importância da Agricultura Familiar no contexto pós-pandemia. É necessário construir novos modelos para o setor, a fim de garantir o acesso à alimentação para todos. Repensar a Agricultura familiar dentro das políticas de desenvolvimento rural durante e pós-Covid. O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) analisa o Desenvolvimento Rural em políticas voltadas para a Agricultura Familiar dentro de um contexto governamental, legislativo e pandêmico. A Agricultura Familiar deve ser inserida em um cenário pós-covid. No contexto da pandemia ficou evidente a importância da Agricultura Familiar e a necessidade de políticas específicas para o setor, como também políticas de abastecimento em função da inflação. Ao longo da pandemia, o mundo experimentou a alta nos preços dos alimentos, segundo levantamento da Organização para Cooperação do Desenvolvimento Econômico (OCDE). O estudo publicado no BPS ressalta que, no Brasil, durante a pandemia, itens essenciais da cesta básica de alimentos registraram altas ainda mais expressivas do que o índice de alimentos, de 14,1%. No acumulado de 2020, destaca a publicação, o feijão preto, por exemplo, subiu 45,4%; o leite, 26,9%; o arroz, 76,0%; a carne, 18,0%; e a batata, 67,3%. O capítulo enfatiza ainda que esses e vários outros itens básicos da dieta brasileira encareceram o acesso à alimentação em contexto de perda de rendimentos do trabalho por efeito da pandemia”. Assim a preocupação em fornecer uma alimentação saudável e valorizar a agricultura familiar não quer dizer que resulte em economia, mas sim em produtos mais saudáveis.

A Alimentação sustentável é uma preocupação com a saúde humana com o respeito e equilíbrio na utilização dos recursos naturais, visando o cuidado e o bem-estar do planeta. Uma alimentação saudável e sustentável visa preocupar com todas as etapas pelas quais os alimentos passam, desde a produção, armazenamento, transporte, preparo e descarte consciente. A sustentabilidade gera benefícios socioeconômicos e ambientais a todos. Os restaurantes universitários da UFMG gerenciados pela Fundação Universitária Mendes Pimentel/FUMP, são abastecidos diariamente com frutas, legumes e folhosos oriundos da agricultura familiar regional. A parceria, que começou em outubro de 2016, foi reforçada, com a Cooperativa Metropolitana de Agricultores Familiares de Mateus Leme e Região, na

grande Belo Horizonte, e a Associação dos Produtores Unidos pela Agricultura Familiar, em parceria com o campus Montes Claros, conseguiram ampliar o número de produtores. “Embora tenha passado por turbulência devido a pandemia com todos os estabelecimentos de ensino fechados, os agricultores enfrentaram grandes problemas para escoar a produção e manter o plantio. Com a abertura gradual dos estabelecimentos, a FUMP continua a receber os hortifrúteis da Agricultura Familiar, ainda não na totalidade apenas, com uma parte da produção, pois só o Rus. Campus Saúde e Rus. II Campus Pampulha está funcionando, mantendo assim a parceria em tempos difíceis de pandemia.

A motivação para implantação da Agricultura Familiar nos Restaurantes Universitários, foi de valorizar e contribuir para um melhor desenvolvimento da agricultura local de pequeno porte. O Benefício é amplo, não só ligado à Universidade Federal, pois as escolas municipais de 1º e 2º grau também adquirem produtos com agricultores da região. Foram realizadas visitas técnicas pelo Gerente de Restaurante nos assentamentos, para conhecer as áreas de plantio e também para verificar o poder de produção da Cooperativa. Destacaria também a satisfação do benefício social que a agricultura familiar apresenta, a manutenção e geração de renda para os pequenos agricultores. Manter o projeto de Agricultura Familiar nos Restaurantes Universitários. Os Rus/UFMG, consomem por dia neste período de pandemia, apenas no restaurante II campus Pampulha, oferecendo em média 600 refeições dia o equivalente a: 134 quilos de legumes e folhosos por dia, sendo 670 quilos por semana, com o total de 3.168 quilos mês. Também são consumidas 360 unidades de ovos/semana, um total de 1.440 ovos/mês. A FUMP compra dos Agricultores Familiares uma quantidade expressiva de legumes e folhosos com a reabertura dos restaurantes, respeitando as medidas sanitárias, restrições e segurança em saúde o equivalente a: \$698,00 reais em hortifrúteis dia, um total de \$14.600,00 por mês, em um restaurante. Antes da pandemia este valor somava: (Rus. 01 \$881,00 dias) – (Rus. 02 \$698,00 dias – Mês \$14.600,00) – Rus. 03 \$243,00 dias - \$3.330,00 Mês. Sendo um total de: \$ 1.822,00 por dia e \$17.900,00 por mês, o que ajuda o agricultor, o solo, boa alimentação e uma política de abastecimento.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa documental realizada através de manuais eletrônicos, livros, artigos e revistas científicas realizadas em outubro de 2018 e informações fornecidas pela Edilaine Ruas supervisora do setor de suprimentos da Fundação Mendes Pimentel, como também a gerente do Rus. Campus saúde, Sra. Helvécia Mikiko Miyata em 2018 e atualizada em 2021 pelo Sr. Marco Antônio Schaefer, atual gerente de Restaurantes Universitários da Fundação Mendes Pimentel (FUMP). Ao valorizar a agricultura familiar e o incentivo aos produtores locais, sem aumentar os custos de produção das refeições servidas diariamente nos Rus. da UFMG fica evidente a preocupação dos gestores com os alunos e a sociedade como um todo. Foram realizadas visitas técnicas pelo Gerente de Restaurante nos assentamentos, para conhecer as áreas de plantio e também para verificar o poder de produção da Cooperativa dentro de um cenário de pandemia.

O Programa de Alimentação da FUMP tem capacidade para fornecer, em seus cinco restaurantes universitários, 11.900 refeições/dia, além do café da manhã exclusivo para alunos assistidos no programa social FUMP. No almoço e no jantar são oferecidas opções proteicas, guarnição, acompanhamentos, saladas, molho, refresco e sobremesas. Todos os Restaurantes Universitários Rus. da UFMG contam desde o início de julho com quase 100% de suas frutas, legumes e folhosos oriundos da agricultura familiar regional. Desde outubro de 2016 o Conselho Universitário da Fundação tem buscado investir no fornecimento via pequenos agricultores, inicialmente nos Rus. do *campus* Pampulha (frutas e legumes) e no RU ICA em Montes Claros (folhosos). Além disso, as verduras, legumes e frutas cultivados por esses agricultores não perdem em qualidade se comparados aos alimentos fornecidos pelos

produtores tradicionais. Declara a Sra. Helvécia Mikiko Miyata “É visível à qualidade dos legumes e folhosos que recebemos aqui no restaurante”. Agora, além de ampliar a quantidade de itens, o RU da Faculdade de Direito também passa a contar com esses alimentos provenientes da agricultura familiar.

Há consenso sobre a necessidade de construir uma agricultura mais sustentável que considere os aspectos sociais e ambientais, além dos aspectos econômicos, e sobre a importância dos agricultores familiares na construção desse novo modelo. Há uma linha que defende maior competitividade e integração nos mercados e o enfoque agroecológico que se fundamenta numa profunda mudança no modelo tecnológico, na organização da produção e até mesmo numa mudança de valores e na própria organização da sociedade. Também hoje atualizadas em um cenário de Pandemia, pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). Dados atuais da Agricultura Familiar e Desenvolvimento Sustentável. Escassez de alimentos no planeta, fome e inflação no contexto de pandemia.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Programa de Alimentação da FUMP tem capacidade para fornecer, em seus cinco restaurantes universitários, 11.900 refeições/dia, além do café da manhã. No almoço e no jantar são oferecidas opções proteicas, guarnição, acompanhamentos, saladas, molho, refresco e sobremesas. Todos os cinco (5) Restaurantes Universitários da UFMG contam desde o início de julho com quase 100% de suas frutas, verduras, legumes e folhosos oriundos da agricultura familiar regional.

Desde outubro de 2016 o Conselho Universitário da Fundação tem buscado investir no fornecimento via pequenos agricultores, inicialmente nos Rus. do *campus* Pampulha (frutas e legumes). Além disso, as verduras, legumes e frutas cultivados por esses agricultores não perdem em qualidade se comparados aos alimentos fornecidos pelos produtores tradicionais. Declara a Sra. Helvécia Mikiko Miyata “É visível à qualidade dos legumes e folhosos que recebemos aqui no restaurante”.

Há consenso sobre a necessidade de construir uma agricultura mais sustentável que considere os aspectos sociais e ambientais, além dos aspectos econômicos, e sobre a importância dos agricultores familiares na construção desse novo modelo. Há uma linha que defende maior competitividade e integração nos mercados e o enfoque agroecológico que se fundamenta numa profunda mudança no modelo tecnológico, na organização da produção e até mesmo numa mudança de valores e na própria organização da sociedade.

Segundo Abramovay, Ricardo (1992) no livro *Paradigmas do Capitalismo Agrário em Questão*, “em todos os países em que a agricultura não apenas se desenvolveu, mas contribuiu de maneira importante para a distribuição da renda nacional, as unidades familiares de produção tiveram papel decisivo. Longe de representar atraso econômico ou resquício do passado, a empresa familiar rural foi o núcleo básico da própria modernização do campo nos Estados Unidos, na Grã-Bretanha e na Europa continental. Não há qualquer razão histórica que contribua para a visão dominante na América Latina e particularmente no Brasil de que a agricultura familiar seja sinônimo de precariedade técnica, estagnação econômica e miséria social. As discussões teóricas e os estudos de caso contemplados neste livro por Ricardo Abramovay são um convite para que a questão agrária brasileira seja repensada”. Que este rico e inovador estudo de Abramovay nos leve a um diálogo entre semelhanças e diferenças historicamente construídas. Não me parece nada inovador dizer que "o Brasil ainda não enfrentou o dilema em torno do qual se estruturou o desenvolvimento agrícola dos países avançados".

A estruturação da agricultura mundial é parte constitutiva da atual estruturação local e vice-versa. Resta saber que mediações podem ser feitas para que nos beneficiemos do conceito de empresa familiar neste país de dimensões continentais, em que tanto o evidente

assalariamento no campo quanto a diversificada produção agrícola familiar realizam-se através de formas desiguais, combinadas ou transitórias. Além da econômica, é preciso discutir a segmentação política. Sem falar em ecologia e proteção do meio ambiente. Com a reabertura gradual dos Restaurantes Universitários, o Marco Antônio atual gerente disse que continua a receber os hortifrutis da Agricultura familiar, mesmo em meio as dificuldade e desafios causados pela pandemia, a motivação para continuar a implantação da Agricultura Familiar nos Restaurantes Universitários, com o objetivo de valorizar e contribuir para um melhor desenvolvimento da agricultura local de pequeno porte. Ele explica também que os benefícios em valorizar e manter a agricultura familiar dentro de uma Universidade Federal é amplo, não só ligado à Universidade Federal, pois as escolas municipais de 1º e 2º grau também adquirem produtos com agricultores da região. Destaca também as principais iniciativas realizadas com cautela e seguindo todo o protocolo de higiene foram realizadas visitas técnicas pelo Gerente de Restaurante nos assentamentos, para conhecer as áreas de plantio e também para verificar o poder de produção da Cooperativa. Desde quando o projeto foi implantado em 2016 o que mais se destaca como principais resultados e aprendizados é a satisfação do benefício social que a agricultura familiar apresenta. Qual a importância dos agricultores familiares na construção deste novo modelo? (Pandemia) a manutenção e geração de renda para os pequenos agricultores. Quais são os próximos passos? Manter o projeto de Agricultura Familiar nos Restaurantes Universitários. Declara o Sr. Marco Antônio.

CONCLUSÃO

Os Restaurantes Universitários da UFMG, além de oferecer uma alimentação mais natural, valorizar e contribuir para um melhor desenvolvimento da agricultura local de pequeno porte em tempos difíceis e a dificuldade de acesso ao alimento para uma grande parte da população. O Benefício é amplo, não só ligado à Universidade Federal, mas as escolas municipais de 1º e 2º grau também adquirem produtos com agricultores da região.

O objetivo deste estudo foi ressaltar os benefícios da Agricultura Familiar e o Desenvolvimento Sustentável alinhado aos restaurantes universitários da UFMG. Uma parceria com a Fundação Mendes Pimentel responsável pelos cinco (5) Restaurantes Universitários. Segundo o Marco Antonio Schaefer, atual coordenador dos Restaurantes Universitários da UFMG, foram realizadas visitas técnicas nos assentamentos, para conhecer as áreas de plantio e também para verificar o poder de produção em meio a pandemia.

Destaca-se a satisfação do benefício social que a agricultura familiar apresenta. Manter o projeto de Agricultura Familiar nos restaurantes universitários significa garantir a geração de renda para os pequenos agricultores. Ao valorizar a agricultura familiar e o incentivo aos produtores locais, sem aumentar os custos de produção das refeições servidas diariamente nos Rus. da UFMG fica evidente a necessidade de repensar a Agricultura familiar dentro das políticas de desenvolvimento rural, políticas dentro de um contexto governamental, legislativo e pandêmico durante e pós- Covid, como também políticas de abastecimento em função da inflação.

A Alimentação sustentável é uma preocupação com a saúde humana com o respeito e equilíbrio na utilização dos recursos naturais, visando o cuidado e o bem-estar do planeta. Uma alimentação saudável e sustentável visa preocupar com todas as etapas pelas quais os alimentos passam, desde a produção, armazenamento, transporte, preparo e descarte consciente. A sustentabilidade gera benefícios socioeconômicos e ambientais a todos. É possível manter uma alimentação sustentável, saudável respeitando o meio ambiente com a separação do resíduo, reciclagem e economia de água. Por ser uma agricultura diversificada o cultivo familiar, pela própria necessidade de venda gera menos necessidade de insumos industriais e defensivos agrícolas gerando maior sustentabilidade e qualidade. Resta saber que mediações podem ser feitas para que nos beneficiemos do conceito de "empresa familiar"

neste país de dimensões continentais, em que tanto o evidente assalariamento no campo quanto a diversificada produção agrícola familiar realizam-se através de formas desiguais, combinadas ou transitórias. Além da econômica, é preciso discutir a segmentação política. Sem falar em ecologia e proteção do meio ambiente.

REFERÊNCIAS

ABRAMOVAY, Ricardo. **Paradigmas do capitalismo agrário em questão**. 3. ed. São Paulo: Edusp, 2007.

BRANDENBURG, A. **Agricultura familiar, ONGs e desenvolvimento sustentável**. Curitiba: Editora da UFPR, 1999.

SCHAEFER. M. A., **Informações atualizadas dos dados dos Restaurantes Universitários da Fundação Mendes Pimentel**, Belo Horizonte – MG – 2021.

<http://www.ceplac.gov.br/radar/artigos/artigo3.htm>

<https://ufmg.br/comunicacao/noticias/agricultura-familiar-abastece-bandejoes-da-ufmg>

<http://www.fump.ufmg.br/noticias.aspx?pag=3¬icia=1150>

II SEMINÁRIO DA PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Gestão em Saúde em Tempos de COVID-19: cenários e perspectivas
9 e 10 de dezembro de 2021

SALA CIRÚRGICA PARA REMOÇÃO MULTIORGÂNICA PARA FINS DE TRANSPLANTE: CONTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE *LAYOUT*

Edna Andréa Pereira de Carvalho - Enfermeira. Mestre em Gestão de Serviços de Saúde. Universidade Federal de Minas Gerais/HC; Fernanda Gonçalves de Souza - Graduanda em Gestão de Serviços de Saúde. Universidade Federal de Minas Gerais; Messias Inácio da Silva Carvalho - Graduando em Gestão de Serviços de Saúde. Universidade Federal de Minas Gerais; Karla Rona da Silva - Enfermeira. Doutora em Biomedicina. Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO

O objetivo deste estudo foi construir e validar um *layout* de sala cirúrgica para remoção multiorgânica para fins de transplante. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório de natureza qualitativa, aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa envolvidos. As bases de dados empregadas para fundamentação teórica foram: PUBMED, LILACS e SCIELO, seguindo as diretrizes e recomendações PRISMA para contemplar o objeto de estudo. Foi realizada a análise das respostas de entrevistas que contou com a participação de nove enfermeiros, tendo como cenário de investigação dois centros transplantadores brasileiros. O resultado da revisão bibliográfica e das análises das entrevistas foram utilizados para subsidiar a construção do *layout* objeto deste estudo. O período de busca ocorreu de agosto a setembro de 2019. Para validação foi adotada a técnica de Delphi, e para calcular a concordância entre especialistas optou-se pela porcentagem de concordância absoluta, com o valor mínimo de 80% para concordância aceitável. A porcentagem de concordância absoluta para o *layout* alcançou 100% na primeira rodada, e assim, seu conteúdo e aparência foi validado. Como resultado foi elaborado e validado o *layout* que foi composto pelos seguintes itens e suas respectivas localizações: 1) Cautério cavidade torácica; 2) Cautério cavidade abdominal; 3) Aspirador cavidade torácica; 4) Aspirador cavidade abdominal; 5) Balde revestido com saco plástico branco para a exsanguinação do doador; 6) Mesa auxiliar para acomodar mala e carrinho de suporte para caixas térmicas contendo gelo, gelo estéril e soluções de preservação; 7) Mesa de instrumentais para a cavidade torácica; 8) Mesa de instrumentais para a cavidade abdominal; 9) Caixa de instrumentais, bacia e jarro para a cavidade abdominal; 10) Caixa de instrumentais, bacia e jarro para a cavidade torácica; 11) Suporte de soro para soluções infundidas no doador e infusão da solução de cardioplegia; 12) Suporte de soro longo contendo quatro ganchos para a infusão das soluções de preservação dos órgãos abdominais; 13) Carrinho contendo materiais hospitalares, campo cirúrgico, aventais e caixas cirúrgicas. Foi sinalizado a importância do controle do ambiente e disponibilização dos materiais, de forma a contribuir com o processo de trabalho da equipe de saúde e com o bom desenvolvimento do procedimento cirúrgico. Conclui-se que o *layout* de sala cirúrgica para remoção multiorgânica aqui apresentado poderá ser utilizado de forma ampla no setor saúde e de ensino. Esse contribui para a prática acadêmica e profissional com vias a concretizar a cultura do cuidado e segurança nos serviços de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Transplante de Órgãos; Educação em Enfermagem; Sala Cirúrgica.

INTRODUÇÃO

O transplante é uma terapêutica bem estabelecida mundialmente como possibilidade para o tratamento de doenças terminais, antes, classificadas como intratáveis. O Brasil ocupa posição de destaque mundial em transplantes, ficando atrás, em número absoluto de transplantes, apenas dos Estados Unidos. O Sistema Único de Saúde financia aproximadamente 96% dos procedimentos realizados em todo o país, no entanto a oferta de órgãos é substancialmente inferior à demanda da população, fazendo crescer a fila de espera nos estados brasileiros (PEREIRA, 2012; ABTO, 2017).

A aquisição de órgãos para fins de transplante ocorre por meio de doadores intervivos ou através de doador falecido. O transplante intervivos é de modo geral, menos comum sendo possível sua realização apenas em órgãos duplos a exemplo do transplante renal, enquanto na iminência da morte é possível a doação de múltiplos órgãos e também tecidos (PEREIRA, 2012; ABTO, 2017).

A aquisição de múltiplos órgãos para transplante no Brasil resulta do diagnóstico da morte encefálica, um processo complexo, regido por um robusto arcabouço legal que protege o doador e o receptor. O diagnóstico de morte encefálica no Brasil, segue um protocolo que exige a realização de dois exames clínicos, por médicos distintos e devidamente capacitados, um teste de apneia e um exame, chamado complementar, que documenta a morte encefálica (PEREIRA, 2012; CFM, 2017).

Concluído o diagnóstico da morte encefálica, o indivíduo é declarado morto, tendo sua declaração de óbito preenchida e entregue aos familiares. Sendo o falecido elegível como doador, os familiares são entrevistados por profissionais de saúde, que oferecem a esses a oportunidade de doação. Mediante autorização da doação dos órgãos e tecidos pelos familiares entrevistados, as Centrais Estaduais de Transplante, dão início à organização logística para a realização da cirurgia de remoção multiorgânica (CFM, 2017).

Para contribuir com o sucesso do transplante é preciso ter equipe especializada e disponibilização de ambiente e insumos capazes de subsidiar todo o procedimento cirúrgico. A Enfermagem está presente na assistência ao paciente transplantado desde o primeiro procedimento realizado no Brasil, em meados de 1964. Com o estabelecimento da Política Nacional de Transplante (PNT), concomitante à organização dos centros transplantadores, a Enfermagem passou a integrar todos os cenários do processo de doação, captação e remoção de órgãos para fins de transplante (CINTRA; SANNA, 2005; PEREIRA, 2012).

Entretanto, há escassez de literatura disponível sobre a assistência de enfermagem em cirurgia de remoção de múltiplos órgãos e tecidos, o que suscitou a realização desse estudo. Assim, este estudo se justifica por contribuir com profissionais lotados nos centros cirúrgicos, e que acompanham as cirurgias de remoção multiorgânica, para a montagem da sala cirúrgica, de modo a acomodar múltiplos equipamentos, volumoso número de materiais médico cirúrgico e múltiplas equipes que farão a remoção multiorgânica.

Neste sentido, o objetivo deste artigo foi construir e validar um *layout* de sala cirúrgica para remoção multiorgânica para fins de transplante. Nesta pesquisa *layout* foi considerado como a montagem da sala no que diz respeito a composição de materiais, equipamentos e insumos necessários, localização desses e o controle da climatização e iluminação do ambiente.

REFERENCIAL TEÓRICO

O centro cirúrgico é uma unidade composta por um conjunto de áreas e instalações destinadas à realização de procedimentos anestésico-cirúrgicos, recuperação anestésica e pós-

operatório imediato (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO, 2017).

A sala cirúrgica é um dos elementos mais dispendiosos e complexos do ambiente hospitalar, que exige, da equipe de enfermeiros, um cuidado peculiar repleto de conhecimentos e habilidades, gestos precisos e consciência do risco, respeitando as normas de segurança do paciente e a equipe (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO, 2017; PAULA, 2019). É nesse contexto que são realizadas as cirurgias de remoção de órgãos para transplante e os últimos cuidados com o doador (GARCIA et al., 2013; PEREIRA, 2012).

O grande desafio das cirurgias de remoção multiorgânicas é a preservação da função dos órgãos removidos, com o menor tempo de isquemia possível, até o implante no receptor (GARCIA et al., 2013).

O processo de remoção dos órgãos até o implante exige um período de isquemia e esta é dividida em duas fases: a isquemia quente e a isquemia fria. A isquemia quente compreende o intervalo entre a interrupção do fluxo sanguíneo no órgão a ser removido (*in situ*) até o resfriamento promovido pela infusão de solução de preservação a uma temperatura ideal de 0° a 4°C. A isquemia fria é definida pelo tempo de preservação do órgão removido, que se inicia com a infusão da solução de preservação até o reestabelecimento do fluxo sanguíneo no receptor (JING et al., 2018).

Tanto o período de isquemia quente quanto o de fria geram lesão nos órgãos removidos, no entanto, a isquemia quente é extremamente danosa ao enxerto, pois, neste período, o metabolismo celular permanece ativo e, em pouco tempo, as enzimas celulares causam degradação celular e consequente morte celular (MINOR; HORN, 2019; PEREIRA, 2012).

Os avanços no manejo do potencial doador e o aperfeiçoamento das técnicas cirúrgicas têm reduzido o tempo de isquemia quente a níveis muito baixos. Na prática, no momento em que ocorre o clampe da aorta, seguido da exsanguinação do doador, o órgão é concomitantemente preenchido pela solução de preservação a uma temperatura ideal de 4°C, configurando o início do tempo de isquemia fria (MINOR; HORN, 2019; PEREIRA, 2012).

A utilização de órgãos de doadores de critérios expandidos, ou seja, doadores falecidos cujos órgãos apresentam risco aumentado de piores desfechos clínicos é uma realidade no Brasil e no mundo, tendo em vista que a oferta de órgãos é significativamente inferior à demanda. Nesse cenário, o armazenamento de órgãos utilizando máquinas de perfusão ou de bombeamento apresenta-se como opção de condicionamento até o centro transplantador (TINGLE et al., 2019).

O armazenamento dos órgãos utilizando máquinas de perfusão pode ser feito em uma variedade de temperaturas e os benefícios desta técnica, em detrimento da preservação estática a frio, são colocados por alguns autores como capazes de promover a diminuição dos danos e o aumento da sobrevida do enxerto (TINGLE et al., 2019).

Esta tecnologia vem sendo utilizada por alguns Estados do Brasil na preservação de rim há aproximadamente cinco anos e a falta de diretrizes nacionais de consenso para sua utilização exige a realização de estudos em busca de evidências científicas e de análise econômica que possam orientar a tomada de decisão das equipes transplantadoras e de gestores (LEITE et al., 2019; TINGLE et al., 2019).

A sequência de remoção é estabelecida pelo tempo de isquemia fria tolerado por cada órgão. Quanto menor este tempo, maior será a prioridade em removê-lo e transportá-lo ao centro transplantador onde ocorrerá o implante. O tempo de isquemia fria ideal relativo a cada órgão está disposto no quadro 1 abaixo (ABTO, 2009).

Quadro 1 - Tempo de isquemia fria ideal relativo a cada órgão

Órgão	Tempo de isquemia fria ideal
Coração	04 horas
Pulmão	04 – 06 horas
Fígado	12 horas
Pâncreas	Até 20 horas
Intestino	06 a 08 horas
Rins	Até 24 a 36 horas (a depender da solução de preservação utilizada)

Fonte: Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (2009).

A definição quanto à viabilidade do órgão para o implante é estabelecida a partir da avaliação macroscópica do órgão e da cavidade torácica e abdominal realizada pelo cirurgião responsável pela remoção (GARCIA et al., 2013; PEREIRA, 2012).

O cirurgião responsável pela remoção dos órgãos deve ser experiente e esta avaliação visa a identificar possíveis focos infecciosos, neoplasias ou presença de lesões traumáticas que possam vir a comprometer a viabilidade dos órgãos (GARCIA et al., 2013).

Fígado, pâncreas e rins são inspecionados e palpados pelo cirurgião e a decisão quanto à utilização ou não do enxerto levará em consideração o aspecto do parênquima, a coloração e a textura dos órgãos. O cirurgião cardiovascular considera, além da coloração, o volume e o grau de contratilidade dos ventrículos para a tomada de decisão (PEREIRA, 2012).

A Portaria 2.600/2009, no anexo IV, determina os requisitos para o credenciamento de cirurgiões aptos a realizar a remoção de órgãos. Tais requisitos variam de acordo com a clínica e passam por residência ou título de especialista, além de treinamento formal em serviço de transplante por um período que pode variar de 12 a 16 meses (BRASIL, 2009).

Confirmada a viabilidade dos órgãos, as equipes preparam-se para a perfusão e remoção dos mesmos. A hipotermia e o uso de soluções de preservação, à temperatura ideal de 4°C, são os métodos mais comumente utilizados para a preservação de órgãos (BACAL et al., 2018; GARCIA et al., 2013).

Está disponível no mercado uma gama de soluções de preservação classificadas conforme a concentração de sódio em sua composição como extracelulares e intracelulares. Seus componentes devem ser capazes de diminuir a lesão hipóxico-isquêmica em ambiente de hipotermia e melhorar a sobrevida do enxerto a um custo praticável (BACAL et al., 2018; CHEN et al., 2019).

Os mecanismos de ação das soluções de preservação visam a reduzir a atividade metabólica, manter as condições físicas e bioquímicas do meio de preservação e promover a modulação da reposta de reperusão (BACAL et al., 2018).

As soluções mais comumente utilizadas na preservação de órgãos sólidos são a solução da Universidade de Wisconsin (UW), a solução Histidina-Triptofano-Cetoglutarato (HTK), solução do Instituto George Lopez (IGL-1) e solução de Celsior (ADAM et al., 2015).

A solução UW tem sido considerada “padrão-ouro” desde 1987 para a preservação de órgãos abdominais, especialmente fígado, proporcionando períodos seguros de preservação. No entanto, a alta viscosidade da solução de UW, dificultando a remoção da mesma nos tecidos no momento do implante, e o alto custo têm estimulado o uso de outras soluções no

Brasil e em outros países do mundo (ADAM et al., 2015; CHEN et al., 2019; PEREIRA, 2012; STEWART, 2015).

No contexto cirúrgico da remoção de órgãos, a presença do enfermeiro como membro das equipes de remoção mostra-se fundamental. Este possui meios que possibilitam a congruência da ação organizacional, por meio de recursos administrativos e logísticos, aliados a seus conhecimentos, habilidades e *expertise* em gerenciamento, capazes de promover o ambiente adequado à realização de qualquer transplante (CINTRA; SANNA, 2005).

METODOLOGIA

Estudo do tipo descritivo e exploratório de natureza qualitativa, aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa envolvidos sob o parecer de número 3.386.635, com o CAAE 10473019.7.0000.5149. Ressalta-se que os aspectos éticos foram respeitados em todas as etapas.

Foi realizada inicialmente uma revisão integrativa da literatura, que seguiu as diretrizes e recomendações PRISMA para identificação, seleção, elegibilidade e inclusão, com vias a identificar evidências científicas existentes sobre o tema objeto deste estudo. Não foram encontrados evidências científicas tendo como foco a montagem da sala cirúrgica para a remoção de órgãos sólidos para transplante. Assim, foi ampliada a busca para o tema atuação da enfermagem em transplantes, ancorando a pesquisa na perspectiva da diretriz da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. As bases de dados empregadas foram: PUBMED, LILACS e SCIELO. Os descritores utilizados foram: Transplante de Órgãos; Aloenxertos; Educação em Enfermagem; Enfermagem Perioperatória; e Educação Continuada, sendo encontrados 07 artigos em bases de dados PUBMED e 06 em base de dados LILACS e 09 na SCIELO. O período de busca ocorreu de agosto a setembro de 2019. A análise minuciosa da literatura subsidiou o referencial teórico que contemplou o objetivo desta pesquisa.

Na sequência, foi realizada a análise das respostas de entrevistas que contou com a participação de nove enfermeiros, tendo como cenário de investigação dois centros transplantadores brasileiros, elencados pelo fato de serem referências para a prática transplantadora nacional. Para a coleta de dados foi utilizado um roteiro semiestruturado, composto por nove questões e subdivido em duas partes, sendo a parte I composta por questões relativas ao perfil profissional e a parte II composta por questões abertas relativas ao fazer do enfermeiro nos períodos que antecedem a cirurgia, durante o procedimento cirúrgico e após a cirurgia, a saber: (1) Quais as atividades desenvolvidas por você enquanto membro da equipe de enfermeiros em remoção de órgãos? Descreva sua atuação. (2) Descreva as atividades desenvolvidas por você no pré-operatório, intraoperatório, Pós-operatório. (3) Você recebeu treinamento? Ao término da parte II, foi aberto espaço para que o entrevistado acrescentasse algo que julgasse pertinente e não contemplado nas perguntas que seguiram e/ou algo que desejasse acrescentar à construção do estudo. Para fins deste estudo, foi realizada análise específica das respostas que faziam menção a montagem da sala cirúrgica.

As entrevistas ocorreram nos meses de agosto e setembro de 2019, no local de trabalho dos participantes, e foram previamente agendadas por telefone conforme a disponibilidade desses. O Termo de consentimento Livre e esclarecido (TCLE) em duas vias foi entregue e lido junto a cada participante, sendo posteriormente assinado por cada participante e pela pesquisadora principal do estudo.

Para validação com especialistas foi adotada a técnica de Delphi, que consiste na obtenção de opiniões e critérios de um conjunto de especialistas sobre um determinado tema (CASTRO; REZENDE, 2009; LIMA et al., 2018). Foram selecionados seis especialistas por amostragem não probabilística do tipo conveniência. Os critérios utilizados para seleção dos

especialistas foram: ser enfermeiro e membro de equipes de remoção de órgãos para transplante.

Foi formulado um questionário, com perguntas fechadas que continha quatro alternativas de repostas, com uma resposta para cada pergunta, utilizando os seguintes escores: 1 = inadequada (I); 2 = parcialmente adequada (PA); 3 = adequada (A); e 4 = totalmente adequada (TA). Foi também criado um espaço para comentários abaixo de cada pergunta, para que o especialista escrevesse suas considerações e apontamentos. A questão referente à montagem da sala cirúrgica, objeto deste artigo, foi: “A figura *Layout* da sala cirúrgica permite a visualização adequada da montagem da sala para remoção multiorgânica?”.

Todos os envolvidos foram informados dos objetivos, riscos e benefícios da pesquisa, além de afirmado o compromisso com a total confidencialidade dos participantes e logo após foram coletadas as devidas assinaturas no TCLE, com a entrega de uma via ao especialista. Neste momento foi pactuado o envio da proposta de montagem da sala cirúrgica no formato *PDF* e do questionário no formato de formulários, criado por meio do *Google Forms*, uma ferramenta gratuita de acesso fácil e versátil. Ambos foram encaminhados por *E-mail* e estipulado o prazo de 15 dias para o retorno das respostas.

Quanto ao método para calcular a concordância entre especialistas optou-se pela porcentagem de concordância absoluta, que consiste unicamente em calcular o número de vezes em que os avaliadores concordaram e dividir pelo número total de avaliações (varia entre 0 e 100%). O valor de 75% é considerado o mínimo de concordância aceitável; e valores a partir de 90% são considerados altos. Os pesquisadores deste estudo definiram o valor de 80% para concordância aceitável. Os dados obtidos foram organizados utilizando-se planilhas do *Microsoft Office Excel 2010*.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O perfil dos nove enfermeiros que participaram das entrevistas foi de 07 participantes do gênero feminino e 02 do masculino, a faixa etária oscilou entre 24 e 48 anos, o tempo de formação (graduação em enfermagem) variou de 02 a 20 anos. Quanto à formação em pós-graduação relacionada a transplante, 08 enfermeiros são especialistas, sendo dois mestres e 01 profissional cursa o doutorado em transplantes. Após elaboração do *layout* da sala cirúrgica, procedeu-se sua validação. Foram convidados de forma presencial seis especialistas para participar desta etapa, com unanimidade no aceite. Todos retornaram o E-mail com o questionário respondido no tempo estipulado de 15 dias, contudo, cinco responderam a questão referente a montagem da sala cirúrgica, compondo a amostra final para esta análise.

A porcentagem de concordância absoluta para o *layout* alcançou 100% na primeira rodada, e assim, seu conteúdo e aparência foi validado. A montagem da sala cirúrgica compreende uma etapa importante do processo de remoção de órgãos e tecidos. Envolve múltiplas ações e exige conhecimento e domínio de cada uma das etapas cirúrgicas. A ausência de materiais médico hospitalares, equipamentos, instrumentais específicos, que diferem de acordo com o órgão a ser removido e/ou a disposição destes equipamentos e materiais de maneira indevida na sala cirúrgica pode gerar prejuízos importantes ao procedimento como atrasos nos tempos cirúrgicos e em última instância até a invalidação do procedimento (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO, 2017).

A circulação da sala cirúrgica é descrita como uma atividade privativa da equipe de enfermagem, em geral realizada pelo profissional técnico, no entanto, em cirurgias complexas, com procedimentos variados, é desejável a presença do enfermeiro na assistência. A disposição dos equipamentos, instrumentais e materiais devem ser realizadas de modo a

permitir a adequada circulação das múltiplas equipes cirúrgicas, garantindo agilidade e segurança ao processo (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO, 2017).

A Figura 1 apresenta o *layout* validado neste estudo de sala cirúrgica devidamente montada para a realização de cirurgia de remoção multiorgânica.

Figura 1: *Layout* validado de sala cirúrgica devidamente montada para a realização de cirurgia de remoção multiorgânica.



Fonte: elaborado pelos autores.

*Legenda:

- 1) Cautério cavidade torácica.
- 2) Cautério cavidade abdominal.
- 3) Aspirador cavidade torácica.
- 4) Aspirador cavidade abdominal.
- 5) Balde revestido com saco plástico branco para a exsanguinação do doador.
- 6) Mesa auxiliar para acomodar mala e carrinho de suporte para caixas térmicas contendo gelo, gelo estéril e soluções de preservação.
- 7) Mesa de instrumentais para a cavidade torácica.
- 8) Mesa de instrumentais para a cavidade abdominal.
- 9) Caixa de instrumentais, bacia e jarro para a cavidade abdominal.
- 10) Caixa de instrumentais, bacia e jarro para a cavidade torácica.
- 11) Suporte de soro para soluções infundidas no doador e infusão da solução de cardioplegia.
- 12) Suporte de soro longo contendo quatro ganchos para a infusão da soluções de preservação dos órgãos abdominais.
- 13) Carrinho contendo materiais hospitalares, campo cirúrgico, aventais e caixas cirúrgicas.

É desejável que a sala cirúrgica reservada para a realização desse procedimento seja ampla, e conte com iluminação e climatização de excelência. O controle de temperatura da sala é desejável, sendo a temperatura ideal para um procedimento de grande porte, com

grande quantidade de profissionais, de máxima de 24° C e mínima de 19° C. De acordo com a Norma Brasileira Registrada - NBR 7256, os parâmetros brasileiros recomendados para salas de operação, quanto à qualidade do ar, são: temperatura máxima de 24° C e mínima de 19° C; umidade relativa entre 45-60%, realização de 25 trocas totais de ar por hora e utilização de filtros do tipo G2/F2/A3 nos dutos sequencialmente, devendo ainda a sala ter pressão positiva em relação às áreas adjacentes (ABTO, 2009).

As cirurgias de remoção são classificadas como cirurgias de urgência, podendo ocorrer a qualquer hora do dia ou da noite, a depender da logística estabelecida pelas centrais estaduais de transplante, que consideram para isso, a disponibilidade das equipes cirúrgicas para a realização da remoção dos órgãos e também o implante, o tempo de isquemia fria tolerado por cada órgão a ser removido e a disponibilidade da família em aguardar para a entrega do corpo do doador. Ressalta-se que a logística para a remoção dos órgãos tem início a partir do sim das famílias doadoras podendo este ocorrer a qualquer hora do dia ou da noite (BRASIL, 2001).

A organização da sala e disposição dos materiais e equipamentos deve considerar as equipes cirúrgicas que farão a manipulação de órgãos localizados na cavidade torácica e órgãos localizados na cavidade abdominal, assim serão necessários dois cauterios que atenderão as equipes simultaneamente, assim como 02 aspiradores, como apresentado nos números 01, 02, 03 e 04 da legenda, respectivamente.

Todos os equipamentos deverão ser devidamente testados, os aspiradores precisam dispor de grande potência, e reservatórios suficientes para a aspiração de grandes quantidades de líquidos. O circulante deve estar atento quanto à capacidade dos reservatórios dos aspiradores, de modo a não prejudicar o campo cirúrgico por presença de excesso de líquidos.

O item 05 da legenda consiste na presença de balde revestido com saco plástico branco que irá abrigar o sangue do doador ao mesmo tempo em que os órgãos a serem removidos serão preenchidos por solução de preservação específica. Para cada órgão a uma temperatura ideal é de 4°C, este processo é chamado perfusão (DOHERTY, et al., 2017; SOTERO, 2015).

O item 6 corresponde a mesa auxiliar que irá acomodar a mala e servir de suporte para anotações do enfermeiro membro da equipe de remoção. É importante dimensionar esta mesa auxiliar em um espaço da sala que comporte o carrinho contendo as caixas térmicas que abrigam inicialmente as soluções de preservação e o gelo estéril utilizados no procedimento e que posteriormente acomodarão os órgãos removidos para o transporte. Esse dimensionamento facilita o trabalho do enfermeiro e diminui o seu trânsito na sala cirúrgica, o que é desejável, uma vez que a sala conta com múltiplos profissionais e grande número de equipamentos e mesas.

Os itens 07 e 08 são as mesas que abrigarão os instrumentais, sendo a 07 designada ao atendimento da equipe que fará a remoção dos órgãos torácicos e a 08 dos órgãos abdominais. Observa-se que a mesa 07 está localizada a lateral da mesa cirúrgica mantendo-se mais próxima à cabeceira da mesa, enquanto a mesa 08 está localizada ao final da mesa cirúrgica. Esta disposição permite o bom atendimento as equipes cirúrgicas e a mobilidade dos cirurgiões que abordam cavidades distintas, sem o cruzamento ou compartilhamento dos instrumentais.

As caixas de instrumentais, bacia e jarros são representadas pelos números 09 e 10. Os instrumentais utilizados nos procedimentos de remoção pertencem ao hospital de destino (onde se encontra o doador), no entanto, é possível que alguns cirurgiões tenham preferência por utilizar instrumentais, como tesouras, trazidos da instituição de origem, dada a delicadeza dos tecidos e vasos manipulados, o que pode impactar no implante do órgão. Caso isso ocorra, é responsabilidade do enfermeiro membro da equipe de remoção, a separação destes instrumentais e o devido acondicionamento para retorno ao centro transplantador.

O item 11, identificados como suporte de soro, deverão ser dispostos na cabeceira da mesa cirúrgica em quantitativo suficiente para acondicionar as soluções infundidas no doador como drogas vasoativas e também abrigar a solução de preservação ou solução de cardioplegia que será utilizada na remoção do coração.

Junto ao suporte de soro deve ser colocado um sistema de pressurização, sendo o mais utilizado as bolsas de pressurização contínua, a fim de garantir a infusão da solução de cardioplegia. O enfermeiro, membro da equipe de remoção, deverá posicionar-se ao lado da solução no momento da perfusão. Nas cirurgias de remoção multiorgânicas, em que haverá perfusão simultânea de órgãos, o enfermeiro deverá orientar um dos profissionais presentes na sala, como o anestesista, que está posicionado a cabeceira da mesa a realizar a supervisão da infusão da solução, garantido que a mesma será devidamente administrada.

Para a perfusão dos órgãos abdominais é necessário à utilização de um suporte de soro longo, item 12, contendo múltiplos ganchos que receberão um equipo de irrigação contendo três a quatro vias de infusão. Este suporte deverá possuir altura adequada que permita a infusão das soluções por gravidade. O enfermeiro deverá se posicionar ao lado do suporte garantindo que as soluções sejam infundidas, e que não haja entrada de ar no sistema, ao mesmo tempo em que observa se a drenagem do sangue do doador ocorre no balde (item 5).

Por fim, o item 13 identificado como carrinho, que irá abrigar materiais hospitalares como campo cirúrgico, aventais e caixas cirúrgicas, necessários à realização do procedimento. Considerando o volume de materiais, o circulante poderá dividir os mesmos em 02 carrinhos, permanecendo um no interior da sala e outro nas proximidades externas da sala, a fim de otimizar o espaço físico e favorecer o manejo dos materiais a serem utilizados.

Em se tratando da equipe de profissionais atuante para a cirurgia de extração multiorgânica, a educação em saúde apresenta-se como uma estratégia essencial. Há necessidade de promover programas educativos em serviços de transplantes, conduzindo a uma capacitação que propicie a troca de conhecimento e experiências capazes de transformar os problemas em ferramentas para melhorias com qualificação, de forma a garantir assistência de qualidade.

Kuze et al (2018) corroboram com essa reflexão ao afirmarem que a adoção da Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma boa estratégia de qualificação para os profissionais. Neste sentido, endossam que é possível a análise das atividades a serem desenvolvidas por meio da EPS, com vias a valorização das boas práticas e fortalecimento da qualidade do cuidado e segurança do paciente em todos os campos da saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O *layout* de sala cirúrgica para remoção multiorgânica teve sua construção baseada em evidência científica e reflexões de profissionais especialistas com vasta experiência no campo prático frente a temática. Foi validado, segundo conteúdo e aparência, por juízes especialistas respeitando-se os preceitos metodológicos propostos.

Esse instrumento é uma tecnologia educacional e poderá ser utilizado de forma ampla no setor saúde e de ensino. Em síntese, contribui para a prática acadêmica e profissional com vias a concretizar a cultura do cuidado e segurança nos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

ADAM, R. *et al.* Compared efficacy of preservation solutions in liver transplantation: a long-term graft outcome study from the european liver transplant registry. **American Journal of Transplantation**, Copenhagen, v. 15, n. 2, p. 395-406, fev. 2015. Doi: <https://doi.org/10.1111/ajt.13060>.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO (SOBECC). **Diretrizes de Práticas em Enfermagem Cirúrgica e Processamento de Produtos para a Saúde**. 7. ed. rev. atual. São Paulo: 2017.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS. Dimensionamento dos transplantes no Brasil e em cada estado (2011-2018). **Registro Brasileiro de Transplantes**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 1-89, 2018. Disponível em: http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2018/Lv_RBT-2018.pdf. Acesso em: 01 nov. 2021.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS. **Diretrizes básicas para captação e retirada de múltiplos órgãos e tecidos**. São Paulo: ABTO, 2009.

BACAL, F. *et al.* 3ª Diretriz Brasileira de Transplante Cardíaco. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 111, n. 2, p. 230-289, 2018. Doi: <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20180153>.

BRASIL. Presidência da República. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei no 10.211, de 23 de março de 2001. Altera dispositivos da Lei no 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que "**dispõe sobre a retirada de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento**". Brasília: Presidência da República, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10211.htm. Acesso em: 15 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 2.600 de 21 de outubro de 2009. Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2009.

CASTRO, A. V.; REZENDE, M. A técnica de Delphi e seu uso na pesquisa de enfermagem, revisão bibliográfica. **REME Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 13, n. 3, p. 429-434, 2009. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/209>. Acesso em: 15 out. 2021.

CHEN, Y. *et al.* Preservation solutions for kidney transplantation: history, advances and mechanisms. **Cell Transplant, Elmsford**, v. 28, n. 12, p. 1472-1489, dec. 2019. Doi: <https://doi.org/10.1177/0963689719872699>.

CINTRA, V.; SANNA, M. C. Transformações na administração em enfermagem no suporte aos transplantes no Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 1, p. 78-81, fev. 2005. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672005000100015>.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.173, de 15 de dezembro de 2017. **Define os critérios do diagnóstico de morte encefálica**. Brasília: CFM, 2017. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20171205/19140504-resolucao-doconselho-federal-de-medicina-2173-2017.pdf>. Acesso em: 12 set. 2021.

DOHERTY, M. G. *et al.* **CURRENT: cirurgia: diagnóstico e tratamento**. 14. ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.

GARCIA, C. D. *et al.* **Manual de doação e transplantes**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

JING, L. *et al.* Organ preservation: from the past to the future. **Acta Pharmacologica Sinica**, Beijing, v. 39, n. 5, p. 845-857, may 2018. Doi: <https://doi.org/10.1038/aps.2017.182>.

KUZE, E. B. *et al.* Construção coletiva de estratégias para um programa de educação permanente em transplante hepático. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 117-123, jul./set. 2018. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/379>. Acesso em: 20 set. 2021.

LEITE, R. R. A. *et al.* Máquina de perfusão versus armazenamento estático na preservação renal de doadores com morte encefálica: revisão sistemática e metanálise. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 2, e2079, 2019. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0100-6991e-20192079>.

LIMA, P. S. *et al.* Manual educativo de cuidados à criança com gastrostomia: construção e validação. **REME Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 22, p. e1123, 2018. Doi: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20180068>.

MINOR, T.; HORN, C. V. Rewarming injury after cold preservation. **International Journal of Molecular Sciences**, Basel, v. 20, n. 9, p. 1-9, may 2019. Doi: <https://doi.org/10.3390/ijms20092059>.

PAULA, M. C. P. O processo de integração do enfermeiro circulante em contexto perioperatório. 2019. 127f. **Dissertação (Mestrado)** - Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal, Portugal, 2019. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/28827/1/DEPOIS%20DA%20DEFESA%20-%20TESE.pdf>. Acesso em: 29 out. 2021.

PEREIRA, W. A. **Manual de transplantes de órgãos e tecidos**. 4. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2012.

SOTERO, A. F. D. **Técnicas de preservação de enxertos para transplante renal**. 2015. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal, 2015. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/30568/1/tecnicasdepreservacaodeenxertosparatransplante.pdf>. Acesso em: 29 set. 2021.

STEWART, A. Z. UW solution: still the “gold standard” for liver transplantation. **American Journal of Transplantation**, Copenhagen, v. 15, n. 2, p. 295-296, feb. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ajt.13062>.

TINGLE, J. S. *et al.* Machine perfusion preservation versus static cold storage for deceased donor kidney transplantation. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, v. 3, n. CD011671, mar. 2019. Doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011671.pub2>.

SEMINÁRIO DA PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Gestão em Saúde em Tempos de COVID-19: cenários e perspectivas
9 e 10 de dezembro de 2021

A EXPERIÊNCIA DE MULHERES EM CARGOS DE LIDERANÇA ATUANDO NO ENFRENTAMENTO DA COVID-19 EM UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR

Denise Silva Pinto - Fundação Hospitalar São Francisco de Assis, Curso de Gestão Estratégica de Saúde/UFMG; Adriane Vieira - Docente, Gestão de Serviços de Saúde, EE/UFMG; Karla Rona da Silva, Professora, Gestão de Serviços de Saúde, EE/UFMG

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo analisar os desafios vivenciados por mulheres que ocupavam cargos de chefia e atuavam no enfrentamento da COVID-19, em uma organização hospitalar situada na Grande Belo Horizonte. Trata-se de um estudo de caso, com nove mulheres em cargos de liderança. O instrumento de coleta de dados utilizado foi um roteiro de questões abertas, respondido por escrito. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo e geraram quatro categorias temáticas: estilos de liderança; mudanças na rotina de trabalho; fatos marcantes da pandemia; e desafios da pós-pandemia. As diferenças no estilo de liderança foram descritas por meio de estereótipos de gênero. A emotividade das mulheres foi considerada o traço mais negativo. A dominação masculina se manifesta nas dificuldades de ascensão aos cargos de gestão. A rotina diária na pandemia se tornou mais intensa e passou a exigir uma dedicação em tempo integral. Novos processos e protocolos foram gerados e as equipes precisaram ser treinadas, em meio ao aumento expressivo do número de pacientes internados e de mortes. As mulheres se sentiram desafiadas a provar que são capazes de exercer suas funções gerenciais com total profissionalismo, competência e dedicação como seus colegas homens. As formas de superação apontadas foram: paciência, persistência e foco na gestão de pessoas. O pós-pandemia deve trazer como desafio: a necessidade de dar atenção à saúde física e emocional das equipes; redução da aceleração do ritmo de trabalho; e melhoria do clima organizacional. Concluiu-se que nesse cenário pandêmico a reabilitação psicológica dos profissionais é essencial, bem como a reflexão coletiva sobre as ações estratégicas empregadas no gerenciamento da crise e seus resultados.

PALAVRAS-CHAVE: liderança, gênero, gestão, hospital, pandemia, COVID-19.

INTRODUÇÃO

A pandemia provocada pelo Novo Coronavírus paralisou o mundo, e levou as instituições de saúde a adotarem severas medidas de segurança, voltadas aos pacientes e aos diversos profissionais envolvidos nos cuidados, especialmente os de linha de frente. A adaptação rápida a este novo cenário representou um grande desafio para todos os envolvidos, na luta contra a propagação do vírus, e também no desenvolvimento de vacinas e medicamentos para prevenção e cura dos sintomas dessa doença (RODRIGUES; SILVA, 2020; SILVA et al., 2020).

A COVID-19 chamou a atenção pelo alcance que teve e pela velocidade com a qual se disseminou. O recorde de atendimentos e ocupação de leitos dos hospitais trouxe consequência para a gestão hospitalar, tais como: aumento no tempo de espera e de permanência do paciente; dificuldade de adquirir insumos que se tornaram escassos devido à

alta demanda; dificuldades na administração dos recursos humanos com colaboradores nos grupos de riscos e/ou infectados; além de dificuldade na administração financeira (SOUZA, 2020; SILVA et al., 2020).

O cuidado com o paciente infectado demanda muitas ações dos colaboradores. Eles constituem um grupo de risco por estarem expostos diretamente aos pacientes infectados, o que faz com que sejam submetidos a uma alta carga viral. Além disso, precisam enfrentar o estresse físico e emocional, tanto pelo atendimento a pacientes em estado grave, quanto pelas condições de trabalho precárias oferecidas a esses trabalhadores (TEIXEIRA et al., 2020).

A maioria dos profissionais de saúde diretamente envolvidas nos procedimentos de cuidado são mulheres, especialmente nas equipes de enfermagem, representando o maior quantitativo do quadro de pessoal em hospitais. A presença masculina é superior na medicina e nos cargos gerenciais, predominantemente ocupados por homens. Não por acaso são eles que recebem os maiores salários e possuem status mais elevado (HÄRKÖNEN; MANZONI; BIHAGEN, 2016).

De acordo com Ismail e Nakkache (2015), a discriminação de gênero é sistêmica e está presente tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, fazendo com que as mulheres tenham muita dificuldade de ascender a cargos de nível executivo e optar por profissões que tradicionalmente são reduto masculino. Smith e Rosenstein (2016) afirmam que essa discriminação é histórica e socialmente construída por meio de estereótipos, práticas e crenças em relação às profissões mais indicadas para homens e mulheres.

Pode-se dizer que ao se falar em liderança é possível pensar nas imagens de inúmeros líderes homens. Isso é resultado de muitos anos da presença exclusiva masculina em cargos gerenciais. No entanto, a participação feminina na tomada de decisões vem crescendo, tanto no mercado de trabalho, quanto em cargos mais importantes nas organizações. No entanto, as tarefas domésticas continuam a ser destinadas às mulheres, desencorajando-se os homens a assumirem o compartilhamento de responsabilidade pelos filhos e pela casa, sob pena de que isso possa ferir sua masculinidade (SILVA, 2014).

Nesse contexto o presente estudo teve como objetivo analisar os desafios vivenciados por mulheres que ocupavam cargos de liderança e atuavam no enfrentamento da COVID-19, em uma organização hospitalar situada na Grande Belo Horizonte.

Espera-se que a presente investigação aprofunde a compreensão das condições sócio-históricas da produção das desigualdades entre homens e mulheres, desvelando os desafios enfrentados por mulheres em cargos de liderança em hospitais, no contexto de uma pandemia.

Este artigo está organizado em cinco seções, incluindo esta introdução. Na segunda seção se desenvolve o referencial teórico, na terceira seção se descreve a metodologia e na quarta seção se procede à apresentação e análise dos dados. Na quinta e última seção são formuladas as considerações finais, com sugestões para novos estudos que possibilitem aprofundar a análise dos dados levantados na fase quantitativa desta pesquisa.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Gestão hospitalar no enfrentamento da COVID-19

Desde que a Organização Mundial de Saúde (OMS) classificou o Novo Coronavírus (SARS-CoV-2) como o causador da pandemia COVID-19, e o Brasil passou a registrar o aumento do número de casos dessa doença, a preocupação com um inusitado e complexo cenário de atuação para os trabalhadores de saúde, principalmente para os profissionais de enfermagem se intensificou (SOUZA, 2020).

Segundo Bitencourt e Andrade (2020), o aumento da oferta de leitos e de equipamentos de ventilação assistida foi considerado importante para se conter a propagação da doença e para não sobrecarregar o sistema de saúde, bem como a construção de hospitais

de campanha, para que a população fosse amplamente assistida, sobretudo em locais sem sistema de saúde capaz de atender demandas graves.

Para o enfrentamento da pandemia foi necessário criar Comitês de Crise, para reorganização da estrutura e dos processos hospitalares de forma a garantir eficiência nos processos institucionais, como também realizar constantemente a atualização técnica-científica. Os comitês receberam também a missão de intensificar as ações de segurança do paciente, redefinindo fluxos de atendimento e criando novos protocolos (MOLINERO et al., 2020; LUCIANO; MASSORINI, 2020).

Outro fenômeno gerado pela pandemia de COVID-19 foi o aumento da demanda por Equipamento de Proteção Individual (EPI), provocando uma inflação nos preços, que gerou dificuldade de aquisição desses produtos e aumentou a insegurança nas condições de trabalho dos profissionais de saúde. Apesar de expostos a riscos biológicos, químicos, físicos, ergonômicos, mecânicos ou psicossociais, muitos deles tiveram que trabalhar em condições adversas, o que levou a contaminação, comprometeu a saúde mental e em última instância levou ao óbito de profissionais no cumprimento do exercício de sua profissão (AGÊNCIA BRASIL, 2020; LINTERN, 2020; LUCIANO; MASSORINI, 2020).

De acordo com Molineiro et. al. (2020), Luciano e Massaroni (2020) e Humeres et al. (2020), estudos de várias partes do mundo têm mostrado que os profissionais de saúde são alvo de adoecimentos constantes decorrentes de seu trabalho, e que a situação se agravou muito com a pandemia, com aumento significativo de casos de: estresse; fadiga por compaixão; Síndrome de *Burnout*; doenças osteomusculares; cardiovasculares; metabólicas; depressão e outras de ordem psíquica, incluindo o suicídio. Dessa forma, garantir assistência médica para os profissionais de saúde e apoio psicológico se tornaram ações fundamentais na gestão hospitalar, bem como realizar testes diagnósticos nos sintomáticos com rapidez, de acordo com os autores citados.

Esses fatores, permeados pela ansiedade e sofrimento do paciente e da família, reafirmaram a necessidade do substrato ético para enfrentamento desta realidade, e desafiaram a tomada de decisão gerencial assertiva, para incrementar as ações necessárias. Ademais, outros também estiveram presentes no cotidiano da gestão, tais como: cancelamentos de procedimentos eletivos; readequação da estrutura física das instituições; gastos com pagamentos de honorários extras; aumento no dimensionamento de pessoal na assistência; e capacitação das equipes. Portanto, não foi somente a saúde dos profissionais de linha de frente na assistência à saúde que foram comprometidos, mas também a de todo o corpo gerencial (RODRIGUES; SILVA, 2020; SILVA et al., 2020)

2.2 Gênero e trabalho

O conceito de gênero vai além das funções sexuais reprodutivas, uma vez que as diferenças existentes entre homens e mulheres são socialmente construídas. Para Butler (2003), gênero não é algo que se é, mas sim um conjunto de atos. Segundo Scott (1999), a construção da noção de gênero compreende imagens e significados atribuídos a cada sexo, que determinam como eles se relacionam, sendo muito importante analisar como os saberes e as hierarquias que os envolvem são construídos e legitimados ao longo do tempo. Portanto, é no campo da escolha das profissões e da inserção no mercado de trabalho, segundo Vieira et al. (2019), que as desigualdades de gênero de expressam mais fortemente, dando contornos específicos às carreiras.

No caso brasileiro, a produção cultural de gênero teve como referência o modelo de sociedade patriarcal, sustentado ideologicamente pela violência masculina e estabelecendo papéis de gênero e modos de organização de vida e trabalho pautados na subordinação das mulheres aos, mantendo-a atrelada às atividades de cuidar, ao educar e ao servir homens. Isso explicaria, em parte, a predominância feminina em profissões como enfermagem, serviço

social e psicologia. Enquanto ao homem cabe exercer a força, o poder, a autoridade e a liderança, desempenhando suas habilidades naturais em profissões como engenharia, direito e medicina (MIGUEL, 2017).

Como esclarece Chies (2010), historicamente as mulheres têm ocupado cargos de mais baixo *status* social e, mesmo quando ocupam espaço em áreas tradicionalmente masculinas, como na função gerencial, elas são concebidas como inferiores.

Estudos como o de Melo e Lopes (2013) e Carrieri et al (2013) mostram que, quando as mulheres se inserem em espaços profissionais tradicionalmente ocupados por homens, acabam reproduzindo os padrões comportamentais masculinos, em função das regras implícitas do meio social ao qual se integraram. Além disso, segundo Modesto Filho, Vieira e Carrieri (2021), dificilmente elas conseguem se dar conta de que elas próprias reproduzem os discursos de que os atributos masculinos são mais adequados para a gestão. No estudo conduzido pelos autores, as gestoras entrevistadas revelam seus próprios preconceitos quanto ao gênero feminino, destacando os seguintes atributos: competição e capacidade de complexificar as situações no trabalho. Enquanto os homens são vistos por elas como práticos, determinados, firmes, objetivos, diretos, corajosos, focados nos resultados, com destacada capacidade de ganhar dinheiro, e naturalmente aptos para a liderança.

Outro ponto discutido na literatura relativo à desigualdade entre gêneros é a divisão sexual do trabalho, também no âmbito doméstico, obrigando as mulheres a conciliar duplas ou tripla jornada de trabalho: casa, trabalho e estudo (VIEIRA; AMARAL, 2013). Segundo Lundberg (2005), a divisão de tarefas entre mãe e pai dentro do lar, condicionando as relações entre gênero ao longo da vida. Pais e mães incentivam muito pouco os filhos homens a desempenharem atividades domésticas, o que os impede de ensaiar e assumir o compartilhamento de responsabilidade com o cuidado da casa e dos filhos, quando constituírem suas próprias famílias (CORCETTI et al., 2017).

Segundo Oliveira (2020), torna-se evidente que ainda são muitas as dificuldades encontradas pela mulher em sua jornada profissional, conciliar carreira e família revela-se ainda um grande desafio, em especial para aquelas que exercem cargos de liderança em organizações.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa que utilizou o método estudo de caso, por se tratar de uma investigação que possibilita reter características holísticas e significativas do fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto de vida real (YIN, 2010).

A unidade de análise foram mulheres que ocupavam cargo de gestão e que atuavam diretamente no enfrentamento da Covid-19, de um hospital localizado na Grande Belo Horizonte, que atende exclusivamente a pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Trata-se de um hospital geral de grande porte, com mais de 400 leitos, e mais de 1.500 colaboradores, que prestam serviços hospitalares e cirúrgicos de alta, média e baixa complexidade em 33 especialidades. Em meados de abril de 2020 ele se foi considerado pela Secretaria Municipal de Saúde como uma instituição referência para o recebimento de pacientes COVID-19 e reorganizou seus leitos de forma que 70% fossem direcionados para o tratamento da doença.

Foram convidadas a participarem da pesquisa dez mulheres que ocupavam cargos de liderança e que atuavam em setores específicos e estratégicos para o enfrentamento da COVID-19, e nove consentiram.

Em função da dificuldade de acesso presencial aos locais de trabalho das entrevistadas, devido às medidas de segurança adotadas pelo hospital, e da dificuldade de compatibilização das agendas para uma entrevista on-line, optou-se pela elaboração de um roteiro de questões abertas como instrumento de coleta de dados. Segundo Triviños (2008),

quando as questões são abertas os respondentes ficam livres para responderem com suas próprias palavras, sem se limitarem a escolha entre um rol de alternativas.

O roteiro foi enviado por e-mail para as mulheres no dia 15/07/2021 e depois de respondido foi depositado em uma urna lacrada localizada na Diretoria do Hospital. A pesquisadora recolheu a urna com as entrevistas no dia 26/07/2021 para análise dos dados. O Quadro 1 apresenta uma síntese do perfil das participantes do estudo.

Os dados foram submetidos à análise de conteúdo, que para Bardin (2008) é composta de três fases: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados e interpretação.

A etapa da pré-análise é a organização propriamente dita do material que será analisado. O objetivo primeiramente é realizar uma leitura para estabelecer contato com o documento e os detalhes presentes no texto, chamado de uma leitura flutuante. Na etapa de exploração do material o pesquisador realiza uma sistematização do conteúdo, através de codificação, enumeração e a categorização dos elementos. E por fim, na fase de tratamento e interpretação dos dados, o pesquisador procura tornar significativo e válido os resultados obtidos através de uma síntese e seleção dos resultados escolhendo os mais representativos da situação a ser estudada, pelas inferências e pelas interpretações (BARDIN, 2008).

O presente estudo obedeceu às orientações expressas na Resolução MS 466/2012 (BRASIL, 2012), que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos, e o projeto foi encaminhado ao Comitê do Hospital cenário do estudo, sendo aprovado com parecer nº4.845.138. Todas as mulheres que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE). Para preservar suas identidades os extratos de fala selecionados e apresentados no próximo item foram identificados pela letra E, de entrevistada, seguida de um número aleatório, de 1 a 9.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, o conteúdo das entrevistas é descrito e analisado de acordo com as categorias temáticas de análise criadas: estilos de liderança; mudanças na rotina de trabalho; fatos marcantes da pandemia; e desafios da pós-pandemia.

4.1 Estilos de liderança

A primeira pergunta dirigida às participantes do estudo foi sobre as diferenças no estilo de liderança de homens e mulheres. O Quadro 1 contém os extratos de fala, sintetizando as respostas.

Quadro 1 - Extratos dos relatos sobre estilos de liderança

Entrevistado	Extratos de fala
E1	Vejo que homens lideram de forma mais racional que as mulheres. [...] As mulheres tendem a utilizar a parte emocional, que às vezes pode demonstrar fraqueza ou fragilidade. No meu caso deixo a parte mais racional evidente, para não ser injusta nas decisões, mas não me esquecendo de ter empatia pelas pessoas.
E2	Entendo que as mulheres são mais organizadas, realizam várias tarefas ao mesmo tempo, são detalhistas o que difere de alguns homens, que demonstram o oposto.
E3	As diferenças principais vão desde as atividades até respeito moral e sexual, e salários. Somos desafiadas a mostrar nosso potencial e vencer os desafios impostos.
E4	Mesmo no século XXI e depois do espaço alcançado com muita dedicação compromisso e inteligência, a mulher ainda é questionada quanto à sua competência. Lido com isso escutando mais e falando menos (...) usando da sabedoria feminina e não só do conhecimento.
E5	O mundo corporativo possui algumas falas de preconceito com mulher na gestão, às vezes com salários maiores para homens e falta de respeito dos mesmos.
E6	Muitas vezes os salários são diferenciados, pois, possuem outra formação, como os médicos.

E7	Homens são mais diretos e objetivos. Nem sempre conseguimos ser diretas, procuro da melhor maneira me expressar para que meus liderados entendam o meu direcionamento.
E8	Eu sinto que ainda existe discriminação de mulheres em cargos de liderança. Muitos ficam mais confortáveis quando são homens que estão à frente. Atualmente na instituição que atuo, existem muitas mulheres em cargos de coordenação e gerenciais, mas nos cargos mais elevados, como superintendência e conselho têm apenas uma mulher.
E9	Homens são mais objetivos nas decisões e muitas vezes mais otimistas que as mulheres. As mulheres são mais pacientes, cuidadosas e sentimentais.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Os estilos de liderança de homens e mulheres são descritos por meio de estereótipos de gênero. Homens são mais diretos, racionais e otimistas, enquanto as mulheres são mais emotivas, organizadas, detalhistas, pacientes e cuidadosas (E1, E2, E7, E9). Note-se que a emoção foi apontada como um traço negativo, que pode indicar fragilidade, e que por isso deve ser neutralizada com a empatia (E1), que supostamente os homens não possuem. Os atributos masculinos e femininos não são considerados complementares, eles são opostos (E3), portanto inconciliáveis (E2).

Beauvoir (1980) considera que a dominação masculina se manifesta no universo feminino através da percepção de que o mundo pertence aos homens. A literatura infantil e os contos refletem os mitos criados pelo desejo dos homens, e é através dos olhos masculinos que as meninas começam a enxergar o mundo e a projetar o seu destino nele, segundo a autora. Para Bourdieu (2007), a dominação masculina é uma forma particular de violência simbólica, que para se melhor exercida deve dissimular as relações de poder que a sustentam. Portanto, nem sempre os grupos dominados estão conscientes da desigualdade nas relações, e podem ser levados a acreditar que a igualdade e liberdade de pensamento e ação são uma conquista individual, uma questão de mérito que está ao alcance de todos e todas.

A dominação masculina se manifesta nas dificuldades impostas às mulheres para ascenderem e permanecerem em cargos de liderança (E3, E4, E5, E6, E8), e as formas de exercício das discriminações se expressam através dos fenômenos da diferença salarial (E3, E5, E6) e do questionamento da competência feminina e na dificuldade de ocupar cargos de status mais elevados (E3, E4, E8).

Este último fenômeno é denominado de teto de vidro, “que significa uma representação simbólica de uma barreira sutil, mas ao mesmo tempo forte, porque não é tão explícita, mas dificulta muito a ascensão de mulheres aos cargos de comando das empresas” (SANTOS; TANURE; CARVALHO NETO, 2014, p. 59).

Sobre a discriminação salarial, pesquisas realizadas por Härkönen, Manzoni e Bihagen (2016) e Watt (2010) revelam que historicamente os homens têm recebido as melhores recompensas no trabalho em termos de renda, *status* e promoção, mesmo quando ocupam o mesmo cargo. Essa informação é confirmada por estudos que ressaltam os baixos salários dos profissionais de diversos cursos da área de Saúde, que são predominantemente femininos, em especial quando comparados aos profissionais de Medicina (BARLEM, LUNARDI, BARLEM et al., 2012; LOTUFO e MIRANDA, 2007), que ainda são de predominância masculina. No entanto, é importante alertar que, segundo Scheffer et al. (2018), essa distância vem caindo gradualmente, sendo que o sexo feminino já predomina entre os médicos mais jovens, sendo 57,4%, no grupo até 29 anos.

4.2 Mudanças na rotina de trabalho

De acordo com Rodrigues e Silva (2020) um dos principais desafios apresentados pela pandemia no âmbito do trabalho foi a necessidades de adaptação dos profissionais assistenciais frente às drásticas mudanças ocorridas.

Isso se mostrou particularmente verdadeiro para esse grupo de lideranças (Quadro 2), o que nos levou a identificar um subgrupo temático denominado de ‘adaptação e sobrecarga’. A rotina diária se tornou mais intensa e passou a exigir uma dedicação quase que em tempo integral das mulheres (E1, E5, E6, E8), para que as demandas das equipes e dos pacientes fossem atendidas. Vários novos processos, fluxos de trabalho e protocolos tiveram que ser gerados e as equipes precisaram ser treinadas para se adaptarem aos novos procedimentos operacionais (E1, E3, E4, E6).

Quadro 2 – Mudanças na rotina de trabalho

Entrevistado	Extratos de fala
E1	A dedicação ao trabalho se tornou algo muito maior e exclusiva em alguns momentos durante a pandemia. Abdi quei de amigos, família e outras distrações. No início foi um pouco mais tumultuado devido a algumas adaptações frente à nova doença e treinamentos das equipes, aos poucos as equipes se adaptaram às novas rotinas.
E2	Tivemos que nos adaptar as novas formas de relacionamento, tornando os encontros e reuniões virtuais, além do uso de EPI diariamente. Estratégias de distanciamento social foram adotadas mundialmente, devido ao risco de contaminação com a doença, o que intensificou o distanciamento físico entre as pessoas. Passamos a não poder abraçar, tocar, o que levou a um impacto na saúde mental do grupo e dificuldades no acolhimento de cada um.
E3	Rotinas em casa e no trabalho. Cuidados ao chegar em casa com as compras. No trabalho as demandas e processos.
E4	Tive que me reinventar para não pirar e continuar as minhas atividades profissionais e pessoais. Intensifiquei minha preocupação com os liderados. [...] Muitos documentos foram construídos em tempo recorde, me tornei referência para o corpo clínico e assistencial.
E5	Mais trabalho e oportunidades de crescimento profissional. Com a pandemia fui convidada a assumir os fluxos COVID de uma instituição hospitalar, onde foram criados mais de 100 fluxos. [...] Fui convidada há pouco tempo a assumir a gerência de um hospital COVID, um desafio ainda maior.
E6	O atendimento da equipe se tornou mais frequente e demorado, pois as demandas particulares e pessoais trouxeram grande impacto no trabalho assim como a sobrecarga. [...] Tudo é novo e cada dia os processos têm que ser modificados. Para que isso chegue na ponta da melhor forma requer muito envolvimento e maior carga horária de trabalho.
E7	A rotina ficou mais pesada, mais tensa.
E8	Durante a pandemia tive que aprender a lidar com as minhas angústias e dos meus colegas de trabalho. Além disso, algumas tarefas se tornaram virtuais, como por exemplo reuniões. Tivemos que nos acostumar com o ‘novo normal’, tais como: afastamento social. Deixar de encontrar com pessoas queridas foi o maior desafio.
E9	A princípio, a dedicação ao trabalho era praticamente full time.

Fonte: Elaborado pelos autores.

A segunda subcategoria gerada foi ‘distanciamento físico e emocional’. O uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e a necessidade de se reunir virtualmente transformou o distanciamento físico em um distanciamento também socioemocional (E1, E2, E8). Essas profissionais da saúde precisaram abdicar de encontrar e abraçar os amigos e a família, para que eles não fossem contaminados, uma vez que estavam na linha de frente da assistência à COVID-19 e tinham contato com pacientes contaminados e doentes.

O medo de contrair o vírus e infectar os entes queridos, além das mortes de colegas de profissão, ocasionado a mais insegurança e exaustão interferindo diretamente na assistência prestada ao paciente (BRITO et al., 2020).

A falta do abraço e do toque, por sua vez gerou uma dificuldade de acolhimento das necessidades individuais dos membros das equipes (E2), abalando na ‘saúde mental’, a última subcategoria gerada. Para tentar contornar o problema as mulheres tiveram que se reinventar para não ‘pirar’ (E4), e poder dar o suporte emocional que os membros das equipes, cujos atendimentos individuais se tornaram mais frequentes de demorados (E6, E4).

Estudos de Humeres et al. (2020) e Rodrigues e Silva (2020), também comprovaram que as equipes de saúde sofreram um aumento significativo de transtornos mentais, como depressão, ansiedade e estresse, relacionados às condições de trabalho, porque tiveram que atuar exaustivamente na linha de frente dos hospitais no combate à COVID-19. Por consequência, as lideranças tiveram que gerenciar com o aumento do absenteísmo e da rotatividade de profissionais, com a sobrecarga de trabalho e com o déficit de profissionais, que acabaram por gerar desmotivação, negligência, imprudência e erros nos atendimentos (HUMERES et al., 2020).

4.3 Fatos marcantes da pandemia

O Quadro 3 contém os extratos das falas das mulheres sobre os fatos mais marcante da pandemia para cada uma delas.

Quadro 3 - Fatos marcantes da pandemia

Entrevistado	Extrato de fala
E1	Para mim algo marcante foi a capacidade de adaptação que todos nós tivemos que desenvolver em tão pouco tempo. [...]. O isolamento social também foi algo marcante e reflexivo de como precisamos desse contato, um abraço, de pequenos momentos. [...] Viver durante uma pandemia trouxe muitos desafios, como por exemplo aquele de exercer o autocuidado como nunca antes havia feito e o medo de perder um ente querido para a doença.
E2	Ficar sem abraçar meus pais por tanto tempo.
E3	Escutar e estar presente no sofrimento dos familiares e tentar amenizar uma dor que chegou tão de repente. Explicar as normas, protocolos, imposições, os cuidados que devem ser cumpridos e entendidos foram e são desafios diários, e assim vamos vencendo e mostrando que as mulheres são capazes de exercer funções com total profissionalismo e dedicação tal qual os homens.
E4	Muitos momentos me marcaram, desde o questionamento da minha competência, o distanciamento dos meus pais e das pessoas que eu amo (família, amigos). O abraço que minha mãe me deu depois de quatro meses sem vê-la. A contaminação de um primo. Acompanhar os números de óbitos na instituição e nos noticiários da TV. A tristeza das famílias ao perderem um parente, a morte sem luto, o quanto o emocional das pessoas foi tão afetado, a desorientação médica no início de tudo, o medo, a angústia de não saber absolutamente nada.
E5	Como profissional da área da saúde, morava com meus pais e irmãs, minha sobrinha pequena aprendendo a andar, quando a pandemia chegou resolvi sair de casa por medo de contaminar as pessoas que mais amo. Além do desafio de assumir os fluxos do COVID no hospital, tive o desafio pessoal de sair de casa, assumir uma casa e montá-la sozinha. Não foi fácil. Eu me contaminei com COVID e fiquei internada. De profissional passei a ser a paciente, tive medo de morrer, mas aproveitei o momento e descansei, pois sabia que após minha melhora viria uma grande batalha para que os pacientes fossem assistidos com qualidade e carinho como estavam cuidando de mim. Eu me tornei mais forte, mais paciente, mais tolerante, porém sinto falta de ter pessoas ao meu redor em casa, a casa está vazia.
E6	Que amo fazer o que faço! Que tenho uma família linda no trabalho e em casa!
E7	Ainda me pego pensando como pode uma doença mudar o mundo todo por completo. Foi muito assustador e ainda é, ficar sem ver os pais ou parentes idosos, para mim foi o mais impactante.
E8	Não informado.
E9	Não informado.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Nesse item também foi possível formular algumas subcategorias: importância do contato humano (E1, E2, E4, E7); medo e dor (E3, E4, E5); e superação (E1, E3, E5, E6).

O isolamento social ‘foi algo marcante’ e permitiu ‘refletir sobre como precisamos do contato humano’, em especial dos pais, dos demais parentes e também dos amigos. Ser impedido de conviver, abraçar e demonstrar carinho e felicidade trouxe frustração, medo e dor.

As pandemias tendem a provocar um pânico generalizado na população, principalmente quando o conhecimento sobre a doença ainda se encontra em construção. Em isolamento, os sentimentos de desamparo, tédio, solidão e tristeza podem se intensificar e gerar reações comportamentais como alterações ou distúrbios de apetite, sono e conflitos interpessoais (HUMERES et al., 2020).

De acordo com Rodrigues e Silva (2020), o medo e a apreensão entre os profissionais da saúde tendem a ser constante durante uma pandemia, e se refere principalmente ao risco de expor-se ao vírus e a preocupação de contágio de suas famílias. Estes, não temem apenas o próprio contágio, mas também a transmissão para suas famílias.

E5 foi contaminada e internada e teve muito medo de morrer. De profissional passou a ser a paciente e foi preciso aprender ‘como nunca’ exercer o autocuidado. No início, não saber nada sobre a doença gerou desorientação (E4), e acompanhar o número de óbitos na instituição de trabalho e nos noticiários só fez aumentar a angústia e o medo (E4). Mas o desejo de superação falou mais forte. Foi preciso provar que: se é capaz de exercer funções com total profissionalismo, competência e dedicação ‘tal qual os homens’ (E3, E4), e ‘recuperar-se do susto para poder cuidar ainda melhor dos pacientes, assim como foi cuidada’ (E5).

Os profissionais de saúde que atuam na urgência e emergência são preparados para salvar vidas, e grande parte do tempo se deparam com a morte e o sofrimento familiar decorrente, mas durante uma pandemia esse limiar sofreu um aumento exponencial, saturando rapidamente a capacidade física e mental de resistência de toda a equipe. Nesse contexto, a principal preocupação do gestor é buscar meios de preservar a saúde mental de sua equipe, reduzindo os impactos gerados (NUNES et al., 2020).

A superação pode ser alcançada pela paciência e persistência de se explicar diariamente que as normas e protocolos devem ser entendidos e executados rigorosamente, para se vencer a batalha contra o vírus (E3). Em meio a dor alguns ganhos já podem ser percebidos, como descobrir a capacidade de superação (E1), de se tornar mais forte, paciente e tolerante (E5), de que escolheu a profissão certa e simplesmente ama o que faz (E6).

4.4 Desafios da pós-pandemia

Na medida em que a cobertura vacinal aumenta e se começa a discutir a possibilidade de flexibilização do distanciamento social, começam a surgir questões relativas aos impactos da Covid-19 em nossas vidas. Mattedi et al. (2020) afirmam que os efeitos do confinamento são uma experimentação social única, e que, portanto, serão necessários alguns anos para que seus efeitos possam ser entendidos e dimensionados. Levando em consideração as reflexões dos autores, as mulheres foram questionadas sobre quais seriam os seus maiores desafios profissionais com o fim do período mais crítico da pandemia. O Quadro 4 sintetiza as respostas.

Quadro 4 – Desafios da pós-pandemia

Entrevistado	Extrato de fala
E1	Hoje, após quase 1 ano e meio desde o início da pandemia, consegui estabelecer uma rotina mais organizada das minhas atividades. Também fazer a gestão de pessoas, tanto a

	parte física quanto emocional, pois as pessoas ficaram bastante abaladas com as perdas.
E2	Manter a esperança do grupo e tentar tornar o dia de cada um mais leve.
E3	Encontrar formas de relacionar e de flexibilizar as relações com as pessoas de modo que os pacientes não se sintam isolados ou abandonados pelas famílias.
E4	O maior desafio é cuidar do estado emocional, das sequelas emocionais da pandemia.
E5	Na pós-pandemia os processos de trabalho devem ficar mais fáceis. Pois a pandemia trouxe muitos processos que não eram frequentes, além da tensão.
E6	Voltar ao 'novo' normal e acolher a equipe que se mostra com transtornos emocionais.
E7	A quantidade de casos deve diminuir já que a pandemia trouxe medidas totalmente diferentes para lidar com a doença.
E8	A pandemia veio junto com a minha promoção. No começo foi difícil, mas consegui me adaptar.
E9	Vejo que será necessário que nós profissionais saibamos trabalhar, estudar e nos relacionar de modo diferente. Acredito que um dos desafios está sendo a 'gestão do tempo'. Tudo está muito rápido! Isso também nos exige que sejamos rápidos. E dosar essa rapidez com entrega de qualidade será um desafio que estamos e iremos ser cobrados.

Fonte: Elaborado pelos autores.

As repostas focaram principalmente a necessidade de dar atenção às sequelas deixadas nos membros das equipes, no que se refere a saúde física e emocional, porque houve um abalo emocional muito forte em função das mortes (E1, E3, E4, E6). Isso envolve reaprender a fazer a gestão do tempo, reduzindo a aceleração do ritmo de trabalho (E9) e gerando um clima de trabalho positivo e sem tanta pressão (E2). Envolve, também, acolher as demandas das equipes (E6) e dos pacientes (E3), de modo que não se sintam abandonados nem desamparados.

A literatura evidencia o risco aumentado de adoecimento psíquico dos trabalhadores em razão: do isolamento social que os afastam de familiares e entes queridos; de observarem elevado quantitativo de óbitos de pacientes sob seus cuidados; de vivenciarem o processo de morte e morrer de colegas de trabalho em consequência da contaminação pelo SARV-CoV-2 (3). Soma-se a este cenário, a configuração de uma crise econômica internacional e do agravamento da instabilidade financeira do Brasil, que pode resultar em amplo desemprego tanto de profissionais da saúde quanto de seus familiares (SOUZA et al., 2020).

Sabe-se que os profissionais de saúde são indispensáveis na atuação no combate ao COVID-19, e que eles estão entre os grupos mais vulneráveis às consequências emocionais e psicológicas da pandemia. Eles encaram rotinas exaustivas, onde o foco é dar tudo de si para o bom funcionamento das organizações de saúde e dos pacientes infectados.

Neste cenário, o amparo à saúde mental da linha de frente é essencial, e essa responsabilidade tem que ser assumida pela própria organização e pela gerência das equipes (NOAL et al., 2020). Uma estratégia para cuidar da saúde mental segundo Humeres et al. (2020, p. 6) é o ouvir empático e planejado, ou seja, “o apreço das experiências do outro, ou o sofrimento emocional, independentemente de quaisquer condições, para que possibilite a compreensão mais realista de sua experiência”.

Ao finalizar esse trabalho fica evidente a difícil posição das mulheres em cargos de liderança num contexto de trabalho e de vida em sociedade tão marcante e desafiante, que é o de enfrentamento de uma pandemia. Foi preciso pedir que suas equipes fizessem o impossível e o impensável, colocando seu próprio medo em segundo lugar, para atender as necessidades de uma população também assustada, abdicar de suas próprias demandas individuais como convívio com a família e amigos, manter seu próprio isolamento para que não contaminasse seus entes queridos, e seu próprio autocuidado porque não havia mais ninguém a olhar por eles. Foi preciso solicitar também que acelerassem seus ritmos de trabalho até chegar à exaustão, acelerar o processo de aprendizagem para lidar com uma doença pouco conhecida, gerar novos processos e documentos e a eles se adaptar velozmente. Esses mesmos sacrifícios

e exigências foram autoimpostos pelas mulheres, tanto em relação a suas famílias como a seus trabalhos.

Passado o momento mais crítico alguns ganhos podem ser enxergados, como novos conhecimentos e até uma promoção na carreira, mas agora é preciso olhar novamente para a equipe, acolher, juntar e colar o que sobrou, ouvir e cuidar da saúde física e emocional, trazer a leveza para um trabalho que nunca é leve, mesmo sem pandemia, construir e dar esperanças de que as coisas vão melhorar.

Sabe-se que as condições da mulher no mercado de trabalho já avançaram bastante no que se refere às desigualdades na relação com os homens, mas ainda existe muito a ser superado, até que chegue o momento em que ela não precise mais provar que é competente e que, portanto, consegue apresentar os mesmos resultados que seus pares do sexo oposto.

CONCLUSÃO

O objetivo desse estudo foi analisar os desafios vivenciados por mulheres que ocupavam cargos de liderança e atuavam no enfrentamento da COVID-19, em uma organização hospitalar situada na Grande Belo Horizonte.

As diferenças no estilo de liderança de homens e mulheres foram descritas por meio de estereótipos de gênero. Homens foram descritos como mais diretos, racionais e otimistas. As mulheres foram descritas como mais emotivas, o que é considerado negativo para quem está em cargos de liderança e deve ser substituído pela racionalidade. Elas também se consideram mais organizadas, detalhistas, pacientes e cuidadosas, o que é positivo, ou seja, contribui muito para o bom desempenho no cargo. Os atributos destacados para um e outro não são complementares, permanecendo em oposição e constante comparação, como se fosse uma competição. Ganha quem conseguir esconder ou superar seus pontos frágeis, neste caso a emotividade.

Foi possível constatar que a dominação masculina se manifesta nas dificuldades impostas às mulheres para ascenderem e permanecerem em cargos de liderança, e as formas de exercício das discriminações se expressam através dos fenômenos da diferença salarial e do questionamento da competência feminina.

Sobre a rotina diária de trabalho na pandemia, esta se tornou mais intensa e passou a exigir uma dedicação em tempo integral das líderes e de suas equipes, para que as demandas dos pacientes fossem atendidas. Novos processos e protocolos foram gerados e as equipes precisaram ser treinadas, tudo isso em meio ao aumento expressivo do número de pacientes internados.

As líderes e suas equipes precisaram se distanciar fisicamente de amigos e da família, para que eles não fossem contaminados. Tudo isso afetou fortemente a saúde física e mental dos profissionais da saúde e, conseqüentemente obrigou as lideranças a gerenciarem o aumento do absenteísmo, a rotatividade e o déficit de profissionais.

Os acontecimentos da pandemia que mais marcaram as gestoras foram a percepção da importância do contato humano e de como a falta da convivência social ocasiona sofrimento e dor. O desconhecimento das formas de atuação do vírus e doenças decorrentes ocasionou desorientação, e o acompanhamento diário do aumento do número de óbitos dentro e fora do seu hospital despertou o medo e a insegurança. Nessas condições as mulheres sentiram que foram desafiadas a provar que eram capazes de exercer suas funções gerenciais com total profissionalismo, competência e dedicação como seus colegas de profissão do sexo oposto.

As formas de superação das dificuldades apontadas foram: paciência e persistência para explicar diariamente que as normas e protocolos devem ser entendidos e executados rigorosamente. E os ganhos trazidos foram se tornar mais forte, paciente e tolerante, descobrir que tem capacidade de adaptação, e ter clareza de que escolheu a profissão certa porque gosta muito do que faz.

O pós-pandemia trará como desafios: a necessidade de dar atenção à saúde física e emocional das equipes; redução da aceleração do ritmo de trabalho; foco no clima de trabalho positivo e sem tanta pressão; e acolher as demandas das equipes e dos pacientes, fortalecendo o sentimento de acolhimento e amparo emocional.

Diante dos profissionais exaustos é preciso criar estratégias para lidar com a situação. Intervenções através de pausas terapêuticas para videochamada com familiares obtendo a possibilidade de manter o elo afetivo com os entes, grupos de apoio ou rodas de conversas com os colegas de trabalho e também os momentos para palmas coletivas com todos os membros do setor, podem contribuir para que a equipe se fortaleça nesse momento tão difícil.

Nesse cenário, a reabilitação psicológica dos profissionais por meio de acompanhamentos periódicos é essencial, além disso, é fundamental promover uma reflexão sobre as ações estratégicas empregadas no gerenciamento da crise, e seus resultados exitosos ou não.

O enfrentamento e combate da COVID-19 exige trabalho em conjunto e interdisciplinar. É preciso fortalecer a capacitação e reconhecer os diferentes saberes como forma complementar, para que, somados, potencializem a intenção única da saúde: prevenir, restabelecer e salvar vidas. Por mais difícil que seja o cenário atual, é possível encarar de modo positivo a situação e considerar os aprendizados obtidos com a pandemia, pois é uma oportunidade para repensar e melhorar relacionamentos e práticas assistenciais.

REFERÊNCIAS

AGENCIA BRASIL (Brasil). IPEA. Nota Técnica, abril 2020. **Equipamentos de proteção individual, higienizantes e material de higiene pessoal: preços, regulação e gestão da informação em tempos de Coronavírus**, Brasília, n. 63, p. 1-38, 1 abr. 2020. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9984/1/NT_63_Disoc_Equipamentos%20de%20Protecao%20Individual.pdf. Acesso em: 5 dez. 2021.

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

BITENCOURT, S. M.; ANDRADE, C. B. Trabalhadoras da saúde face à pandemia: por uma análise sociológica do trabalho de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 1013-1022, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/cmKVBgHrZpRCgVFjwgtmqJG/?lang=pt>. Acesso em: 5 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012**, Brasília, p. 1-12, 12 dez. 2006. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 5 dez. 2021.

BRITO, B. F. M. *et al.* A pandemia COVID-19 e um novo problema de saúde pública: Os impactos emocionais nos profissionais de saúde. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 6, p. e11610615516-e11610615516, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/15516>. Acesso em: 5 dez. 2021.

BUTLER, J. Performative acts and gender constitution: an essay in phenomenology and feminist theory. In: BIAL, H. **The performance studies reader**. New York: Routledge, 2004. p. 154-166.

CANABARRO, J.R.D.S.; SALVAGNI, J. Mulheres líderes: as desigualdades de gênero, carreira e família nas organizações de trabalho. **Revista de Gestão e Secretariado**, v. 6, n. 2, p. 88-110, 2015. Disponível em: <http://www.spell.org.br/documentos/ver/38917/mulheres-lideres--as-desigualdades-de-genero--c--->. Acesso em: 5 dez. 2021.

CARRIERI, A. P. et al. Gender and work: representations of femininities and masculinities in the view of women Brazilian executives. **BAR-Brazilian Administration Review**, v. 10, p. 281-303, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bar/a/jPNcycJqBrvHfVJn9syny5v/?lang=en&format=html>. Acesso em: 5 dez. 2021.

CHIES, P. V. Identidade de gênero e identidade profissional no campo de trabalho. **Estudos Feministas**, v. 18, n. 2, p. 510-528, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/vNpYg8vTqCJ5vxqCz9KfKVR/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 5 dez. 2021.

CORCETTI, E. et al. Análise do discurso das egressas do programa mulheres mil: avanços para a equidade no espaço doméstico?. **Caderno Espaço Feminino**, v. 30, n. 2, 2017. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/anguem/article/view/37348>. Acesso em: 5 dez. 2021.

COSTA, A. *et al.* Impactos da Covid-19 nas organizações. **Revista de Administração de Empresas - RAE**, v. 60, n. 6, p. 385-387, 2020. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rae/article/view/82910>. Acesso em: 5 dez. 2021.

HÄRKÖNEN, J.; MANZONI, A.; BIHAGEN, E. Gender inequalities in occupational prestige across the working life: an analysis of the careers of West Germans and Swedes born from the 1920s to the 1970s. **Advances in Life Course Research**, v. 29, p. 41-51, 2016. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1040260816300028?casa_token=YOpO7xab0JkAAAAA:bzqPrKKxrkeF0M6Vp0PqAdI_GLWUVt5BFwbXnZDftw-YgW1O8sJxm21-SjszpHbX1uLMdDu67O. Acesso em: 5 dez. 2021.

ISMAIL, H. N.; NAKKACHE, L. Gender differences at work: Experiencing human resource management policies in Lebanese Firms. **Global Business Review**, v. 16, n. 6, p. 907-919, 2015. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/74115>. Acesso em: 5 dez. 2021.

HUMEREZ, D.C.; OHL, R.I.B.; SILVA, M.C.N. Saúde mental dos profissionais de enfermagem do Brasil no contexto da pandemia COVID-19: ação do Conselho Federal de Enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, n. 25, e74115, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/6J6vP5KJZyy7Nn45m3Vfypx/?lang=pt>. Acesso em: 5 dez. 2021.

LINTERN, S. Coronavirus: Hospitals hours from running out of equipment as leaked NHS email reveals demand up 2,000 per cent. **Independent**. March 19, 2020. Disponível em: <https://www.independent.co.uk/news/health/coronavirus--nhs-ppe-equipment-shortage-infection-doctors-a9410436.html>. Acesso em: 5 dez. 2021.

LUCIANO, L.S.; MASSARONI, L. A falta de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e

para além deles: a emergência do trabalho dos profissionais de saúde. **Coronavirus**. UFES, 6 maio 2020. Disponível em: <https://coronavirus.ufes.br/conteudo/falta-de-equipamentos-de-protecao-individual-epis-e-para-alem-deles-emergencia-do-trabalho>. Acesso em: 5 dez. 2021.

MATTEDI, M. A. et al. Epidemia e contenção: cenários emergentes do pós-Covid-19. **Estudos Avançados**, v. 34, p. 283-302, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/zKnSDw6JyYYKpv75JG3VG8Q/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 5 dez. 2021.

MELO, M. C. D. O. L.; LOPES, A. L. M. Empoderamento de mulheres gerentes: a construção de um modelo teórico de análise. **Gestão & Planejamento-G&P**, v. 13, n. 3, 2013. Disponível em: <https://revistas.unifacs.br/index.php/rgb/article/view/2346>. Acesso em: 5 dez. 2021.

MIGUEL, L. F. Voltando à discussão sobre capitalismo e patriarcado. **Estudos Feministas**, v. 25, n. 3, p. 1219-1237, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/gN8FXQpQLCPHrzDMqd4XWzB/?format=html>. Acesso em: 5 dez. 2021.

MODESTO FILHO, J.; VIEIRA, A.; CARRIERI, A.P. Representations of gender in executive offices. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 1, p. e9910111430-e9910111430, 2021. Disponível em: <https://www.rsjournal.org/index.php/rsd/article/view/11430>. Acesso em: 5 dez. 2021.

MOLINERO, V.R.P. *et al.* Enfrentando COVID-19 em uma instituição hospitalar privada: relato de experiência. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n. 11, p. 87727-87745, 2021. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/19818>. Acesso em: 5 dez. 2021.

NOAL, D.S.; DAMASIO, M. FREITAS CM. Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na Covid-19. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2020. Disponível em: https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/10/livro_saude_mental_covid19_Fiocruz.pdf. Acesso em: 5 dez. 2021.

NUNES, B.A.S. *et al.* A atuação da liderança de enfermagem como estratégia na prevenção dos impactos da pandemia na saúde mental dos colaboradores. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, ano 6, v. 12, p. 27-39, 2021. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/atuacao-da-lideranca>. Acesso em: 5 dez. 2021.

OLIVEIRA, A. L. A espacialidade aberta e relacional do lar: a arte de conciliar maternidade, trabalho doméstico e remoto na pandemia da COVID-19. **Revista Tamoios**, v. 16, n. 1, 2020. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/tamoios/article/view/50448>. Acesso em: 19 mar. 2021.

RODRIGUES, N.H.; SILVA, L.G.A. Gestão da pandemia Coronavírus em um hospital: relato de experiência profissional. **Journal Nurses Health**, v. 10 (n.esp.), e20104004. Disponível em: <https://www.bvsalud.org>. Acesso em: 5 dez. 2021.

SANTOS, C. M. M.; TANURE, B.; CARVALHO NETO, A. M. Mulheres executivas brasileiras: O teto de vidro em questão. **Revista Administração em Diálogo**, v. 16, n. 3, p. 56-75, 2014.

SCHEFFER, M. et al. **Demografia médica no Brasil 2018**. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina, 2018.

SCOTT, J. W. **Gender and the politics of history**. New York: Columbia University Press, 1999.

SILVA, K.R. et al. Alocação de recursos para assistência à saúde em tempos da pandemia da COVID-19: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 73 (suppl 2), 2020. Disponível em: Acesso em: 11 de out. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/6LL7rbkFkVXnccNdGGdMFMz/?lang=pt&format=ht>. Acesso em: 5 dez. 2021.

SOUZA, N.V.D. et al. Trabalho de enfermagem na pandemia da COVID-19 e repercussões para a saúde mental dos trabalhadores. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 42(esp), e20200225, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/MHPHGnFPtgYJgQzwyFQnZZr/?lang=en> DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200225>. Acesso em: 5 dez. 2021.

SOUZA, D.O. A pandemia de COVID-19 para além das Ciências da Saúde: reflexões sobre sua determinação social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 2469-2477, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.11532020>. Acesso em: 5 dez. 2021.

SMITH, D. G.; ROSENSTEIN, J. E. Gender and the military profession: Early career influences, attitudes, and intentions. **Armed Forces & Society**, v. 43, n. 2, p. 260-279, 2017.

TEIXEIRA, C. et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 3465-3474, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br>. Acesso em: 5 dez. 2021.

VIEIRA, A. et al. Um estudo das relações entre gênero e âncoras de carreira. **Cadernos EBAPE.BR (FGV)**, v. 17, p. 577-589, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cebape/a/WPJBgkq5ByTv7y9ZVsjBp5w/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 5 dez. 2021.

VIEIRA, A.; AMARAL, G. A. A arte de ser Beija-Flor na tripla jornada de trabalho da mulher. **Saúde e Sociedade**, v. 22, p. 403-414, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/sYY4pGvn5HKn6L9dMrPFLfK/?lang=pt>. Acesso em: 5 dez. 2021.

XAVIER, A. C. H. et al. Assédio moral no trabalho no setor saúde no Rio de Janeiro: algumas características. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 33, p. 15-22, 2008.

YIN, R. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

ZORZO, A.; SOLDATTI, H.; SOLDATTI, A. J. Assédio moral e sexual no ambiente de trabalho. **Revista Tecnológica da Fatec Americana**, v. 8, n. 01, p. 13-20, 2020.