

Sheila Fernandes Pimenta e Oliveira  
Daniel Facciolo Pires  
Marinês Santana Justo Smith  
Silvia Regina Viel  
Welton Roberto Silva (Orgs.)

# SAÚDE: hoje e sempre voltada à pesquisa

Coleção Ciência e Desenvolvimento **21**

ISBN Volume



ISBN Coleção



DOI

10.29327/553850

**Sheila Fernandes Pimenta e Oliveira  
Daniel Facciolo Pires  
Marinês Santana Justo Smith  
Sílvia Regina Viel  
Welton Roberto Silva (Orgs.)**

## **SAÚDE: hoje e sempre voltada à pesquisa**

**ISBN 978-65-88771-15-0**

**FRANCA  
Uni-FACEF  
2021**

## Corpo Diretivo

### REITOR

Prof. Dr. Alfredo José Machado Neto

### VICE-REITOR

Prof. Dr. João Baptista Comparini

### PRÓ-REITOR DE ADMINISTRAÇÃO

Prof. Dr. José Alfredo de Pádua Guerra

### PRÓ-REITORA ACADÊMICA

Profª Drª Sheila Fernandes Pimenta e Oliveira

### PRÓ-REITORA DE EXTENSÃO COMUNITÁRIA E DESENVOLVIMENTO

Profª. Drª. Melissa Franchini Cavalcanti Bandos

### PRÓ-REITOR DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

Prof. Dr. Sílvio Carvalho Neto

### COORDENADOR DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*

Prof. Dr. Paulo de Tarsó Oliveira

### CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE ADMINISTRAÇÃO

Prof. Me. Cyro de Almeida Durigan

### CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS

Prof. Me. Orivaldo Donzelli

### CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE ENFERMAGEM

Profª. Drª Lívia Maria Lopes

### CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE COMUNICAÇÃO SOCIAL – Publicidade e Propaganda

Profª. Ma. Fúlvia Nassif Jorge Facury

### CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE ENGENHARIA CIVIL

Prof. Me. Anderson Fabrício Mendes

### CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

Prof. Dr. Flávio Henrique de Oliveira Costa

### CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE LETRAS

Profª Drª Ana Lúcia Furquim de Campos-Toscano

### CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE MATEMÁTICA

Prof. Drª Sílvia Regina Viel

### CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE MEDICINA

Profª Dr. Frederico Alonso Sabino de Freitas

### CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE PSICOLOGIA

Profª Drª Maria de Fátima Aveiro Colares

### CHEFE DE DEPARTAMENTOS DO DEPARTAMENTO DE COMPUTAÇÃO

Prof. Dr. Daniel F. Pires

### **Comissão Científica**

Sheila Fernandes Pimenta e Oliveira (Uni-FACEF)  
Marinês Santana Justo Smith (Uni-FACEF)  
Daniela de Figueiredo Ribeiro (Uni-FACEF)  
Melissa F. Cavalcanti Bandos (Uni-FACEF)  
Bárbara Fadel (Uni-FACEF)  
Sílvia Regina Viel (Uni-FACEF)  
Ana Lúcia Furquim Campos-Toscano (Uni-FACEF)  
Daniel F. Pires (Uni-FACEF)  
Sívio Carvalho Neto (Uni-FACEF)  
Emerson Rasera (UFU)  
Evandro Eduardo Seron Ruiz (USP)  
Renato Garcia de Castro (UNICAMP)  
Evandro Eduardo Seron Ruiz (USP)  
Pedro Geraldo Tosi (UNESP)  
Lélio Luiz de Oliveira (USP)  
Vânia de Fátima Martino (UNESP)

### **Comissão Organizadora**

José Alfredo de Pádua Guerra  
Alfredo José Machado Neto  
Sheila Fernandes Pimenta e Oliveira  
Melissa Franchini Cavalcanti Bandos  
Sívio Carvalho Neto  
Marinês Santana Justo Smith  
Welton Roberto Silva  
Leonardo Carloni Rodrigues Meira  
Alba Valéria Penteado  
Iago C. Bettarello

© 2021 dos autores  
Direitos de publicação Uni-FACEF  
www.unifacef.com.br

Coleção: Ciência e Desenvolvimento, v. 21.

O51g

Oliveira, Sheila Fernandes Pimenta e (Orgs.)  
SAÚDE: hoje e sempre voltada à pesquisa. / Sheila  
Fernandes Pimenta e Oliveira; Silvia Regina Viel; Daniel Facciolo  
Pires; Marinês Santana Justo Smith; Welton Roberto Silva (Orgs.). –  
Franca: Uni-FACEF; 2021.  
121p.; il.

ISBN Coleção 978-85-5453-017-4  
ISBN Volume 978-65-88771-15-0  
DOI 10.29327/553850

1.Multidisciplinar - Fórum. 2. Iniciação Científica. 3.Pesquisa.  
4.Metodologia. I.T.

CDD 658

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS.

É proibida a reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio. A violação dos direitos de autor (lei no. 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do código Penal. **Todo o conteúdo apresentado neste livro é de responsabilidade exclusiva de seus autores.**

Editora Uni-FACEF Centro Universitário Municipal de Franca  
Associada à ABEC - Associação Brasileira de Editores Científicos

## PREFÁCIO

Caro(a) leitor(a),

Em 2021, entre os dias 26 e 28 de maio, aconteceu o *XV Fórum de Estudos Multidisciplinares do Centro Universitário Municipal de Franca (Uni-FACEF)*, o qual proporciona a pesquisadores, docentes, discentes e profissionais a oportunidade de expor e discutir temas relevantes na área da saúde.

O Fórum traz também diversidade de conceitos, a partir de diferentes abordagens teóricas e áreas de atuação, sejam nos processos de ensino-aprendizagem ou de saúde-doença. Propicia, portanto, uma ação multidisciplinar, que se baseia na interação e comunicação entre as diferentes áreas, numa perspectiva e contexto mais amplos e complexos, resultando na versatilidade e riqueza dos temas abordados.

Esse belíssimo volume, que pode ser contemplado pelos leitores, é resultado do entrelaçamento de diferentes vivências acadêmicas e conhecimentos científicos através da pesquisa que, além de contrapor o senso comum, tem como mérito formular teorias, identificar correlação entre causas e efeitos, além de buscar por respostas, na área da saúde.

Ào Uni-FACEF, agradeço a oportunidade deste prefácio e quero parabenizá-los pela relevância do Fórum e dos trabalhos publicados nesse E-book. Ofereço minha gratidão a todos que contribuíram para a grandeza deste evento científico, e em especial, aos organizadores e autores.

Profa. Ma Fernanda Pini de Freitas  
Docente

*Uni-FACEF Centro Universitário Municipal de Franca*

## SUMÁRIO

|                                                                                                                                                    |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| A INSERÇÃO DA SIMULAÇÃO REALÍSTICA DE PRIMEIROS SOCORROS PARA ESCOLARES DO ENSINO FUNDAMENTAL II DE FRANCA .....                                   | 7   |
| ANÁLISE DO CONHECIMENTO E ATITUDE DE ESTUDANTES DE MEDICINA ACERCA DO TEMA SEGURANÇA DO PACIENTE .....                                             | 15  |
| APONTAMENTOS SOBRE A CONCESSÃO DE PRÓTESES E ÓRTESES PARA PESSOAS AMPUTADAS PELO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE .....                                    | 35  |
| AS CONSEQUÊNCIAS À SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE PÚBLICA NA PANDEMIA DO COVID-19: Uma revisão da literatura ....                 | 45  |
| ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS, SOCIODEMOGRÁFICOS E DIAGNÓSTICOS DA SÍFILIS ADQUIRIDA PRIMÁRIA EM FRANCA EM UMA ANÁLISE TEMPORAL ENTRE 2011 E 2020 ..... | 57  |
| ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE FRANCA/SP .....                                                                            | 73  |
| CONHECIMENTO E PARTICIPAÇÃO DOS IDOSOS NAS DECISÕES RELACIONADAS À TERAPIA MEDICAMENTOSA .....                                                     | 83  |
| PREVALÊNCIA DE ANEMIA EM AMOSTRA POPULACIONAL DE ESTUDANTES DO SEGUNDO ANO DE MEDICINA NA CIDADE DE FRANCA-SP .....                                | 99  |
| SAÚDE MENTAL NA ESCOLA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA .....                                                                                             | 109 |
| ÍNDICE .....                                                                                                                                       | 118 |

---

# A INSERÇÃO DA SIMULAÇÃO REALÍSTICA DE PRIMEIROS SOCORROS PARA ESCOLARES DO ENSINO FUNDAMENTAL II DE FRANCA

Tayna Grillo Granito  
taynagranito87@gmail.com

Kelly Jacqueline Barbosa  
kellyjacqueline@facef.br

Uni-FACEF Centro Universitário Municipal de Franca

## 1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

### 1.1. História da Simulação Realística

Pode-se afirmar que Simulação realística se trata de uma metodologia contemporânea de aprendizado baseada em tecnologias de baixa a alta complexidade. É através do treinamento que o escolar melhor adquire experiência prática, em uma condição de invulnerabilidade, onde seja permitido o aluno errar e refletir sobre o erro. Posto isso, é importante ressaltar que a simulação suscitará um grande impacto tanto em atitudes e habilidades da prática profissional, como no meio escolar. (PASSOLINE; KLYSMEYNNY, 2019)

Com essa metodologia é possível identificar o quanto os alunos conseguem complementar seu conhecimento durante a formação. Um modo de enxergar esse complemento na teoria seria através do ciclo de aprendizagem experiencial de Kolb. David Allen Kolb, um teórico educacional, explica o processo de aprendizagem tendo como estrutura um ciclo de quatro estágios:

Experiência Concreta (agir), Observação Reflexiva (refletir),  
Conceitualização Abstrata (conceitualizar) e Experimentação Ativa (aplicar).  
Tais etapas fazem com que o discente reflita sobre seu aprendizado.  
(BECK; CAIO, 2016)

Através de estudos que nos mostram a eficácia da Simulação Realística, atualmente, nos deparamos com o uso da simulação em diversas áreas profissionais. É interessante atentar-se que cada simulador é desenvolvido para fins específicos, havendo maior probabilidade de atender com facilidade, o objetivo de cada área. Esses simuladores, muitas vezes, são usados para capacitar profissionais e trazer mais segurança em suas ações. (BRICKMANN; HENRIQUE, 2003) Na saúde, por exemplo, um simulador de alta fidelidade possibilita que os discentes ou até mesmo os profissionais, estabeleçam controle sob a situação e ajam com mais atenção e autoconfiança em ocasiões que geralmente causam tensão e desconforto. (FERREIRA; R. et al., 2018)

## **1.2. Simulação como metodologia de ensino para crianças**

Segundo a pirâmide criada pelo NTL Institute (National Training Laboratories Institute), os alunos chegam a adquirir cerca de 90% do conhecimento quando estão praticando e apenas 20% quando assistem aulas ou palestras. (PASSOLINE; KLYSMEYNNY, 2019)

A Simulação não é um método de menos valia, mas sim uma metodologia essencial para a formação tanto de alunos como de professores, o que auxilia na compreensão da teoria, na forma prática.

Segundo o professor Doutor Alberto B. Sousa, “O objetivo principal desta metodologia é proporcionar ao aluno, através de uma ação simulada, uma experiência o mais próxima possível da realidade, onde possa adquirir competências funcionais e adquirir uma série de conhecimentos práticos e de conceitos que lhe permitam posteriormente uma maior facilidade de atuação na vida real”.

## **1.3. Treinamento de Suporte Básico de vida e Manobra de Heimlich para leigos**

As doenças isquêmicas do coração que têm como consequência a morte repentina são representadas mundialmente mais de 80% dos óbitos nos atendimentos pré- hospitalares, principalmente dentro dos domicílios.

As ações iniciais ofertadas a uma vítima com mal súbito, acidentes ou risco eminente de morte são condutas de Suporte Básico de Vida, que são por sua vez, realizadas no local do evento até que profissionais da saúde possam implementar procedimentos mais complexos (TONY, Ana Carolina C; et al.).

Estudam mostram que uma das principais causas de morte no ambiente pré-hospitalar são pela falta de atendimento e de socorro inadequado. A parada cardiorrespiratória pode ocorrer em qualquer ambiente, seja ele hospitalar ou não.

Para a sobrevivência das vítimas, é necessário que os socorristas, sejam eles leigos ou profissionais da saúde, tenham conhecimento e habilidades para realizar a manobra de RCP com uma boa qualidade. (MIRAVETI, Jocilene C.; 2016)

Quando iniciada a RCP (Ressucitação cardiopulmonar) imediatamente isso se torna um fator de êxito para as pessoas que tiveram PCR (Parada cardiorrespiratória) em ambientes não hospitalares. Além disso, se realizada a manobra antecipadamente, as chances de sobrevivência aumentam em nível considerável. (MIRAVETI, Jocilene C.; 2016)

A aspiração de corpos estranhos geralmente ocorre em crianças, mas pode ocorrer em qualquer faixa etária. Em crianças, as vias aéreas são obstruídas por objetos que normalmente fazem parte do dia a dia e do ambiente em que estão inseridos. (MENDES, Ana Paula S., et al.)

Henry Heimlich, em 1974, descreveu a manobra de Heimlich que ficou reconhecida posteriormente pela Cruz Vermelha, como forte compressão sobre o diafragma e a assertividade dele se dá pela tosse produzida artificialmente, expulsando o corpo estranho para fora. (MENDES, Ana Paula S., et al.)

Por isso, é importante ressaltar que a preparação de pessoas leigas para agirem de forma assertiva em uma prestação de socorro se torna fundamental para salvar a vida de vítimas em atendimentos pré-hospitalares. Mesmo que crianças, se ensinados, são capazes de pedir ajuda ao SAMU e ainda conseguir estabilizar a vítima até que os profissionais de saúde cheguem, isso aumenta o nível de sobrevivência e dará mais segurança à criança em momentos de tensão como esses. Além disso, o enfermeiro tem como responsabilidades, ensinar, educar e transmitir conhecimento para que as pessoas leigas possam criar saberes práticos e assim, salvar vidas.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Geral**

Esse trabalho tem por objetivo avaliar a eficácia da simulação realística para escolares do ensino fundamental II no âmbito educação em saúde.

## **2.2. Específicos**

- Avaliar a eficácia do protocolo de treinamento de Suporte Básico de Vida quando aplicado em crianças;
- Avaliar o benefício do uso da simulação no ambiente escolar;
- Avaliar a simulação realística como intervenção educativa.

## **3. METODOLOGIA**

### **3.1. Participantes**

Participarão desse estudo crianças de 11 à 14 anos. Essa amostra será composta por alunos que estejam no 6º e 7º ano do Ensino Fundamental II em uma escola particular de Franca- SP.

### **3.2. Instrumentos**

**Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE):** Esse termo terá todas as informações da pesquisa, incluindo riscos e benefícios, como forma de autorização dos pais para que os menores participem ou não do estudo.

**Termo de assentimento livre e esclarecido (TALE):** O TALE terão todas as informações da pesquisa, incluindo riscos e benefícios. Os alunos podem assiná-lo caso queiram participar do estudo.

**Questionário I:** Serão realizadas 05 (cinco) questões de múltipla- escolha e uma pergunta pessoal com conceitos básicos de primeiros socorros, incluindo Manobra de RCP e Manobra de Hemlich, conforme mostrado na figura 1.

**Figura 1 – Modelo do Questionário I que será aplicado.**

|                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>1) Sobre Primeiros Socorros:</b><br/>“São os primeiros cuidados oferecidos a uma vítima.”<br/>a) CERTO<br/>b) ERRADO</p>               | <p><b>2) Sobre a Manobra de RCP (Ressucitação Cardiopulmonar)</b><br/>“Somente um profissional da saúde poderá realizá-la.”<br/>a) CERTO<br/>b) ERRADO</p>      |
| <p><b>3) Sobre a Manobra de Hemlich:</b><br/>“É uma manobra realizada em casos de engasgo.”<br/>a) CERTO<br/>b) ERRADO</p>                   | <p><b>4) Sobre a Ressucitação Cardiopulmonar:</b><br/>“São várias manobras para tentar fazer com que a vítima volte a respirar.”<br/>a) CERTO<br/>b) ERRADO</p> |
| <p><b>5) Sobre o SAMU e o Bombeiro:</b><br/>“Podemos ligar em casos de emergência, usando o número 192 e 193”<br/>a) CERTO<br/>b) ERRADO</p> | <p><i>Pergunta pessoal:</i><br/><b>Você já ouviu falar em algum desses assuntos citados nas questões anteriores? Se sim, quais?</b></p>                         |

**Questionário II:** Serão utilizadas as 05 questões de múltipla- escolha do Questionário I, em ordem diferente das iniciais, substituindo a pergunta pessoal por outra (conforme figura 2).

**Figura 2 – Modelo do Questionário II que será aplicado.**

|                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>1) Sobre a Ressucitação Cardiopulmonar:</b><br/>“São várias manobras para tentar fazer com que a vítima volte a respirar.”<br/>a) CERTO<br/>b) ERRADO</p> | <p><b>2) Sobre o SAMU e o Bombeiro:</b><br/>“Podemos ligar em casos de emergência, usando o número 192 e 193”<br/>a) CERTO<br/>b) ERRADO</p>                   |
| <p><b>3) Sobre Primeiros Socorros:</b><br/>“São os primeiros cuidados oferecidos a uma vítima.”<br/>a) CERTO<br/>b) ERRADO</p>                                  | <p><b>4) Sobre a Manobra de Hemlich:</b><br/>“É uma manobra realizada em casos de engasgo.”<br/>a) CERTO<br/>b) ERRADO</p>                                     |
| <p><b>5) Sobre a Manobra de RCP (Ressucitação Cardiopulmonar)</b><br/>“Somente um profissional da saúde poderá realizá-la.”<br/>a) CERTO<br/>b) ERRADO</p>      | <p><i>Pergunta pessoal:</i><br/><b>Quanto, na sua opinião de 0 a 10, você aprendeu após o treinamento de hoje?</b><br/>a) 0 a 4<br/>b) 5 a 7<br/>c) 8 a 10</p> |

**Questionário “parents”:** Será um questionário com 4 (quatro) perguntas destinado aos pais dos participantes, para que eles avaliem ,com a sua opinião, sobre a importância da inserção do Treinamento de Primeiros Socorros para crianças nas escolas e sobre a Simulação Realística como metodologia de ensino (Figura 3).

**Figura 3 – Modelo do Questionário que será enviado aos pais.**

|                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1) <u>Você teve, na época de escola, algum treinamento de primeiros socorros?</u></p> <p>a) SIM<br/>b) NÃO</p>                                               | <p>2) <u>Você saberia como agir em situações em que a vítima se encontra engasgada ou em parada cardiorespiratória?</u></p> <p>a) SIM<br/>b) NÃO</p> |
| <p>3) <u>Na sua opinião, o quanto é importante a inserção de treinamentos de primeiros socorros nas escolas?</u></p> <p>a) 0 a 4<br/>b) 5 a 7<br/>c) 8 a 10</p> | <p>4) <u>Você acha que aulas com simulações da realidade ajudam seu filho a absorver o conteúdo melhor?</u></p> <p>a) SIM<br/>b) NÃO</p>             |

### 3.3. Procedimento

Em um primeiro momento, será enviado aos pais dos escolares o Termo de consentimento livre e esclarecido para que eles fiquem a par de tudo que acontecerá na pesquisa, inclusive riscos e benefícios. Após a assinatura dos pais ou responsáveis, os alunos receberão um Termo de assentimento livre e esclarecido para que também seja preenchido e assinado caso queiram realmente participar, podendo desistir a qualquer hora sem que precise de justificativa. Após o preenchimento, previsto para abril/2021, faremos a intervenção educativa com os alunos do Ensino Fundamental II, de 11 a 14 anos.

Será aplicado, logo no início, o Questionário I (Figura 1), com o objetivo de avaliar o conhecimento básico desses escolares sobre os seguintes assuntos: Primeiros Socorros, Manobra de Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP), Manobra de Hemlich e como pedir ajuda ao SAMU e Corpo de Bombeiros em casos de emergência.

Em um segundo momento, após o questionário, será feita uma aula teórico-expositiva, que tratará sobre primeiros socorros, Manobra de RCP, Manobra de Hemlich, SAMU e Corpo de Bombeiros, para que os alunos consigam compartilhar conhecimentos entre si, entendendo a importância dos primeiros cuidados a uma vítima a fim de salvá-la.

No terceiro momento, será realizada uma segunda aula, porém prática, onde será demonstrado no simulador, desde o início do atendimento de primeiros socorros até a chegada do SAMU ou do Corpo de Bombeiros, colocando as crianças para vivenciar situações de emergência em forma de simulação para que assim

possam aprender como agir em casos de emergência dentro do ambiente escolar ou até mesmo em casa.

No quarto momento, após tirar todas as dúvidas dos alunos, será aplicado o Questionário II (Figura 2) para que possamos analisar a diferença de erros e acertos do primeiro questionário, e assim concluir se o protocolo usado foi realmente eficaz e se as crianças realmente conseguiram absorver conhecimento a ponto de usar o treinamento na vida real. A aula teórica será ministrada pela pesquisadora Tayná Grillo Granito e a orientadora Kelly Jacqueline Barbosa, com ajuda de uma estudante de enfermagem, Estefânia Prock Antônio, na parte da organização, de forma a comentar sobre todos os temas citados e tirar dúvidas dos participantes caso necessário.

Por fim, será enviado aos pais, o Questionário “parents” para que eles avaliem de acordo com a opinião de cada um, se eles concordam tanto com a inserção do treinamento de primeiros socorros como com a inserção da simulação como metodologia de ensino nas escolas.

## REFERÊNCIAS

ARENO, Henrique Brickmann. **Simulação como ferramenta de ensino em cursos de engenharia de produção e administração**. São Paulo, 2003.

BECK, Caio. **Ciclo de Aprendizagem de Kolb. Andragogia Brasil**. 2006.

COUTO, Thomaz Bittencourt. **Simulação Realística no ensino de emergências pediátricas na graduação**. São Paulo: USP, 2014.

FERREIRA; C., CARVALHO; J.M., CARVALHO; F. L. Q. **Impacto da metodologia de simulação realística, enquanto tecnologia aplicada a educação nos cursos de saúde**. Bahia: UNIJORGE, 2015.

FERREIRA, Raína Pleis Neves et al. **Simulação Realística como método de ensino no aprendizado de estudantes da área da saúde**. Centro- Oeste Mineiro: Revista de Enfermagem, 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo de acolhimento com classificação de risco**. São Luís. Disponível em: <  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_acolhimento\\_classificacao\\_risco.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_acolhimento_classificacao_risco.pdf)> Acesso em: 08/07/2020

PASOLINI, Klysmeynny Rosa. **Simulação Realística como ferramenta de ensino**. Espírito Santo, 2019.

RODRIGUES, I. D. V. C. **Simulação Realística no processo de ensino-aprendizagem do raciocínio diagnóstico de enfermagem**. Natal: UFRN, 2017

FALCHI, Lilian F. O; FORTUNATO, Ivan. **Simulador phet e o ensino da tabuada na educação básica: relato de experiência**. Araraquara: Revista online de Política e Gestão Educacional, 2018.

Barbosa HGD, Santana LR, Nicolini EM. **Avaliação do impacto e efetividade do treinamento de crianças em suporte básico de vida: uma revisão sistemática**. São Paulo: Rev Med, 2020.

TONY, Ana Carolina Carraro; et al. **Ensino de suporte básico de vida para escolares: estudo quase-experimental**. Juiz de Fora: Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2020.

FERREIRA, Noélia Lourenço Martins; et al. **Primeiros socorros na educação infantil**. João Pessoa: Faculdade Integradas de Patos, 2018.

SANTANA, Monalise Mara Rocha; et al. **Intervenção educativa em primeiros socorros para escolares da educação básica**. Santa Maria: Rev. Enferm. UFSM – REUFSM, 2020.

FERNANDES, José Maria Gonçalves; et al. **Ensino de suporte básico de vida para alunos de escolas pública e privada do ensino médio**. Alagoas: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas, 2014.

MIRAVETI, Jocilene de Carvalho. **Suporte básico de vida para leigos: um estudo quase experimental**. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 2016.

MENDES, Ana Paula S., et al. **Manobra de heimlich: um relato de experiência**. Centro Universitário Ítalo-Brasileiro – UniÍtalo.

---

## **ANÁLISE DO CONHECIMENTO E ATITUDE DE ESTUDANTES DE MEDICINA ACERCA DO TEMA SEGURANÇA DO PACIENTE**

Amanda Rabay Rodrigues  
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF  
amandarabayr@gmail.com

Patrícia Reis Alves dos Santos  
Mestre em Tecnologia e Inovação-EERP  
Docente do Departamento de Medicina e Enfermagem- Uni-FACEF  
patreisenf@gmail.com

Uni-FACEF Centro Universitário Municipal de Franca

### **1. INTRODUÇÃO**

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), morrem por ano 2,6 milhões de pacientes por cuidados de saúde não seguros, em países de baixa e média renda, sendo 5 óbitos por minuto, ocorrências essas que poderiam ser evitadas.

No cenário nacional, 151.442 incidentes foram notificados ao Sistema de Notificação da Vigilância Sanitária (NOTIVISA), no período de 2019 a 2020, sendo a região sudeste com a maior porcentagem de agravos, 38,9%. Dentre as situações mais comuns, destacam-se a perda acidental de dispositivos como sondas e cateteres, falhas na assistência envolvendo medicamentos e quedas, destas, 3.399 evoluíram com danos graves ao paciente, e 792 resultaram em óbito (OPAS, 2019; ANVISA, 2020).

Diante desses dados, é notório que o cuidado em saúde vem trazendo inúmeros benefícios, no entanto é preciso avançar na diminuição dos riscos e danos para o paciente, ofertando assistência à saúde segura e qualificada.

No cenário educacional, estratégias têm sido desenvolvidas buscando melhorar a segurança do paciente”, considerando que estudantes devem identificar fatores que levam aos erros e saber quais providências devem ser tomadas para minimizá-los (OMS, 2016).

Sobre a temática em foco, embora essa discussão pareça ser atual, historicamente, Hipócrates, o pai da medicina, 460 a 370 a.C., já mencionava a importância do Primum non nocere, que significa “primeiro não cause danos”. No

entanto, a temática ganhou destaque somente em 1999, por conta da publicação pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos (IOM) do documento “To err is human: building a safer health system” - “Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro” (GAITA; FONTANA, 2018; IOM, 1999).

O relatório “To err is human: building a safer health system” evidenciou para o mundo o impacto dos erros em decorrência do cuidado em saúde, que por vezes ocasionam danos graves e até a morte dos pacientes. Antes desse documento, os erros durante o cuidado em saúde eram ditos inevitáveis (IOM, 1999; REIS; SILVA, 2016).

Neste sentido, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu a discussão da temática como prioritária a nível global e conceituou “Segurança do Paciente” como a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009a). Em 2004, implementou a Aliança Global para Segurança do Paciente, representando um esforço internacional para melhorar as ações assistenciais à saúde, reduzir danos e garantir espaço na agenda de políticas públicas de diversos países.

Segundo a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente, os incidentes relacionados a segurança do paciente são situações que resultam em danos desnecessários ao paciente em decorrência do atendimento prestado (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009a).

Entende-se por dano o resultado das ações tomadas durante a prestação de cuidados de saúde, que implica em prejuízo na estrutura ou funções do corpo, incluindo doença, lesão, sofrimento, incapacidade ou morte, e pode ser físico, social ou psicológico (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009a).

Por diversas vezes as instituições de saúde não compartilham quando ocorre um incidente ou mesmo os resultados de suas investigações. Situações assim fazem com que os erros continuem acontecendo e os pacientes se mantêm expostos a erros evitáveis, o que torna o atendimento médico-hospitalar perigoso (BECCARIA et al, 2009; DEJOURS, 2005).

Por outro lado, as instituições de saúde que investem em qualidade e segurança do paciente, adquirem maior credibilidade, pois são vistas como preocupadas com o dano e com o papel de cada profissional dentro desse processo

de melhoria. Os países desenvolvidos avançaram muito com a implementação de práticas de segurança, o que refletiu com a redução de infecções relacionadas à assistência em saúde (TRINDADE; LAGE in SOUZA; MENDES, 2014).

No entanto, a maior dificuldade para melhoria efetiva e progressiva está na mudança da cultura dos profissionais, que precisam olhar para a assistência em saúde com maior qualidade e segurança. Além de uma cultura geral que responsabilize sem punir os envolvidos e consiga aprimorar o processo e não culpar as pessoas (TRINDADE; LAGE in SOUZA; MENDES, 2014).

Desde então, inúmeras iniciativas, dentre elas, a implementação dos Desafios Globais para a Segurança do Paciente, que buscam identificar situações potenciais de risco para a segurança do paciente e fomentar estratégias para prevenir danos (WHO, 2008). Nos anos de 2005 e 2008 foram lançados os desafios globais, com foco na “Higienização das Mãos” e “Cirurgia Segura”. Recentemente, 2017, a OMS divulga o terceiro Desafio Global com o tema “Medicação sem Danos”, tendo como meta a redução de 50% dos danos graves e evitáveis para os próximos cinco anos ((WHO, 2008; 2009b; WHO, 2017). No Brasil, os Desafios Globais são divulgados e incentivados pela ANVISA.

Ainda no cenário nacional, o marco das ações para a Segurança do Paciente foi o reconhecimento enquanto Política Pública do “Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)”, por meio da Resolução no 36 e da Portaria no 529 de 2013, instituindo estratégias e Protocolos Básicos para profissionais, pacientes e gestores da saúde, em fortalecimento às ações de promoção à segurança do paciente e qualificação do cuidado (BRASIL, 2013).

Destaca-se as “Metas internacionais para a Segurança do Paciente”, sendo elas: Identificação correta do paciente; Melhora da comunicação entre os profissionais de Saúde; Melhora da segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; Cirurgia segura; Higiene das mãos para evitar infecções e a redução do risco de quedas e lesões por pressão (BRASIL, 2013).

Na área da medicina, o Código de Ética Médica ressalta que “é vedado ao médico causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência”. Sabendo da relevância do tema, as ações de promoção em Segurança do Paciente têm sido estimuladas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), que instituiu a Câmara Técnica de Segurança do Paciente, no

ano de 2014, com o objetivo de subsidiar as Instituições de Saúde, Conselho Regional de Medicina (CRMs), departamentos de fiscalização, com ênfase para o ato médico (CFM, 2014).

## **2. O ENSINO DA SEGURANÇA DO PACIENTE NAS ESCOLAS MÉDICAS**

Durante a formação acadêmica dos profissionais de saúde, existe o reforço do trabalho sem erros, gerando uma cultura em que não se admite errar, e caso tal situação ocorra, se relaciona com descuido ou falta de responsabilidade dos estudantes e profissionais (LEAPE, 2008). E na verdade, eles precisam ser encarados como uma oportunidade de rever o sistema e a assistência em saúde oferecida (CARVALHO, 2002).

Acredita-se que um dos primeiros caminhos para a prevenção do erro é reconhecer a possibilidade de sua ocorrência, além de conhecer suas causas e consequências (CARVALHO, 2002). Diante disso, a maioria dos cursos da área da saúde realizam por meio do ensino teórico e prática a identificação e análise dos riscos no cuidado (CASSIANI, 2006).

Porém, muitas vezes os profissionais de saúde não são apresentados durante a formação ao tema Segurança do Paciente, o que gera no momento da prática situações desconfortáveis, sendo um dos desafios para as instituições o aprimoramento das práticas de ensino (HARADA et al., 2006; WEGNER, 2016)

No contexto da formação para os profissionais de saúde, a OMS desenvolveu o Guia do Currículo Multiprofissional em Segurança do Paciente (2016), que aborda informações e ferramentas necessárias para o educador e o educando incorporarem o tema dentro da grade curricular das escolas, dos cursos da área da saúde.

De acordo com o Guia Curricular de Segurança do Paciente (2016), diversas são as estratégias possíveis de se ensinar aos estudantes sobre segurança do paciente, sendo recomendado a combinação de abordagens e de forma longitudinal durante a formação, com objetivos definidos a cada momento do curso.

Dentre as estratégias podemos citar as palestras interativas, debates em pequenos grupos, aprendizagem baseada em problemas, workshops, tutoriais,

projetos que incluam tarefas em torno do ambiente clínico e à beira do leito, leituras, análises de casos, jogos, dentre outras.

Estudo que propôs identificar o impacto dessa implementação teve resultados positivos, mostrando que as percepções e atitudes dos alunos sobre o tema dobrou de 10,7% para 20,8% após a implementação (FARLEY et al., 2015).

No estudo “Escape into patient safety: bringing human factors to life for medical students, em 2019”, foi criada uma simulação de segurança do paciente para estudantes de medicina usando elementos de jogos. Os alunos que participaram elogiaram a atividade e concluíram ter sido válida para obter novos conhecimentos, habilidades e aumentar a confiança para aplicar os conceitos de segurança do paciente (BACKHOUSE; MALIK, 2019).

Embora foram encontrados estudos que avaliaram a inserção dessa temática no contexto da graduação em saúde, principalmente na área da enfermagem, ainda há uma lacuna no que se refere aos estudos nacionais sobre o conhecimento e atitudes de estudantes de medicina, em relação a temática de Segurança do Paciente e a implementação das Metas Internacionais, no contexto da vivência prática (CAUDURO; MAGNAGO, et al., 2017; YOSHIKAWA et al., 2013).

Diante da relevância do tema e do impacto negativo dos erros para o paciente, profissional e instituições de saúde, a motivação para esse estudo é responder ao questionamento: Qual o conhecimento e as atitudes dos estudantes de medicina diante do erro no cuidado em saúde e a segurança do paciente?

Assim como, propor soluções e contribuir para a qualidade e segurança do cuidado em saúde, sendo uma das prioridades no que se refere a projetos de pesquisa da área prioritária: Tecnologias para Qualidade de Vida dentro do Setor Saúde, no âmbito do Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações (MCTIC), no que se refere a projetos de pesquisa, de desenvolvimento de tecnologias e inovações, para o período 2020 a 2023.

### **3. OBJETIVO**

Avaliar o conhecimento e atitudes de estudantes de medicina diante do erro no cuidado em saúde e a segurança do paciente.

#### 4. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativo, descritivo e exploratório, realizado em um Centro Universitário Municipal, no interior de São Paulo.

Foram incluídos no estudo 73 estudantes do curso de medicina, a partir do 9º período do curso e recém-formados, totalizando três turmas, uma vez que esses estudantes já estão em atendimentos junto aos pacientes durante as atividades práticas ou estágios.

A seleção dos participantes foi feita por meio de amostra por conveniência, daqueles que aceitaram participar da pesquisa e responderem ao questionário disponibilizado em formato online, utilizando o aplicativo *Google Forms da Microsoft®*. A coleta de dados foi realizada no primeiro semestre de 2021. A permissão para participação do estudante foi conseguida por meio da aplicabilidade do termo de consentimento livre e esclarecido na primeira etapa do questionário.

A coleta de dados foi iniciada somente após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Municipal de Franca, sob o número 40198020.8.0000.5384.

O instrumento selecionado é validado e elaborado por Yoshikawa e colaboradores (2013), e seu uso foi permitido pelos autores, após contato por via email. É composto por 20 questões sobre os **aspectos conceituais e atitudinais**, e para cada uma delas o participante precisou responder segunda a escala psicométrica de Likert de 01 a 05, no qual 01 significa discordo totalmente e 05 significa concordo fortemente, sendo que a pontuação 03 significa neutralidade.

Foi utilizado também questões para caracterização dos participantes, como ano da graduação e faixa etária. E perguntas direcionadas, sendo elas: O que você entende por Segurança do Paciente; Você já vivenciou alguma situação envolvendo risco ou erro no cuidado em saúde (sim/não); Se sim, você deseja relatar brevemente.

A fim de propor estratégias futuras para trabalhar a temática no contexto da graduação, foi questionado aos estudantes o interesse em participar de atividade simulada em momento posterior.

O banco de dados foi organizado em planilha do Excel. A análise dos dados foi feita de acordo com cada etapa. Sendo adotado para a análise dos dados com variáveis numéricas a estatística descritiva, sendo os resultados apresentados por frequências relativas (%).

## 5. RESULTADOS

No total, participaram da pesquisa 15 (20,5%) alunos da Turma I, que se formaram em dezembro de 2020, 17 (23,3%) alunos da Turma II, que estão no 11º semestre e 41 (56,2%) alunos da Turma III, do 9º semestre do curso.

**Tabela 1.** Avaliação da frequência da faixa etária em todas as turmas.

| FAIXA ETÁRIA | TODAS AS TURMAS | TURMA I | TURMA II | TURMA III |
|--------------|-----------------|---------|----------|-----------|
| 20-25 ANOS   | 63%             | 20%     | 58,8%    | 78%       |
| 26-30 ANOS   | 26%             | 66,7%   | 23,5%    | 14,6%     |
| 31-35 ANOS   | 8,2%            | 6,7%    | 11,8%    | 7,3%      |
| >35 ANOS     | 2,8%            | 6,7%    | 5,9%     | 0%        |

(Fonte: Autores da pesquisa, 2021).

Quando avaliado a faixa etária mais frequente em relação a todas as turmas, foi visto que 63% se encontravam entre 20-25 anos e apenas 2,8% >35 anos.

Já quando avaliado entre as turmas separadamente, a maior faixa etária na turma II foi entre 26-30 anos (66,7%), na turma II e III foi entre 20-25 anos (58,8%) e (78%), respectivamente.

**Tabela 2.** Avaliação da situação de risco ou erro no cuidado em saúde.

| VOCÊ JÁ VIVENCIOU ALGUMA SITUAÇÃO ENVOLVENDO RISCO OU ERRO NO CUIDADO EM SAÚDE? | TODAS AS TURMAS | TURMA I | TURMA II | TURMA III |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------|----------|-----------|
| SIM                                                                             | 57,5%           | 80%     | 64,7%    | 46,3%     |
| NÃO                                                                             | 42,5%           | 20%     | 35,2%    | 53,6%     |

(Fonte: Autores da pesquisa, 2021).

Em relação a questão “**Você já vivenciou alguma situação envolvendo risco ou erro no cuidado em saúde?**”, quando analisado todas as turmas de forma simultânea, foi encontrado 57,5% respostas “sim” e 42,5% “não”. Já quando analisado as turmas de forma separada, a turma I foi a que mais apresentou respostas do tipo “sim” com 80%, o que pode ser justificado pelo maior tempo de atuação nos cenários até o momento da coleta. E a turma III foi a que menos relatou respostas do tipo “sim” com 46,3%.

**Tabela 3.** Aspectos conceituais referentes a compreensão dos erros pelos estudantes de medicina no cuidado em saúde.

| <b>ASPECTOS CONCEITUAIS</b>                                                                                                        | <b>Concordo Fortemente</b> | <b>Concordo</b>   | <b>Não tenho opinião formada</b> | <b>Discordo</b>   | <b>Discordo Totalmente</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------------|----------------------------------|-------------------|----------------------------|
| Cometer erros na área da saúde é inevitável                                                                                        | 10 (13,7%)                 | 19 (26%)          | <b>22 (30,1%)</b>                | 18 (24,7%)        | 4 (5,5%)                   |
| Existe uma grande diferença entre o que os profissionais sabem, o que é certo e o que é visto no dia a dia da assistência à saúde. | <b>35 (47,9%)</b>          | <b>25 (34,2%)</b> | 8 (11%)                          | 4 (5,5%)          | 1 (1,4%)                   |
| Profissionais competentes não cometem erros que causam danos aos pacientes.                                                        | 1 (1,4%)                   | 19 (26%)          | 6 (8,2%)                         | <b>27 (37%)</b>   | 20 (27,4%)                 |
| Alunos comprometidos não cometem erros que causam danos aos pacientes.                                                             | 1 (1,4%)                   | 16 (21,9%)        | 7 (9,6%)                         | <b>28 (38,4%)</b> | 21 (28,8%)                 |
| Na vigência de um erro, todos os envolvidos (profissionais, alunos, gestores, paciente e família) devem discutir sua ocorrência.   | <b>54 (74%)</b>            | 14 (19,2%)        | 4 (5,5%)                         | 1 (1,4%)          | 0 (0%)                     |
| Para a análise do erro humano, é importante saber quais as características individuais do profissional que cometeu o erro.         | <b>22 (30,1%)</b>          | <b>21 (28,8%)</b> | 17 (23,3%)                       | 9 (12,3%)         | 4 (5,5%)                   |
| Depois que um erro                                                                                                                 | <b>54 (74%)</b>            | 14 (19,2%)        | 5 (6,8%)                         | 0 (0%)            | 0 (0%)                     |

ocorre, uma efetiva estratégia de prevenção é trabalhar com maior cuidado.

Fonte: Autores da pesquisa, 2021

Em relação a todas as turmas, avaliando os aspectos conceituais, cerca de 30,1% não tem opinião formada sobre a questão “Cometer erros na área da saúde é inevitável”. Ademais, 47,9% concordaram fortemente quando questionado sobre a existência de diferença entre os profissionais que sabem o que é certo e o que é visto no dia a dia da assistência à saúde. E 37% discordam com a afirmativa de que profissionais competentes não cometem erros que causam danos aos pacientes.

Quando questionado sobre alunos comprometidos não cometem erros que causam danos aos pacientes, 38,4% discordaram da afirmativa.

Ademais, 78% concordaram fortemente que na vigência de um erro, todos os envolvidos (profissionais, alunos, gestores, paciente e família) devem discutir sua ocorrência.

Alem disso, 23,3% dos alunos não tinham opinião formada e 30,1% concordaram fortemente que para a análise do erro humano, é importante saber quais as características individuais do profissional que cometeu o erro. Ademais, 74% concordaram fortemente com a afirmativa que dizia que depois que um erro ocorre, uma efetiva estratégia de prevenção é trabalhar com maior cuidado.

**Tabela 4.** Aspectos atitudinais referentes a compreensão dos erros pelos estudantes de medicina no cuidado em saúde.

| ASPECTOS ATITUDINAIS                                                                                                          | Concordo Fortemente | Concordo   | Não tenho opinião formada | Discordo | Discordo Totalmente |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------|---------------------------|----------|---------------------|
| Profissionais não devem tolerar trabalhar em locais que não oferecem condições adequadas para o cuidado prestado ao paciente. | 27 (37%)            | 25 (34,2%) | 17 (23,3%)                | 2 (2,7%) | 2 (2,7%)            |
| Para implementar medidas de prevenção de erros humanos, sempre se deve instituir uma análise sistêmica dos fatos.             | 48 (65,8%)          | 21 (28,8%) | 4 (5,5%)                  | 0 (0%)   | 0 (0%)              |
| É necessário implementar análise sistêmica de erros na                                                                        | 47 (64,4%)          | 19 (26%)   | 4 (5,5%)                  | 1 (1,4%) | 2 (2,7%)            |

|                                                                                                                           |                   |                   |                   |                   |                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| área da saúde, mas medidas preventivas precisam ser adotadas sempre que alguém for lesado.                                |                   |                   |                   |                   |                   |
| Sempre comunico a meu professor sobre a presença de condições no campo de estágio que favorecem a ocorrência do erro.     | <b>29 (39,7%)</b> | <b>22 (30,1%)</b> | 14 (19,2%)        | 7 (9,6%)          | 1 (1,4%)          |
| Sempre comunico ao professor/gestor/responsável pelo local de estágio sobre a ocorrência de um erro.                      | <b>37 (50,7%)</b> | <b>24 (32,9%)</b> | 11 (15,1%)        | 1 (1,4%)          | 0 (0%)            |
| Sempre comunico ao meu colega sobre a ocorrência do erro.                                                                 | 39 (53,4%)        | 19 (26%)          | 15 (20,5%)        | 0 (0%)            | 0 (0%)            |
| Sempre comunico ao paciente e sua família sobre a ocorrência do erro.                                                     | 12 (16,4%)        | 27 (37%)          | 25 (34,2%)        | 7 (9,6%)          | 2 (2,7%)          |
| Se não ocorre dano ao paciente, deve-se analisar se há necessidade de relatar a ocorrência do erro ao paciente e família. | 12 (16,4%)        | <b>20 (27,4%)</b> | <b>22 (30,1%)</b> | 9 (12,3%)         | 10 (13,7%)        |
| Os professores sempre realizam medidas corretivas com o aluno para que ele não cometa novos erros.                        | 12 (16,4%)        | <b>23 (31,5%)</b> | <b>19 (26%)</b>   | 15 (20,5%)        | 4 (5,5%)          |
| Sistemas para relatar a ocorrência dos erros fazem pouca diferença na redução de futuros erros.                           | 1 (1,4%)          | 4 (5,5%)          | 7 (9,6%)          | <b>21 (28,8%)</b> | <b>40 (54,8%)</b> |
| Apenas os médicos podem determinar a causa da ocorrência do erro.                                                         | 1 (1,4%)          | 1 (1,4%)          | 5 (6,8%)          | 22 (30,1%)        | <b>44 (60,3%)</b> |
| Sempre realizo atividades de estágio em locais que promovem boas práticas para a promoção da segurança do paciente.       | 11 (15,1%)        | <b>26 (35,6%)</b> | <b>17 (23,3%)</b> | 12 (16,4%)        | 7 (9,6%)          |
| Sempre que identifico situações que necessitam melhorias, recebo apoio da                                                 | 1 (1,4%)          | 13 (17,8%)        | <b>29 (39,7%)</b> | 20 (27,4%)        | 10 (13,7%)        |

instituição para  
implementação de  
medidas que promovam  
práticas seguras.

(Fonte: Autores da pesquisa, 2021)

Em relação aos aspectos atitudinais referente a todas as turmas, 37% concordaram fortemente e 23,3% não tinha opinião formada de que profissionais não devem tolerar trabalhar em locais que não oferecem condições adequadas para o cuidado prestado ao paciente. Ademais, 65,8% concordaram fortemente que para implementar medidas de prevenção de erros humanos, sempre se deve instituir uma análise sistêmica dos fatos.

Além disso, 64,4% concordaram fortemente que é necessário implementar análise sistêmica de erros na área da saúde, mas medidas preventivas precisam ser adotadas sempre que alguém for lesado.

Cerca de 19,2% dos alunos não tinham opinião formada e 39,7% concordaram fortemente sobre sempre comunicar ao professor sobre a presença de condições no campo de estágio que favorecem a ocorrência do erro.

Em relação a afirmativa que questionava sobre sempre comunicar ao professor/gestor/ responsável pelo local de estágio sobre a ocorrência de um erro, 50,7% concordaram fortemente e 15,1% não tinham opinião formada.

Cerca de 53,4% dos alunos concordaram fortemente e 20,5% não tinham opinião formada sobre sempre comunicar ao meu colega sobre a ocorrência do erro.

Ademais, 37% dos alunos concordaram e 34,2% não tinham opinião formada em sempre comunicar ao paciente e sua família sobre a ocorrência do erro.

Em relação a questão que propunha sobre caso não ocorresse dano ao paciente, deveria se analisar a necessidade de relatar a ocorrência do erro ao paciente e família, 30,1% dos alunos não tinham opinião formada e 27,4% concordaram com a afirmativa.

Quando se tratando do docente, a afirmativa que trata que os professores sempre realizam medidas corretivas com o aluno para que ele não cometa novos erros, teve 26% dos alunos que não tinham opinião formada e 31,5% concordaram com a questão.

Quando relacionado que os sistemas para relatar a ocorrência dos erros fazem pouca diferença na redução de futuros erros, 54,8% dos alunos discordaram totalmente.

Sobre os determinantes da ocorrência de um erro, ao afirmar que apenas os médicos podem determinar a causa da ocorrência do erro, 60,3% dos alunos discordaram totalmente.

Sobre o local de realização dos estágios, 35,6% concordaram e 23,3% não tinham opinião formada sobre a afirmativa que dizia sobre sempre realizar atividades de estágio em locais que promovem boas práticas para a promoção da segurança do paciente.

Ademais, cerca de 39,7% dos alunos não tinham opinião formada e 27,4% discordavam sobre sempre que ao identificar situações que necessitam melhorias, o aluno recebe apoio da instituição para implementação de medidas que promovam práticas seguras.

## 6. DISCUSSÃO

Para ampliar o olhar diante dos resultados encontrados, importante elucidar alguns conceitos estabelecidos pela OMS, no contexto da temática Segurança do Paciente.

Segundo a OMS, os incidentes podem ser classificados em diferentes tipos conforme as consequências geradas. Considera-se incidente, um evento ou circunstância que poderia gerar ou gerou um dano desnecessário ao paciente. Por sua vez, o evento adverso, é um incidente que gera dano ao paciente. E, near miss, um incidente que não atinge o paciente (WHO, 2009).

No presente estudo, quando questionado aos estudantes um posicionamento sobre **“cometer erros na área da saúde é inevitável”**, a maior parte dos alunos concordaram ou concordaram fortemente com a afirmativa, e muitos não tinham opinião formada, evidenciando como ainda há dificuldade de entendimento em relação aos diversos fatores que contribuem para a ocorrência de um erro e os processos de prevenção, fazendo com que seja possível evitá-lo.

Estes dados, corrobora com o estudo realizado por Moraes e colaboradores (2020), com estudantes de enfermagem e estudo realizado no Irã por

Nabilou e Seyedi (2015) com estudantes de medicina, que em sua maioria, (57,8%) e (69,3%) respectivamente, os estudantes concordaram/concordaram fortemente com a afirmativa. O estudo de Yoshikawa e colaboradores (2013), com estudantes de enfermagem e medicina, evidenciou que a maior parte dos alunos de medicina (64,7%) concordou ou concordou fortemente com a assertiva, demonstrando a não compreensão dos estudantes de medicina quanto à possibilidade da prevenção das ocorrências dos erros na área da saúde.

Quando interrogados sobre a afirmativa **“Sempre comunico ao professor/gestor/ responsável pelo local de estágio sobre a ocorrência de um erro”** grande parte dos alunos concordam fortemente ou concordaram, mostrando um entendimento sobre a importância da notificação a estes responsáveis, corroborando com outro estudo realizado por Moraes e colaboradores (2020), com estudantes de enfermagem.

O relato dos incidentes por meio de sistemas de notificação voluntários ou obrigatórios tem sido adotado em diversos países como estratégia para aumentar a segurança do paciente. Ele permite que os profissionais registrem a ocorrência de incidentes ou de circunstâncias envolvendo riscos no ambiente de trabalho (SOUSA; LAGE; RODRIGUÊS, 2014). Devem ser incentivados como medida preventiva diretamente voltada para o gerenciamento de risco, pois possibilitam levantar e investigar eventuais falhas assistenciais e atuar sobre elas, além de ser uma prática exigida para que ocorra a certificação de uma instituição (TEODORO et al., 2020). É preciso atenção para o uso desses relatos como justificativas para punição e sanções administrativas o que desestimula o seu uso.

Em relação ao exposto, ao avaliar o padrão de respostas da afirmativa **“É necessário implementar análise sistêmica de erros na área da saúde, mas medidas preventivas precisam ser adotadas sempre que alguém for lesado”**, a maioria dos alunos concordaram fortemente. Em concordância com estudo realizado por Moraes e colaboradores (2020). Embora observe-se a visão da necessidade de análise sempre que ocorre um erro, a afirmação da adoção de medidas apenas quando houver danos demonstra a necessidade de ampliar as ações diante das ocorrências, uma vez que a implementação das medidas de prevenção deve ser adotada, independente do incidente ter ocasionado dano ou não ao paciente.

Em relação a preocupação com a notificação dos incidentes e implantação de sistemas de notificação, ainda prevalece a cultura da notificação somente quando os incidentes causam grande impacto ao paciente. A identificação e notificação de incidentes sem danos e dos near misses ou quase erros, no entanto, pode também ajudar a resolver problemas sistêmicos e processuais antes que um evento adverso ocorra. É preciso fazer esforços para eliminar as barreiras à notificação, a fim de melhorar a segurança do paciente (HAMILTON et al., 2018).

Quando questionados sobre a afirmativa **“Para a análise do erro humano, é importante saber quais as características individuais do profissional que cometeu o erro”**, a maior parte dos alunos, concordaram fortemente ou concordaram com a afirmativa, corroborando com dados dos estudos de Moraes e colaboradores (67,4%) (2020) e Yoshikawa e colaboradores (61,7%) (2013), demonstrando a análise o fator humano na ocorrência do erro. No entanto, precisamos nos atentar para a culpabilização do profissional em detrimento de outras variáveis, uma vez que precisamos avançar para a análise sistêmica no contexto da formação.

Segundo a OMS, os fatores contribuintes para um incidente (com ou sem danos), são categorizados com base em experiências mundiais, sendo eles: estrutura organizacional e administrativa; fatores humanos individuais; ambiente de trabalho; uso de tecnologias e interface homem-máquina; aspectos inerentes ao paciente, como a condição clínica e fatores sociais; comunicação entre as equipes e entre equipes e pacientes, assim como fatores externos, os quais escapam ao controle das organizações, por exemplo, as legislações (HARADA et al., 2006; WACHTER, 2013; WHO, 2009).

Erros envolvendo o cuidado em saúde são tradicionalmente atribuídos a falhas humana se, conseqüentemente, ao profissional da “ponta do cuidado”. No entanto, tal abordagem desconsidera o fato de que alguns deles são cometidos muitas vezes por profissionais treinados, os quais são responsabilizados por não terem sido capazes de preveni-los.

Estudo sobre os fatores causais de quedas e erros de medicação em serviços de saúde identificou que as falhas sistêmicas se sobrepunham às individuais e do paciente, entre elas a ausência de protocolos institucionais (TEIXEIRA; CASSIANI, 2014).

Atualmente, as instituições de saúde estão buscando mudar o foco e a culpabilização do erro do profissional, para investigar onde se encontram os riscos ao paciente que estão permitindo que o incidente ocorra, além de buscar possibilidades de melhoria (GOMES et al., 2016).

Faz-se necessário incentivar as discussões abertas sobre o tema, considerando que o medo e a punição inibem a apreensão da magnitude do problema e contribuem para a disseminação da falsa ideia de os erros estão sempre associados a descuido ou despreparo, assim como a más práticas profissionais. Deve-se, ao contrário, investigar o contexto em que ocorrem, de modo a ampliar o entendimento e visualizar soluções para o alcance de cuidado mais seguro.

Quando colocado em questão a afirmativa **“Sempre comunico ao paciente e sua família sobre a ocorrência do erro”**, houve grande parte das respostas como não tendo opinião formada e grande parte como concordantes. Ademais, quando questionado sobre **“Se não ocorre dano ao paciente, deve-se analisar se há necessidade de relatar a ocorrência do erro ao paciente e família”**, novamente ocorreu grande parte das respostas sem opinião formada e metade concordantes. O que mostra uma discrepância alta entre as opiniões. Dessa forma é possível verificar incertezas relacionadas a essas discussões, tratada muitas vezes como tabu.

A definição para a comunicação de um incidente causado pelo cuidado ao paciente e família tem sido definida como **“Disclosure”**. Autores concordam que manter a comunicação transparente em relação aos incidentes deve ser considerada uma boa prática, independente de resultarem uma diminuição do número de ações judiciais (BERWICK, 2009). Já o Sistema de Saúde Norte Americano trata o disclosure como uma prática que obriga instituições e profissionais a informarem abertamente a família quando um resultado inesperado acontece (GALLAGHER; STUDDERT, LEVINSON, 2017).

Quando avaliado sobre a afirmativa **“Sempre que identifico situações que necessitam melhorias, recebo apoio da instituição para implementação de medidas que promovam práticas seguras”**, a maior parte dos alunos não tinham opinião formada, mostrando a necessidade de se implementarem projetos e medidas unindo discentes, docentes e gestores, a fim de alinhar pontos de melhorias para a prática segura nos serviços e na formação em saúde.

## **7. CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA**

Diante da análise apresentada evidencia-se a necessidade de ampliar as discussões frente a temática no contexto da formação em saúde, em continuidade a este estudo, temos proposta o desenvolvimento de uma atividade simulada junto aos estudantes. Para o desenvolvimento dessa atividade os participantes selecionados para este momento serão aqueles que participaram deste estudo e relataram interesse (68,4%), questionado no instrumento de coleta de dados.

Como estratégia, temos como pretensão elaborar casos clínicos contemplando as oportunidades de melhorias diante do conhecimento e atitudes dos estudantes evidenciados neste presente estudo.

Tal atividade será organizada no contexto do grupo de estudos em segurança do paciente, em andamento no Centro Universitário, composto por estudantes dos cursos de enfermagem e medicina, e ampliada para demais estudantes dos cursos de medicina e enfermagem após avaliação da estratégia.

Outra estratégia é fomentar a inclusão dessa temática em eventos acadêmicos, promovidos pelos departamentos dos cursos da saúde e pelos estudantes, além de apresentar os resultados aos docentes e coordenadores dos cursos.

Acreditamos que, desenvolver estratégias com foco em ampliar o conhecimento e promover atitudes de estudantes, com ênfase nas melhorias dos processos do cuidado em saúde, pode contribuir para que incorporem práticas seguras em sua atuação profissional, com impacto na segurança do paciente.

## **8. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os alunos mostraram ser capazes de identificar alguns pontos importantes e necessários tais como: a identificação de lacunas ainda presentes entre teoria e prática dentro da graduação; a relação de competência do profissional ou comprometimento dos alunos não interfere na ocorrência de erros; a importância de se manter o diálogo com toda a equipe e a análise sistêmica, na vigência de um

erro, assim como a necessidade de comunicação da ocorrência de um erro, para professores e gestores.

Foi possível observar fragilidades na compreensão do erro como situações evitáveis, da implementação de medidas de prevenção diante dos incidentes independente dos danos, além de que grande parte dos acadêmicos não tinha opinião formada sobre determinados assuntos, ou havia uma divisão de opiniões entre concordo e discordo.

Por meio do deste estudo foi possível elencar lacunas a serem ampliadas no contexto da formação, contribuindo para que futuros profissionais incorporem condutas de prevenção afim de garantir a segurança do paciente, ou saibam conduzir os incidentes caso ocorram, como oportunidades de melhorias nos processos de trabalho.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) no 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 25. jun. 2013.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA-ANVISA. Diário Oficial da União. Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) no 63 de 25 de novembro de 2011, Brasília, DF, 2011.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA-ANVISA. Incidentes relacionados à assistência à saúde. Resultados das notificações realizadas no Notivisa - Brasil, junho de 2019 a maio de 2020.

ANVISA, A. N. D. V. S. Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Boletim Informativo, Brasília, v. 1, n. 1, 2011.

BACKHOUSE, A; MALIK, M. Escape into patient safety: bringing human factors to life for medical students. *BMJ Open Quality*, 8 (1) 2019.

BECCARIA, Lucia Marinilza et al. **Eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva.** *Rev. bras. ter. intensiva* [online]. 2009, vol.21, n.3, pp.276-282. ISSN 1982-4335. <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2009000300007>.

BERWICK, D. M. What "patient-centered" should mean: confessions of an extremist. *Health Aff (Millwood)*, 2009.

BRASIL, M. D. S. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Portaria no 529, de 1o de abril de 2013. Diário Oficial da União, Brasília, DF, p. 80, 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 2013. Seção I, p.59.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 529, de 1o de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 2013a. Seção. I, pág. 80.

CARVALHO, M. VIEIRA, A. A. [Medical errors in hospitalized patients]. J Pediatr (Rio J). 2002;78(4):261-8. Portuguese.

CARVALHO, V.T; CASSIANI, S. H. [Medication errors and consequences for nursing professionals and clients: an exploratory study]. Rev Latinoam Enferm. 2002;10(4):523-9. Portuguese

CASSIANI, S. H; ROSA, M. B. O erro durante o processo de aprendizagem do profissional de saúde. In: Harada MJ, Pedreira ML, Peterlini MA, Pereira SR. O erro humano e a segurança do paciente. São Paulo: Atheneu; 2006. p. 203-17.

CAUDURO, G. M. R. et al. Segurança do paciente na compreensão de estudantes da área da saúde. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 38, n. 2, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA-CFM. CONSELHO FEDERAL DE Instala-camara-tecnica-em-defesa-da-seguranca-do-paciente. 2014. Disponível em: <[https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=24926:cfm-instala-camara-tecnica-em-defesa-da-seguranca-do-paciente&catid=3](https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24926:cfm-instala-camara-tecnica-em-defesa-da-seguranca-do-paciente&catid=3)>. Acesso em: Julho 2020.

DEJOURS, C. O fator humano. 5ª edição. Rio de Janeiro: FGV; 2005.

HAMILTON, E.C et al. Estamos perdendo os quase-acidentes na sala de cirurgia? - subnotificação de incidentes de segurança em cirurgia pediátrica. J Surg. Res, 2018.

FARLEY, D et al. Field Test of the World Health Organization Multi-Professional Patient Safety Curriculum Guide. PLoS ONE, v. 10, n. 9, 2015.

GAITA, M. D. C.; FONTANA, R. T. Percepções e saberes sobre a segurança do Paciente Pediátrico. Revista de Enfermagem - Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, 09 Agosto 2018. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452018000400206&lng=es&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000400206&lng=es&nrm=iso&tlng=pt)>.

HARADA, M.J.C.S et al. O erro humano e a segurança do paciente. São Paulo: Editora Atheneu; 2006.

INSTITUTO PARA PRÁTICAS SEGURAS NO USO DOS MEDICAMENTOS- ISMP BRASIL. Desafio Global de Segurança do Paciente - Medicação sem Danos. Boletim Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos (Boletim - ISMP), Belo Horizonte, v. 7, p. 8, Fevereiro 2018.

LEAPE, L. L. Scope of problem and history of patient safety. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2008 Mar;35(1):1-10, vii. doi: 10.1016/j.ogc.2007.12.001. PMID: 18319124

MORAES, S. L. et al. Conhecimento de acadêmicos de enfermagem ao erro humano e à segurança do paciente. *Rev. Enferm. UFSM - REUFSM, Curitiba, Paraná, 2020.*

NABILOU, B.; SEYEDIN, H. Patient Safety in Medical Education: Students Perceptions, Knowledge and Attitudes. *PLoS ONE*, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Guia Curricular de Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde - Edição Multidisciplinar, 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2019. Disponível em: <[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6020:oms-pede-acao-urgente-para-reduzir-danos-aos-pacientes-na-area-da-saude&Itemid=838](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6020:oms-pede-acao-urgente-para-reduzir-danos-aos-pacientes-na-area-da-saude&Itemid=838)>. Acesso em: Julho 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE-OPAS. BRASIL. Organização Mundial de Saúde pede ação urgente para reduzir danos aos pacientes na área da saúde.

PADILHA, K.G et al. Ocorrências iatrogênicas com medicação em Unidade de Terapia Intensiva: condutas adotadas e sentimentos expressos pelos enfermeiros. *Rev Esc Enferm USP* 2002; 36(1): 50-7.

REIS, A. T.; SILVA, C. R. A. D. SEGURANÇA DO PACIENTE. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 2, Abril 2016.

TEIXEIRA, T. C. A CASSIANI, S. H. B. Análise de causa raiz de acidentes por quedas e erros de medicação em hospital. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 100-107, abr. 2014.

*TRINDADE, L, LAGE M.J, A perspectiva histórica e principais desenvolvimentos da segurança do paciente. In. Sousa, Paulo; Mendes, Walter. Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. v. 1. Rio de Janeiro, Fiocruz;EAD, 2014. p.39-56, ilus, graf.*

VARGAS, M. A. et al. Onde (e como) encontramos a qualidade no serviço de enfermagem hospitalar? *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 60, n. 3, p. 5, Maio/Junho 2007.

WEGNER, W. et al. Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional / Education for culture of patient safety: Implications to professional training. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm* ; n. 20, v. 3, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Alliance For Patient Safety The Second Global Patient Safety Challenge Safe Surgery Saves Lives, 2008. Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO\\_IER\\_PSP\\_2008.07\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_PSP_2008.07_eng.pdf)>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. 2009a. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/publications/en/>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care, 2009b. Disponível: <[http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906\\_eng.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf?ua=1)>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Medication Without Harm - Global Patient Safety Challenge on Medication Safety. Geneva: World Health Organization, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. 2009. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/publications/en/>>. Acesso em: 01 jul.2014.

YOSHIKAWA, J. M. et al. Compreensão de alunos de cursos de graduação em enfermagem e medicina sobre segurança do paciente. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 26, n. 1, 2013.

## **APONTAMENTOS SOBRE A CONCESSÃO DE PRÓTESES E ÓRTESES PARA PESSOAS AMPUTADAS PELO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE**

Livia Gama Meireles Reis  
Graduanda Medicina – Uni-FACEF  
liviareis98@yahoo.com

Raquel Rangel Cesario  
Doutora em Promoção da Saúde – Uni-FACEF  
raquelrangelcesario@gmail.com

Uni-FACEF Centro Universitário Municipal de Franca

### **1. INTRODUÇÃO**

O Sistema Único de Saúde (SUS) deve atender os indivíduos de forma integral e longitudinal. Criado pela “Lei Orgânica da Saúde” em 1990, na qual é respaldado que é direito de todos e dever do Estado, aborda prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação, a partir de uma rede de atenção que inclui várias estruturas, como: Unidades Básicas de Saúde; Ambulatórios; Hospitais; Centros Especializados de Recuperação; entre outros (BRASIL, 1990).

A amputação é um processo doloroso tanto para quem está vivendo, como para os familiares e amigos deste paciente. Atualmente, cerca de 1 milhão de pessoas são amputadas durante um ano no Brasil. O processo da entrada no sistema público de saúde destes pacientes irá depender da causa da amputação, se for uma consequência de um acidente, o paciente e seus familiares não estavam preparados para uma nova adaptação e dessa forma, entra o apoio na área psicológica desses. A amputação pode ser realizada por diversas causas, e como consequência apresenta danos psicológicos, entre eles está o preconceito de ressocializar este indivíduo, discriminação, uma má qualidade de vida, abandono, exclusão, entre outros (SOUZA; SANTOS; ALBUQUERQUE, 2018).

Durante o processo da amputação, o paciente passa por 3 fases: negação, adaptação e aceitação. Na primeira fase, o indivíduo e sua família e amigos tendem a negar e não acreditar no acontecimento, ficam introspectivas e não desejam ter contatos com outras pessoas. Na fase da adaptação, o paciente já busca algo sobre o acontecimento, aos poucos tenta voltar a sociedade, busca

superar a amputação e voltar para sua rotina com um novo contexto. Já na aceitação, buscam superar os sentimentos negativos, busca muitas informações, apresenta como inspiração outros amputados (SOUZA; SANTOS; ALBUQUERQUE, 2018).

Durante essas fases, aquele paciente apresentará diversas emoções, e precisa entender elas, na maioria das vezes juntamente com um profissional da saúde mental. A tristeza acomete a maioria, principalmente pelo fato de que não irão mais viver a vida que possuíam, também são dependentes de outra pessoa até se readaptarem. Este sentimento acarreta a insegurança, sentem-se fragilizados e a preocupação é que afete o futuro; revolta, pela sociedade ter ainda traços de preconceitos com o deficiente. Cabe lembrar, que esses sentimentos também afloram a vontade de lutar, principalmente na fase da aceitação, quando aquele indivíduo não quer que os outros tenham pena dele; responsabilidade, ao lidar com as consequências e os novos obstáculos acarretados pela doença; aceitação, alguns deficientes se reconectam de outra forma com o mundo externo, agora eles passam a valorizar muito mais o interior da pessoa do que o exterior (SALES et al., 2012).

O uso de próteses e órteses após a amputação ajudará na forma em que este indivíduo se vê e contribui para o bem-estar, isto ajuda na aceitação e na adaptação. A concessão para uso destas tecnologias assistivas ocorre de maneira lenta e democrática pelo sistema público, devido os diversos processos burocráticos que devem ser seguidos de uma forma correta.

Assim, devido aos importantes impactos que a amputação provoca na vida das pessoas e a possível dificuldade no acesso a próteses e órteses pelo sistema público de saúde, o objetivo desse trabalho é explorar aspectos teóricos, legais e emocionais voltados à concessão de próteses e órteses para amputados pelo SUS.

Foi realizada uma revisão narrativa da literatura, que são publicações amplas que tem intuito de descrever e discutir a temática, consistindo em análise da literatura presente em livros, artigos e regulamentos legais, complementando com a crítica da autora.

## **2. PESSOAS COM DEFICIÊNCIA**

### **2.1. Pessoas amputadas**

A amputação consiste em uma perda de membro, na maioria das vezes realizada como último recurso necessário para preservar a vida do paciente. Entretanto, essa pode originar elevada frequência de complicações. Há poucos estudos nesta área, de acordo com os autores cerca de 1 milhão de pessoas são amputadas durante um ano no Brasil. A maioria dos membros amputados são inferiores, como comprova o Ministério da Saúde no ano de 2011, que relata que 94% das amputações foram realizadas nos membros inferiores (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013-2020).

A maior prevalência de amputação em membros inferiores se dá em idoso, sexo masculino, amputação não traumática, principalmente diabetes e doenças cardiovasculares. Também foi possível identificar por meio de estudos, que muitos realizam a reamputação, amputam primeiro o menor membro possível, para tentar uma abordagem mais conservadora, com o mínimo de danos. Já a amputação em membros superiores se dá, em sua maioria, por causas traumáticas, como acidentes de trabalho e automobilísticos, em adultos jovens, do sexo masculino e em idade produtiva (SOUZA; SANTOS; ALBUQUERQUE, 2018).

### **2.2. Política Nacional de Pessoas com Deficiência**

No Brasil, existe a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Nessa, encontra-se a Portaria n.º 116/93, a qual inclui a concessão de órteses e próteses na tabela de procedimentos ambulatoriais do SUS e a Portaria n.º 146/93, que regulamenta a concessão de órteses e próteses visando a reabilitação e a inserção social. Além dessas, existe a Lei 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas para a acessibilidade de pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida (BRASIL, 1993a, BRASIL, 1993b, BRASIL, 2000). Há ainda o Plano Viver sem Limites, cujos objetivos gerais são: a) a ampliação e qualificação do atendimento às pessoas com deficiências; b) a promoção da vinculação das pessoas com deficiência e suas famílias aos pontos de atenção; c) garantia de articulação e integração dos pontos de atenção de forma a prestar atendimento integral com vistas à promoção, prevenção, reabilitação, estimulação

precoce, reinserção social e oferecimento de órteses e próteses (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013-2020).

Dentro dessa rede de cuidados estão previstos investimentos para a construção, reformas e ampliação de Centros Especializados de Reabilitação (CER) e Oficinas Ortopédicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013-2020).

A Lei 13.149/2015, mais conhecida com Estatuto da pessoa com deficiência ou, Lei Brasileira da Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI) objetivou por meio da inclusão social, principalmente, a promoção da igualdade, exercício de direitos e liberdades fundamentais da pessoa com deficiência. Essa normatização trouxe no corpo de seu texto a especificação para que uma pessoa seja considerada deficiente em seu artigo 2º, caput, o qual considera pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial (BRASIL, 2015).

Importante disposição a qual a lei apresenta está em seu artigo 18, o qual assegura atenção integral à saúde da pessoa com deficiência em todos os níveis de complexidade, por intermédio do SUS, garantindo acesso universal e igualitário. À pessoa com deficiência, é assegurado atendimento segundo normas éticas e técnicas, e participação dos mesmos na elaboração de políticas de saúde a ela destinadas.

O SUS também ganhou destaque no §5º do artigo 18 da LBI, o qual estende as diretrizes deste artigo às instituições privadas que participem de forma complementar ao SUS ou que recebam recursos públicos para sua manutenção. Parte importante da lei que cominado com a consagração da universalidade da saúde ditado pela Constituição Federal e instituição das Leis 8.080 e 8.142 que regulamentaram o SUS, tendo ambas fortalecido o caráter universal do direito humano à saúde.

### **3. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE**

A rede de atenção à saúde é regulamentada no Brasil pela Portaria 4279/2010, estabelecendo uma organização poliárquica coordenada pela Atenção Básica em Saúde, que ordena o sistema em relação à Atenção especializada. Dentre os equipamentos de saúde da Atenção Especializada, têm-se os Centros

Especializados de Reabilitação (CER), onde as pessoas com deficiência encontram serviços e cuidados direcionados às suas necessidades (BRASIL, 2010).

### **3.1. Concessão de órteses e próteses**

Tecnologias assistivas são, segundo a Lei nº 13.146/2015, recursos e equipamentos, tanto pessoais como de produtos, que têm a função de melhorar o bem-estar de deficientes sem ou com reduzida mobilidade, visando inclusão social. Incluídos na categoria das tecnologias assistivas têm-se as próteses e órteses, que serão focados a seguir. Próteses são peças que têm como função substituir os membros que foram amputados, sendo apenas implementadas na vida dos amputados se estiverem preparados psicologicamente e fisicamente para a utilização. Existem vários tipos de próteses, escolhidas de acordo com a necessidade do paciente: prótese transtibial, prótese transfemural, prótese para desarticulação de quadril. Já as órteses são dispositivos exoesqueléticos, que tem a finalidade de melhorar o alinhamento do corpo, pode ser tanto permanente como temporário, sua colocação se deve para reestabelecer a biomecânica do membro perdido; pode classificar essas quanto a função: estáticas ou dinâmicas, e também a sua confecção: pré-fabricadas e sob-medida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

O uso das tecnologias assistivas, que constam como órteses; próteses e meios auxiliares de locomoção, previsto na Lei 13.146 de 06 de julho de 2015, tem como objetivo realizar uma nova oportunidade de vida aos amputados. Com esses meios a independência, reinserção na sociedade e a qualidade de vida podem ser conquistados mais facilmente.

Para a efetividade do uso das tecnologias assistivas, deve-se passar por um processo muitas vezes longo, no qual que se destacam: avaliação, prescrição, confecção, dispensação, preparação, treino para o uso, acompanhamento, adequação e, por fim, manutenção.

Para que ocorra um cuidado integral daquele que necessita de órteses, próteses ou meios auxiliares deve ser criado um Projeto Terapêutico Singular, observando os processos já citados acima, a necessidade desse indivíduo e a capacitação de uma equipe multiprofissional especializada no assunto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

As etapas de concessão consistem em 5 partes: inicialmente, deve-se identificar a demanda e referência, na qual a atenção básica irá identificar o indivíduo que necessita de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM) e encaminhar ele para algum centro especializado, mais perto da região onde este se localiza. O segundo passo será a avaliação e prescrição, quando avalia-se individualmente o usuário e leva-se em consideração o modo de vida e a família desse, a avaliação deve ser realizada por uma equipe multiprofissional que deve seguir um formulário, a prescrição será feita a partir das informações coletadas e deve ser feita detalhadamente qual o produto que aquele usuário necessita. Logo, deve ser realizada a preparação e adequação do produto, a equipe realizará uma avaliação para medição e a consideração de amplitudes de movimentação, dor, patologias associadas a sequela, ajustes finais serão feitos para a melhor adaptação do usuário. Na quarta etapa, necessita do treinamento do usuário, e do ciclo social que faz parte no processo de cuidados para o uso e manutenção do equipamento. E por fim, manutenção, reparos e acompanhamento, esses são importantes para escutar o feedback do usuário e fazer melhorias para o bem-estar deste, a manutenção entra como uma forma adequada de melhorar o produto, mais barata do que trocar o OPM (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

A intersectorialidade é fundamental para a pessoa com deficiência, neste campo deve-se citar a interação dos componentes de atenção entre a atenção especializada, principalmente Centros Especializados em Reabilitação e Oficinas Ortopédicas, que realizam a concessão de OPM. Já a atenção básica fará todo o processo de mapeamento, de conhecer o indivíduo e sua família como um todo, prevenir e orientá-los em relação aos cuidados, manutenção da prótese e adaptação à nova realidade. As equipes dos diferentes equipamentos se unem para conceder um apoio tecnológico e profissional, criando juntamente um Projeto Terapêutico Singular, buscando apoiar essa pessoa. Além da atenção básica, outros serviços como a educação e assistência social devem se aproximar da saúde para melhor atendimento integral daquele paciente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Complementando a composição da rede de atenção à pessoa amputada, têm-se o hospital geral onde é realizada a cirurgia, que é um ponto de atenção pontual no itinerário terapêutico do paciente.

Cabe lembrar do Instituto Nacional de Segurança Social (INSS), o qual repassará o benefício do programa Reabilitação Profissional, caso ocorra algum incidente com o trabalhador, o programa possibilita que este caso sofra alguma deficiência possa retornar ao mercado de trabalho e a reinserção na sociedade, o INSS deve trabalhar de uma maneira integrada com o SUS para que ofereça a esses acidentados o melhor atendimento possível. Cabe lembrar que o deficiente amputado entrará na Lei de Cotas presente em grandes empresas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

### **3.2. Plano Viver sem Limites**

O Decreto 7.612 de 2011 instituiu o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, ou Plano Viver sem Limite – que, mirando combater a desigualdade e a exclusão da pessoa com deficiência na atual sociedade, tem a “finalidade de promover, por meio da integração e articulação de políticas, programas e ações, o exercício pleno e equitativo dos direitos das pessoas com deficiência, nos termos da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo” (BRASIL, 2011).

Para o alcance dos objetivos do Plano Viver sem Limites, áreas como educação; saúde; inclusão social e acessibilidade receberam benefícios e projetos específicos para este público. Em relação aos amputados, esses possuem o direito das diversas tecnologias assistivas, sendo tanto serviços multiprofissionais como produtos, para melhor bem-estar. Este decreto garantiu o repasse de verbas, principalmente, para o CER, o qual deverá disponibilizar toda infraestrutura que esse amputado precisa para a reinserção na sociedade.

Na área da educação, recursos e serviços foram ofertados tanto para educação básica quanto para a profissional. Na básica, oferece a sala de recursos multifuncionais, na qual irá trabalhar diversas áreas do corpo humano para aquele deficiente não seja prejudicado no momento da aprendizagem tradicional; acessibilidade nas escolas, rampas, ônibus com elevadores, corrimão, entre outros recursos; atendimento educacional especializado, professores que saiba libras é um dos exemplos. Já na área profissional, o plano tem com prioridade oferecer matrícula do PRONATEC, sem turmas específicas de deficientes para que estes socializem com a sociedade e não ocorra discriminação; oferecer núcleos de

acessibilidade e cursos de libras, para que ocorra uma educação bilingue principalmente no curso de línguas, dentro das universidades; além de oferecer uma bolsa-formação aqueles que não possuem oportunidade financeiras para ingressar em uma faculdade.

A inclusão social, se dá na parte de combater a desigualdade e exclusão através de ações sociais. Já existe leis que asseguram o tratamento equitativo e que não permite discriminação com pessoas portadoras de qualquer deficiência. Programas como BPC Trabalho traz a autonomia e a participação social desses. O Centro-Dia trará que esse deficiente aprenda a conviver, através de projetos desenvolvidos para acessibilidade e independência na sociedade. Além de possuir programas como a Residência Inclusiva.

Na acessibilidade, a Secretaria Nacional de Acessibilidade e Programas Urbanos deve incentivar e realizar ações para a inserção desses na sociedade, promovendo casas adaptativas através do programa Minha Casa Minha Vida; criação de centros para formar e treinar instrutores de cães-guia buscando o bem-estar dos deficientes visuais; além de apoiar pesquisas que buscam melhorar a tecnologia assistiva seja por meio de produtos ou serviços.

E na saúde deve haver uma qualificação nos profissionais da atenção básica, promovendo a prevenção, orientação e monitorização dos deficientes; foi criado o Centro Especializado em Reabilitação; oficinas ortopédicas visando o melhoramento de OPM e a qualificação da atenção odontológica. Visando o tratamento precoce apresentou recursos para teste de recém-nascido, para que ocorra uma intervenção rápida e que a deficiência não atrapalhe outros fatores do indivíduo, como teste do pezinho; teste da orelhinha e teste do olhinho (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013-2020).

Para garantir a execução do Plano Viver sem Limites, o Decreto 7.612/2011 instituiu o Comitê Interministerial de Tecnologias Assistivas e Instâncias de gestão do plano, revogados respectivamente pelos Decretos 10.094/2019 e 9.784/2019, o que pode ter comprometido a execução desta política pública.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A partir dessa revisão narrativa foi possível verificar a seriedade da amputação na vida de uma pessoa e sua família, provocando transformações

imediatas cujo impacto real na autonomia e realização da pessoa é grande, mas pode ser minimizado com a correta atenção e acesso a tecnologias assistivas adequadas. Verificou-se também um arcabouço normativo composto por portarias, Leis e Decretos que tiveram sua abrangência e escopo ampliado só recentemente, no sentido de uma atenção integral com garantia da inclusão social e do acesso da população de portadores de deficiência aos direitos internacionalmente estabelecidos, seguida, porém, de importante amputação dos mecanismos de gestão e controle do plano, ainda em seus anos iniciais de implantação.

Sabendo ser um desafio a garantia de direitos e inclusão social de uma população sempre marginalizada na cultura nacional, faz-se importante verificar os impactos que tais Decretos “amputatórios” dos mecanismos de gestão do Plano Viver sem Limites tiveram no cotidiano dos equipamentos públicos voltados a esta área e, claro, nos cotidianos dos maiores interessados, os portadores de deficiência e, dentre estes, os amputados objeto deste estudo.

## REFERÊNCIAS

BATISTA, N. N. L. A. L.; LUZ, M. H. B. A. Vivências de Pessoas com Diabetes e Amputação de Membros. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília 2012 mar-abr; 65(2): 244-50.

BRASIL. Lei 8.080, 1990. [Online].; 2015 [cited 2021 maio 14. Available from: "[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)".

BRASIL. Portaria 4279, 2010. [Online].; 2011 [cited 2021 maio 14. Available from: "[https://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2011/img/07\\_jan\\_portaria4279\\_301210.pdf](https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf)".

BRASIL, Decreto 7.612, 2011 [Online].; 2011 [cited 2021 maio 14. Available from: "[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7612.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7612.htm)".

BRASIL. Lei 13.149, 2015 [Online].; 2015 [cited 2021 maio 14. Available from: "[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2015/Lei/L13149.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13149.htm)".

BRASIL, Decreto 10.094, 2019 [Online].; 2019 [cited 2021 maio 14. Available from: "[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l10094.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l10094.htm)".

BRASIL, Decreto 9.784, 2019 [Online].; 2019 [cited 2021 maio 14. Available from: "[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/decreto/D9784.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9784.htm)".

BVS. ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE. [Online].; 2009 [cited 2020 julho 11]. Available from: "<https://aps.bvs.br/aps/como-devemos-proceder-quando-um-paciente-necessita-utilizar-ortese-e-protese-pelo-sus/>".

FERRAZ, A. E. P., ZANETTI, M. L., BRANDÃO, E. C., ROMEU, L. C., FOSS, M. C., PACCOLA, G. M. G.. Atendimento multiprofissional ao paciente com diabetes mellitus no ambulatório de diabetes do HCFMRP-USP. Medicina, Ribeirão Preto. 2000; 33.

GIL, Antônio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002

MARINHO, M. G. D. S., CESSÉ, E. Â. P., BEZERRA, A. F. B., SOUSA, I. M. C. D., FONTBONNE, A., CARVALHO, E. F. D. Análise de custos da assistência à saúde aos portadores de diabetes melito e hipertensão arterial em uma unidade de saúde pública de referência em Recife – Brasil. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia. 2011; 55(6).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. [Online].; 2013-2020 [cited 2020 Julho 11]. Available from: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/pessoa-com-deficiencia/cartilha-viver-sem-limite-plano-nacional-dos-direitos-da-pessoa-com-deficiencia/view>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Guia para Prescrição, Concessão, Adaptação e Manutenção de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção. Ministério da Saúde. Brasília, 2019.

SALES, L. M. R., LEITE, R. F. B., COURA, A. S., MUNIZ, C. M. C. Repercussões psicossociais da amputação: concepções de pessoas que as vivenciam. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, vol. 4, núm. 4, 2012.

SOUZA, Y. P., SANTOS A. C. O., ALBUQUERQUE L. C. Caracterização das pessoas amputadas de um hospital de grande porte em Recife (PE, Brasil). J Vasc Bras. 2019;18. <https://doi.org/10.1590/1677-5449.190064>

TAVARES, D. M. D. S., DIAS, F. A., ARAÚJO, L. R., PEREIRA, G. A. Perfil de clientes submetidos a amputações relacionadas ao diabetes mellitus. Revista Brasileira de Enfermagem. 2009; 62(6).

ZANETTI, M. L., OTERO, L. M., FREITA, M. C. F., SANTO, M. A. D., MATTOS, F. P. D., COUR, C. E. B.. Atendimento ao paciente diabético utilizando o protocolo staged diabetes management: relato de experiência. Revista Brasileira em Promoção da Saúde. 2006; 19(4).

---

## **AS CONSEQUÊNCIAS À SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE PÚBLICA NA PANDEMIA DO COVID-19: Uma revisão da literatura**

Maria Clara Kappke Werneck Braga  
Graduanda em Psicologia – Uni-FACEF  
mariaclarakappkewernec@gmail.com

Sofia Muniz Alves Gracioli  
Docente do Curso de Psicologia do UNI-FACEF  
Doutora em Psicologia – FFCL-RP USP  
sofiamuniz@facef.br

Maria de Fátima Alveiro Colares  
Docente e coordenadora do curso de Psicologia UNI-FACEF  
Doutora em Psicologia pela FFCLRP-USP  
mariadefatima@facef.br

Uni-FACEF Centro Universitário Municipal de Franca

### **1. INTRODUÇÃO**

A pandemia do coronavírus mudou o dia-a-dia de milhões de pessoas ao redor do mundo, principalmente daqueles que não puderam cumprir com o isolamento social, pessoas que precisaram continuar trabalhando presencialmente, como foi o caso dos profissionais da área da saúde pública tais como médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, entre outros, que no decorrer deste contexto, estão diariamente, expostos ao contato e a todo momento correndo risco de contaminação pelo vírus.

As dificuldades enfrentadas por esses trabalhadores diariamente são inúmeras, como a falta de insumos, a falta de leitos, entre outros problemas gravíssimos que a saúde pública brasileira vem enfrentando. Nesse sentido, destacamos um componente importante que é a saúde mental destes profissionais. No decorrer do trabalho em saúde, naturalmente são encontradas dificuldades nesta prática, por ser uma área que lida com processos vitais, ou seja, a saúde e a doença. Diversos estudos têm mostrado a importância de um olhar aos cuidadores da saúde, que lidam diariamente com sentimento de impotência e com os limites de atuação profissionais em diversos cenários. Neste sentido, o cuidado com a saúde mental de cuidadores tem sido prevalente e necessário na rotina do trabalho em

saúde. Na atualidade, com o enfrentamento e os desafios originados por conta da pandemia, a exaustão emocional, o estresse no trabalho tem aumentado consideravelmente, tendo a saúde mental e física destes profissionais sendo cada vez mais afetada negativamente, alterando sua atenção, seu comportamento, seus hábitos e suas expectativas diante de uma fase tão caótica vivida pelo mundo todo.

Justifica-se a importância de trabalhar com esse tema por ser um assunto pertinente ao cenário atual e de extrema importância, haja vista o papel desempenhado por estes trabalhadores para o bem estar da população em geral, seja para o combate ao covid-19 ou para a recuperação física e mental da população. Com a saúde mental comprometida, estes profissionais tem sua qualidade de vida e trabalho afetadas o que logo, afeta a vida de milhares de pessoas as quais precisam dos trabalhos prestados pelos indivíduos em questão.

Sendo assim, o objetivo desta revisão teórica é levantar as principais consequências causadas pela pandemia do coronavírus na saúde mental dos profissionais da área da saúde pública e a necessidade de um acolhimento especializado para os mesmos.

A metodologia do presente artigo é uma revisão bibliográfica crítica com uso de artigos científicos e livros na área de conhecimento.

## **2. O CORONAVÍRUS, O COLAPSO DO SUS E A SOBRECARGA DOS TRABALHADORES**

No dia 11 de março de 2020 a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a pandemia do Coronavírus, vírus que surgiu em Wuhan, na China, a priori foi identificado um surto de pneumonia na região sem uma origem conhecida, no último mês do ano de 2019. O agente do covid-19 é o SARS-CoV-2, o vírus foi associado a uma mutação do coronavírus encontrado em morcegos, pela relação com os hábitos alimentares chineses, assim transmitindo para os seres humanos.

A propagação do vírus se dá por gotas ou aerossóis, bem como pelo contato da mucosa com partículas nas superfícies pelas mãos.<sup>2</sup> A doença apresenta espectro clínico variado, desde sintomas leves como uma síndrome gripal (febre, coriza, tosse) até quadros de síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) com evolução fatal. (FARIAS et al., 2020, p. 2)

Devido à grande transmissibilidade, o vírus se espalhou pelo mundo muito rapidamente, em abril de 2020 o número de casos confirmados no mundo estava registrado em 1.133.758. (FARIAS *et al.*, 2020). No Brasil o primeiro caso foi detectado no dia 26 de fevereiro de 2019, ainda antes da declaração da OMS, em abril de 2021, os números contabilizados pelo ministério da saúde são de 14.856.888 casos confirmados, e 411.588 óbitos.

A falta de conhecimento científico sobre o novo vírus gerou um grande assombro na população mundial, mas especificamente para os agentes de saúde brasileiros é um desafio ainda maior a ser enfrentado, pois não se sabe como conter a transmissão do vírus em um país de grande desigualdade social, com populações vivendo em condições precárias de moradia e saneamento, e em situação de aglomeração (CARVALHO; WERNECK, 2020). Dentre as medidas adotadas pelo governo a principal foi o distanciamento social, ou seja, as pessoas que tem condições de ficar em casa, trabalhar em casa, estudar em casa, devem assim fazer, porém essa não é a realidade de boa parte dos brasileiros, evidenciando mais uma vez a desigualdade social presente no país.

Essas situações, a exemplo de outras, mostram que tanto o exercício das atividades laborais quanto as condições de trabalho são fontes potenciais de exposição ao vírus. Por sua vez, esse locus – a situação de trabalho – é território de disseminação da doença. É fundamental entender, portanto, de que maneira as atividades e condições de trabalho podem contribuir para a disseminação e, sobretudo, para o estabelecimento de estratégias para o enfrentamento da pandemia. (JACKSON FILHO *et al.*, 2020, p.1)

Com o distanciamento social os trabalhadores que puderam se adaptaram ao novo normal, o home office, porém como dito anteriormente isso não foi possível para alguns profissionais, principalmente para os da área da saúde, designados de trabalhadores da linha de frente, pois estão encarando face a face o vírus no seu ambiente de trabalho.

Após a aprovação da emenda constitucional de nº95, a qual prevê um teto alto de gastos públicos, e observando as políticas econômicas postas em voga pelo atual governo, os investimentos em saúde e pesquisa estão radicalmente diminuídos (FILHO *et al.*, 2020, p.3), o que diante do momento vivido pela população, acarreta em consequências catastróficas para o SUS, parte disto se pode perceber pela falta de recursos de uso diário nas mais diversas esferas de atendimento ao paciente. O sistema universal de saúde sofre diariamente com a sobrecarga do sistema, com o

passar do tempo e devido ao grande crescimento do número de casos de coronavírus, os leitos foram dia após dia sendo ocupados, até que chegassem a um ponto de inflexão, a superlotação.

Existiram, entretanto, medidas emergenciais afim de evitar que o SUS sofresse o colapso total, como a criação de hospitais de campanha nas capitais, e a utilização de estádios de futebol como um local provisório para a instalação de hospitais de base para o tratamento únicos dos casos de covid-19.

No contexto brasileiro, hospitais de campanha vêm sendo construídos na maior parte das capitais brasileiras, principalmente por meio da cessão de imóveis antes paralisados que têm sido adaptados e reativados, com o intuito de oferecer suporte ao Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da centralização dos casos de infecção moderada ou grave em um centro de referência.<sup>8</sup> Há, ainda, grandes cidades utilizando estruturas de estádios, praças, centro de eventos e estacionamentos para construção rápida dessas estruturas. (FARIAS et al., 2020, p. 3)

As citadas medidas emergenciais foram eficientes até um dado momento, pois com o passar do tempo, o grande aumento no número de casos e o baixo investimento econômico em saúde pública no Brasil não deixaram às sombras os problemas enfrentados diariamente não apenas no período pandêmico, mas anteriormente, dos profissionais que atuam no sistema. Esse fato acarretou na sobrecarga dos trabalhadores, visto que os profissionais, como por exemplo os enfermeiros que segundo Costa (2020) e o esgotamento mental pelas horas de trabalho. Mas isso não abrange apenas os profissionais de enfermagem assim como todos que estão na linha de frente da pandemia, trabalhando diretamente com o espectro – morte e vida- que a pandemia nos escancarou.

As horas excessivas de trabalho postas a esses profissionais são decorrentes da diminuição necessária de mão de obra que se fez nos hospitais para evitar a maior contaminação dos mesmos, tendo em vista que alguns dos profissionais são do grupo de risco para o agravamento da covid-19, ou seja, aqueles que possuem alguma comorbidade, como diabetes, hipertensão, asma, e idosos acima de 60 anos, assim desencadeando a necessidade de horas mais intensivas de trabalho para os que puderam continuar atuando, e uma proatividade por parte de trabalhadores especializados. Porém não só a prevenção da contaminação racionalizou o número de profissionais, mas também a infecção com o

vírus que acometeu boa parte dos trabalhadores os tornando pacientes de seus colegas.

### **3. AS PROFISSÕES NA ÁREA DA SAÚDE: considerações gerais**

A formação nas profissões de saúde, sendo elas, a enfermagem, fonoaudiologia, medicina, nutrição, odontologia, psicologia, entre outras, sofreram grandes mudanças em seus currículos nos últimos anos, sempre se adequando a realidade sanitária e social, hoje essa formação conta com uma interdisciplinaridade, necessária para o entendimento de saúde como um todo, e não apenas como um conceito especializado e pontual a cada formação, além da implicação mais humanitária e social, o que gera um grande crescimento para o profissional em desenvolvimento, e um retorno a sociedade.

Hoje é consensual que a mudança deva incluir a interdisciplinaridade, a mudança de cenários nos quais se realizam as ações educativas para locais mais representativos da realidade sanitária e social, a integração ensino-serviço-pesquisa, a abordagem problematizadora, o compromisso ético, humanístico e social com o trabalho multiprofissional. (GARBIN, et al, 2005, p.3)

Esse rompimento com o modelo clássico de formação do profissional da saúde, trouxe uma perspectiva integrada de trabalho em saúde, tendo em vista quatro eixos de formação, sendo três eixos comuns, que permitem a visualização do ser humano como ser biológico e social, tendo em foco o trabalho em saúde, e um eixo específico, que focaliza nas particularidades de cada curso. O papel da universidade nesse contexto seria o de identificar a problemática local de saúde e desenvolver métodos de resolução, ou seja, a pesquisa e o ensino devem ter impactos na melhora da condição de vida para a população.

A humanização na área da saúde tem como sua essência o entendimento da individualidade, das características do ser, e o respeito por elas, a construção de espaço voltados ao atendimento dos pacientes que legitime o humano das pessoas ali presentes (SIMÕES, *et al.*, 2007). O emprego desse conceito dentro de hospitais, ambulatórios, unidades básicas, entre outras instituições de saúde, tem como desafios a serem superados transformações em diversos âmbitos, políticos, administrativos, e no modo de ver o usuário, deixar de olhar como um sujeito necessitado, para um ser que está exercendo seus direitos de usufruir de um serviço público que prese por sua segurança e saúde.

Dentro da idealização do SUS, existe uma grande possibilidade de uma política de humanização, a garantia de acesso universal, integrado e gratuito a todos, porém ainda existem impedimentos, desafios para que isso vire uma realidade, como as enormes filas de espera a realização de procedimentos médicos, exames, atendimentos, sem levar em conta a falta de equipamentos e a degradação das instalações, evidenciando a discrepância da ideia de humanização com a realidade da saúde pública brasileira. Porém o principal desafio da implementação dessa política de humanização, é a desumanização dos profissionais, que acontece sistematicamente, com as sobrecargas de funções, as múltiplas jornadas, a falta de uma conciliação entre o profissional e o pessoal, o salário baixo e as péssimas condições de trabalho, gerando um desânimo e estresse emocional.

Falar em humanização da assistência em saúde coletiva implica pensar em tornar os serviços resolutivos e de qualidade, tornando as necessidades de saúde dos usuários responsabilidade de todos os atores sociais envolvidos no processo de trabalho. A equipe de saúde deve refletir e discutir como tem sido a sua prática em todos os momentos da relação com o usuário. Da portaria ao consultório, da copa à sala de procedimentos, do jardim à visita domiciliar.<sup>2</sup> Porém, para que se alcance esses objetivos são necessários recursos humanos e materiais suficientes. (SIMÕES, et al., 2007, p.2)

Em relação as profissões da saúde, é possível observar que as mesmas são repletas de desafios do começo ao fim, desde a formação acadêmica, os questionamentos sobre a qualidade de ensino aplicada aqueles que irão lidar direta e indiretamente com a vida de outros seres humanos, passando por um questionamento individual de qualidade aplicada ao trabalho exercido, até em condições estruturais de atendimento e prestação de um serviço humanitário. A atividade laboral desses indivíduos são um contingente de estresse e dilemas diários, evidenciando a importância desses profissionais para toda a sociedade.

#### **4. A SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE DURANTE A PANDEMIA**

Em parâmetros gerais observamos que não é de hoje que os profissionais da saúde sofrem com a exposição a variados estressores psicossociais por conta de suas atividades diárias, como por exemplo, o contato com a dor e o sofrimento, o atendimento de pacientes terminais, o medo de cometer erros, o medo de contrair infecções durante a realização de práticas médicas, o cansaço, o fato de

estar constantemente sob pressão, mas principalmente para a profissão médica essa pressão é ainda maior, e muitas vezes vinda de uma cobrança interna de ser um médico(a) que não falha (MARTINS, 2003), além de muitas vezes estarem lidando com pacientes queixosos, rebeldes, e não aderentes ao tratamento. Os fatores sociais também são influentes pois como dito anteriormente o país vive um cenário de extrema desigualdade social, pessoas vivendo em condições precárias de moradia, alimentação, saneamento básico, e qualidade de vida (CARVALHO; WERNECK, 2020).

Contudo, sabemos das mazelas que o SUS vem enfrentando com crescimento da terceirização e da informalidade da inserção desses profissionais. Pesquisas recentes com categorias essenciais da saúde (médicos e enfermeiros, por exemplo) revelam aumento da carga de trabalho diária e salários baixos. A adoção do multiemprego e o prolongamento da jornada de trabalho semanal é uma realidade em todo o país, seja no setor público ou no privado. O desgaste profissional, o estresse, o adoecimento e os acidentes de trabalho acabam assumindo dimensões insustentáveis. (MACHADO, Maria Helena. 2020, p.2)

Devido a essa crise a saúde mental e física dos profissionais da saúde que estão atuando na linha de frente ao combate do vírus está cada vez sendo mais afetada, não apenas por todos os impasses colocados pela falta de diversos insumos, como pelas horas excedidas de trabalho, e o grande estresse gerado pelo decorrer da situação econômica e sanitária que o país enfrenta. A fonte desse estresse e sobrecarga gerados são relacionados diretamente com a própria natureza da infecção, o grande crescimento de casos e mortes decorrentes da contaminação e a precária condição de repouso (HORTA *et al.*, 2021). Entre tanto é de extrema importância que a saúde mental desses trabalhadores não seja negligenciada, tendo em vista a importância dos mesmos pra a sociedade.

O conceito de saúde mental de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), é um estado de bem-estar no qual o indivíduo é capaz de usar suas próprias habilidades, recuperar-se do estresse rotineiro, ser produtivo e contribuir com a sua comunidade. “O Brasil tem dois patrimônios no âmbito da saúde: o SUS e os mais de 3 milhões e meio de profissionais de saúde que nele atuam” (MACHADO, Maria Helena. 2020, p.1) esses profissionais tem impacto direto no dia a dia da população brasileira, pois ocupam os cargos mais conhecidos como médicos e enfermeiros, até cargos essenciais e menos conhecidos como os agentes

de saúde, que são aqueles que desenvolvem ações de promoção a saúde nas comunidades.

Todos esses profissionais foram incisivamente afetados pela crise sanitária, e é por conta do trabalho dessas pessoas que estamos conseguindo ultrapassar, a pequenos passos, o momento vivido. A saúde dessas pessoa deveria ser de interesse social, visto que esses trabalhadores desempenham cargos que inferem no bem estar da população onde trabalham, porém esse fator não é muito pensado em tempos normais, mas a pandemia do coronavírus evidenciou a necessidade de um maior acolhimento para esses indivíduos, que não deixaram de atuar e zelar pela vida e conforto dos seus pacientes, esses profissionais são chamados de trabalhadores da linha de frente, ou seja, estão na liderando as práticas de enfrentamento e combate ao vírus causador da crise sanitária.

De acordo com um estudo realizado em março de 2021 (HORTA *et al.*, 2021), os maiores sintomas listados são compatíveis com: a síndrome de Burnout; ansiedade; e depressão. A síndrome de Burnout se caracteriza por uma intensa sobrecarga e estresse gerados pelo trabalho do indivíduo, em particular, a síndrome de Burnout, o desgaste emocional é um efeito psicológico negativo gerado pelas condições de trabalho (GARCÍA, 2020).

A ansiedade e a depressão são as mais citadas consequências que esse momento trouxe para os profissionais, a primeira se dá quando o indivíduo passa por um grande estresse emocional decorrente de alguma situação que lhe cause medo ou sentimento antecipado pelo acontecimento da ocasião, “May (1980, apud OLIVEIRA; BATISTA, 2005, p.1) conceitua, é um termo que se refere a uma relação de impotência, conflito existente entre a pessoa e o ambiente ameaçador, e os processos neurofisiológicos decorrentes dessa relação”, pode-se manifestar de maneira fisiológica e cognitiva, sendo a fisiológica a inquietação, hiperatividade, e como cognitiva atenção, e imaginações de possíveis desgraças. Já a depressão é conceituada como uma doença de ordem psíquica que tem como principais sintomas o humor depressivo que segundo Porto (1999) é a sensação de tristeza, autodesvalorização e o sentimento de culpa, a fadiga, a insônia, alterações do apetite, e em alguns casos pensamentos suicidas.

Grandes epidemias desafiam a saúde mental dos profissionais da saúde, com demandas subitamente crescentes de pacientes com quadros graves.

O sofrimento psicológico pode aparecer gradualmente na equipe, e sintomas de estresse pós-traumático aparecem mais tarde e duram muito tempo. A resposta psicológica de trabalhadores da linha de frente na pandemia pode ser complexa e ainda não completamente delineada. (HORTA et al., 2020, p.7).

O estresse pós-traumático pode ser uma das consequências apresentadas a longo prazo pelos indivíduos em questão, o transtorno pode ser desencadeado por várias situações traumáticas, como por exemplo uma ameaça de morte, porém no cenário atual pode acarretar em situações de pânico dentro do ambiente de trabalho, pois estaria diretamente relacionada ao que a pessoa viu ou sentiu lá dentro, porém também pode ocorrer uma crise em qualquer situação similar que a pessoa presencie que a remeta a uma situação vivida durante o trauma.

Para ser diagnosticada como sofrendo de TEPT, a pessoa exposta a um evento traumático deve, segundo o DSM-IV, satisfazer inicialmente as duas partes do critério "A", destacadas: 1. A pessoa vivenciou, testemunhou ou foi confrontada com um ou mais eventos que envolveram ameaça de morte ou de grave ferimento físico, ou ameaça a sua integridade física ou à de outros; 2. A pessoa reagiu com intenso medo, impotência ou horror. (FIGUEIRA, Ivan; e MENDLOWCIZ, Mauro, 2003, p. 2)

Outro problema relatado pelos autores é a insônia que é advinda dessa ansiedade e dos sintomas depressivos, a qualidade do sono é prejudicada por esses transtornos, a inquietação e a preocupação excessiva atrapalham na qualidade e quantidade do sono desses profissionais, o que pode acarretar em um nível alto de estresse como citado anteriormente, e na falta de atenção.

Então é necessário reafirmar que essas possíveis consequências que estão sendo relatadas pelos próprios funcionários da área da saúde pública, são em decorrência tanto da gravidade da situação vivenciada, pelo risco de contaminação, e pela falta de insumos básicos que são necessários para a realização de um trabalho de qualidade, o que promove a sensação de impotência, gerando assim os problemas de saúde mental citados acima, pois é de conhecimento que essas pessoas lidam diretamente com a vida.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O objetivo do presente trabalho foi investigar a partir de uma leitura crítica das obras disponíveis sobre o assunto e discussão dos autores o tema da saúde mental de profissionais da saúde e o contexto da Pandemia. Os resultados

obtidos indicam que as consequências geradas pela pandemia da covid-19 à saúde mental dos profissionais de saúde pública, são inúmeras, mas as principais citadas pelos autores são a ansiedade, sintomas depressivos, a insônia, a síndrome de Burnout e um possível transtorno do estresse pós-traumático, essas são decorrentes do medo de contaminação do próprio indivíduo e dos seus familiares, e da falta de matérias essenciais para a realização do trabalho exercido, como por exemplo a falta de respiradores, e esses estressores influenciam os profissionais nas esferas mais particulares da saúde mental, gerando um cansaço extremo, a sensação de impotência diante das inúmeras mortes e contaminações vistas no dia a dia.

A área da saúde, em sua essência sempre despertou interesse em estudos e ações desta categoria, por serem áreas que lidam o tempo todo com sentimentos que envolvem o processo saúde-doença, esta díade pode promover na vida destes profissionais, sentimentos ambivalentes, de amor e tristeza, questionamentos sobre vida e morte, dentre outros.

O cenário atual da Pandemia, de certa forma, potencializou vários sentimentos e emoções, que já são vivenciados pelos profissionais cotidianamente, no entanto, em situações de calamidade pública, de catástrofe biológica, o cenário da saúde sofre mais consequências do que os demais, acarretando sentimentos diversos na população de usuários, e sem dúvida, nos trabalhadores da saúde.

No geral, parece haver iniciativas de alguns órgãos e de profissionais das áreas de saúde mental, desenvolvendo ações de acolhimento aos profissionais da saúde, suporte emocional dentre outras atividades. No entanto, ainda que se faça algo, parece não ser o suficiente para dar conta das demandas existentes e da exaustão emocional de todos.

A partir da leitura de todo o material encontrado, podemos concluir que a profissão na área da saúde é cheia de desafios, e com a chegada da pandemia do novo coronavírus, vários aspectos da vida dessas pessoas foi atingido, mas principalmente a saúde mental. As possíveis soluções seriam o desenvolvimento de programas contínuos de acolhimento especializado para esses trabalhadores. Neste sentido, cabe as gestões públicas municipais, estadual e federal, uma maior preocupação e envolvimento nestas ações de extrema importância, não apenas para o momento da Pandemia, mas que se institucionalizem em ações permanentes, visto que a Humanização em Saúde, envolve não apenas melhores condições de

tratamento e cuidado a população usuária de sistemas de saúde, mas também implica no cuidado de quem cuida.

## REFERÊNCIAS

BATISTA, N. A. *et al.* Educação interprofissional na formação em Saúde: a experiência da Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada Santista, Santos, Brasil. **Interface**, Botucatu, vol.22, suppl.2, pp.1705-1715. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0693>.

CARVALHO, M. S; WERNECK, G. L. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. **Cad. Saúde Pública**, 2020. Editorial. DOI 10.1590/311x00068820. Disponível em: [cadernos.ensp.fiocruz.br/static/arquivo/1678-4464-csp-36-05-e00068820.pdf](https://cadernos.ensp.fiocruz.br/static/arquivo/1678-4464-csp-36-05-e00068820.pdf). acesso em: 8 mai.2021.

COSTA, D. M. Os desafios do profissional de enfermagem mediante a covid-19. **Gestão & Tecnologia**, Faculdade Delta Ano IX, V. 1 Edição, Jan-Jun 2020. FARIAS, L. A.G, *et al.* O papel da atenção primária no combate ao Covid-19: impacto na saúde pública e perspectivas futuras. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, 2020 Jan/dez.

FIGUEIRA, I; MENDLOWICZ, M. Diagnóstico do transtorno de estresse pós-traumático. **Rev Bras Psiquiatr** 2003.

GARCÍA, A. J. Síndrome de Burnout en personal de salud durante la pandemia covid-19: un semáforo naranja en la salud mental. **Salud UIS**, Vol. 52, Nº. 4, 2020, págs. 432-439. outubro-dezembro de 2020. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7660279>. Acesso em: 12 de mai de 2021.

GARBIN, C. A. S; SALIBA, *et al.* O papel das universidades na formação de profissionais na área de saúde: A formação universitária deve ter como objeto principal a transformação social buscando sempre melhorar os índices de saúde do país. **Revista da ABENO** v6(1) p.6-10

HORTA, R. L. *et al.* O estresse e a saúde mental de profissionais da linha de frente da COVID-19 em hospital geral. **J Bras Psiquiatr**.vol.70 no.1, Rio de Janeiro, Jan/Mar. 2021

JACKSON FILHO, J. M. *et al.* A saúde do trabalhador e o enfrentamento da COVID-19. **Rev. bras. saúde ocup.** vol.45 São Paulo 2020 Epub Apr 17, 2020

MACHADO, M. H. Profissionais de saúde em tempos de Covid-19. Opinião. Rio de Janeiro: Fiocruz/Agência Fiocruz de Notícias, 2020. 3 p. il.

MARTINS, L.A. N. Saúde Mental dos Profissionais de Saúde. **Rev. Bras. Med. Trab.**, Belo Horizonte. Vol.1. nº1. P.56-68. Jul-Set. 2003

OLIVEIRA, S. M. S. S; BATISTA, M. A. Sintomas de ansiedade mais comuns em adolescentes. **Psic** v.6 n.2 São Paulo dez. 2005

PORTO, J. A. D. **Conceito e diagnóstico.** Rev. Bras. Psiquiatr. vol.21 s.1, São Paulo May 1999

SIMÕES, A. L.; RODRIGUES, F. R.; TAVARES, D. M. S; RODRIGUES, L. R.  
Humanização na saúde: enfoque na atenção primária  
enferm. vol.16 no.3 Florianópolis July/Sept. 2007.

## **ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS, SOCIODEMOGRÁFICOS E DIAGNÓSTICOS DA SÍFILIS ADQUIRIDA PRIMÁRIA EM FRANCA EM UMA ANÁLISE TEMPORAL ENTRE 2011 E 2020**

Simone Assunção Santos  
Graduando em Medicina – Uni-FACEF  
Simoneasantos.ss@gmail.com

Maria Auxiliadora Mancilha Carvalho Pedigone  
Mestra em Medicina Tropical – UFMG  
doramancilha@gmail.com

Uni-FACEF Centro Universitário Municipal de Franca

### **1. INTRODUÇÃO**

A Sífilis é uma doença bacteriana infectocontagiosa e curável e que, quando não tratada precocemente pode evoluir para formas mais graves com sequelas irreversíveis a longo prazo. (SINÉSIO TALHARI, SARDILHA e CORTEZ, 2015; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020)

A denominação sífilis surgiu a partir de um poema de Girolamo Fracastoro, intitulado Syphilis sive morbus gallicus (Sífilis ou mal gálico), escrito em 1530, que descreve um rico e bonito pastor, Syphillus, que adquiriu a doença repulsiva (sífilis) como pena por ter blasfemado contra o Deus Sol. (SINÉSIO TALHARI, SARDILHA e CORTEZ, 2015)

É causada pelo *Treponema pallidum* (*T. pallidum*), tendo sido descoberta em 1905 por Fritz Schaudinn e Erich Hoffman, sendo este o agente etiológico da sífilis. É uma bactéria gram-negativa do grupo das espiroquetas, suas características de motilidade, habilidade de aderir às células e quimiotaxia contribuem para sua virulência e extrema capacidade de invasão, fixação às superfícies celulares e penetração nas junções endoteliais e nos tecidos. (SINÉSIO TALHARI, SARDILHA e CORTEZ, 2015)

O curso natural da doença não tratada consiste em fases sintomáticas entremeadas por períodos assintomáticos, sendo dividida em: sífilis primária, sífilis secundária, sífilis latente, e sífilis terciária. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020; HARMON e ROBERTSON, 2019) A sífilis primária e secundária são as mais

transmissíveis pois costumam apresentar-se com lesões ricas em treponemas, que conferem alta transmissibilidade, característica que posteriormente é reduzida de forma gradativa com a progressão da doença. (HARMON e ROBERTSON, 2019; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020)

É uma doença exclusiva do ser humano, sua transmissão ocorre predominantemente pelo contato sexual, ou seja, pelo contato direto com uma lesão rica em treponemas, ocorrendo também por transmissão vertical e, mais raramente, por transfusão sanguínea. (HARMON e ROBERTSON, 2019). A capacidade de disseminação da sífilis na população depende em parte do número de parceiros sexuais de uma pessoa infectada. As taxas de transmissão da sífilis são muito limitadas e variam amplamente as estimativas por ato sexual e por parceria. A taxa geral de transmissão aumenta com o número de parceiros que um indivíduo tem e aumenta a probabilidade de transmissão e disseminação generalizada em toda a população. Esta taxa tem sido estimada em cerca de 20% a 30% por ato sexual, com base no contato com uma lesão infecciosa. (SCHMIDT, CARSON e JANSEN, 2019) Assim, após a bactéria penetrar pela pele ou mucosas, ela atinge a corrente sanguínea e os vasos linfáticos disseminando-se rapidamente e iniciando o período de incubação, que tem duração média de 3 semanas, podendo durar entre 10 e 90 dias. (SINÉSIO TALHARI, SARDILHA e CORTEZ, 2015; HARMON e ROBERTSON, 2019)

Após a incubação inicia-se a sífilis primária começando com uma mácula, que evolui para pápula e rapidamente se transforma em uma lesão ulcerada, rica em treponemas, também chamada de cancro duro que, em geral, é única e indolor, com cerca de 0,5 a 1cm, base endurecida, borda definida e regular, fundo limpo e raso e acompanhada de linfadenopatia regional. Sua localização ocorre de acordo com o local de entrada da bactéria, com isso, diferenciando-se nos sexos, sendo nos homens mais comum no sulco balanoprepucial, no prepúcio e na glândula e, nas mulheres, no canal vaginal, no colo uterino, nos grandes e pequenos lábios, na uretra e no períneo; nos homossexuais a lesão pode ser encontrada no ânus e no reto. Em 15% a 30% dos casos o cancro não é percebido pelo paciente ou pode ser atípico, simulando cancro mole, herpes simples, piodermite e úlceras traumáticas, o que dificulta seu diagnóstico e o faz ser chamado de “o grande imitador”. Pode ser acompanhada de linfadenopatia regional, acometendo

linfonodos próximos ao cancro, com volume aumentado e localização unilateral. Quando não tratado, persiste por 3 a 8 semanas, desaparecendo espontaneamente após esse período independente da realização de tratamento. (SINÉSIO TALHARI, SARDILHA e CORTEZ, 2015; HARMON e ROBERTSON, 2019; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020)

A sífilis secundária surge em média 6 semanas a 6 meses após a cicatrização do cancro duro, sendo comum o paciente apresentar-se com sintomas inespecíficos como febre baixa, mal-estar, cefaleia e adinamia. No início apresenta-se com erupção macular eritematosa (“roséola sifilítica”), lembrando quadro alérgico ou viral, pouco visível, principalmente em tronco e raiz dos membros. Gradualmente, evolui para lesões cutâneas mais evidentes, papulo-eritemato-acastanhadas, podendo atingir todo o tegumento, sendo mais frequentes nos genitais, e, no geral, acometendo região plantar ou palmar, com um colarinho de escamação característico, em geral não pruriginoso, sendo muito sugestivos de sífilis secundária. Mais adiante pode afetar superfícies mucosas, tornando-se extremamente contagiosas. Em 3 a 7% dos pacientes ocorre alopecia em clareiras do couro cabeludo, barba, sobrancelhas e maldarose, podendo consistir nos únicos sinais do estágio secundário. Assim como na fase primária, desaparece em algumas semanas, independente de tratamento, levando o paciente a acreditar em uma possível cura, progredindo para a fase latente e possivelmente para a fase terciária. (SINÉSIO TALHARI, SARDILHA e CORTEZ, 2015; HARMON e ROBERTSON, 2019; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020)

Na fase latente não se observa nenhum sinal ou sintoma, porém 25% dos pacientes podem intercalar lesões de secundarismo com períodos de latência. É dividida entre latente precoce e tardia. A fase latente precoce é considerada a que ocorre em até 1 ano do início do período assintomático considerada infecciosa e com boa resposta ao tratamento, e a fase latente tardia ocorre após esse período, quando não é mais considerada contagiosa e não apresenta boa resposta ao tratamento. A maioria dos diagnósticos de sífilis ocorrem neste estágio, e se fazem exclusivamente pela positividade dos testes treponêmicos e não treponêmicos. (HARMON e ROBERTSON, 2019; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020)

Quando não tratada, cerca de 35% das pessoas irão progredir para a cura espontânea, outras 35% permanecem latentes por toda a vida, e o restante irá

progredir para sífilis terciária. A fase terciária é um processo sistêmico e pode ser fatal, que inicia-se após um período variável de latência, podendo surgir entre meses após a latência em indivíduos imunocomprometidos e entre 3 a 30 anos nos demais. A inflamação da doença nessa fase provoca destruição tecidual com comum acometimento cutâneo, neurológico e cardiovascular. (SINÉSIO TALHARI, SARDILHA e CORTEZ, 2015; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020)

A sífilis é incluída entre as infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) curáveis, assim como as infecções genitais por clamídia, gonorréia e tricomoníase, e são consideradas uma epidemia global. Na última estimativa de 2016, realizada pela OMS, ocorria mundialmente 376,4 milhões de novos casos de ISTS por ano, mais de 1 milhão por dia entre pessoas de 15 a 49 anos e, desse total, a sífilis representa 6,3 milhões. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018)

A sífilis é descrita desde o século XV quando os países culpavam os países vizinhos por levar a sífilis às suas fronteiras. Até o século XX esta doença se espalhou pelo mundo sem tratamento eficaz, porém em 1928, Alexandre Fleming, bacteriologista, descobriu a penicilina, antibiótico usado desde 1943 como tratamento de primeira escolha para a sífilis. Porém, mesmo com o tratamento eficaz descoberto, sua eliminação é barrada por fatores sociais, falta de recursos, longo período de incubação e múltiplos estágios de evolução que dificultam o diagnóstico. (HARMON e ROBERTSON, 2019) . Assim sendo, a lues continua sendo um importante problema de saúde global mesmo com a eficácia do tratamento. A maioria dos testes de diagnóstico disponíveis carecem de sensibilidade em alguns estágios da sífilis e carecem de especificidade em algumas populações. (SINGH e ROMANOWSK, 1999) Considerada uma doença da antiguidade, a sífilis ainda hoje é uma preocupação global, pois embora seja facilmente identificável e tratável, suas taxas de infecção continuam a aumentar entre populações-chaves nos países de alta renda e permanecem em níveis endêmicos nos países de baixa e média renda. (KOJIMA e KLAUSNER, 2018; HARMON e ROBERTSON, 2019)

Nos Estados Unidos (EUA), em meados dos anos 90, acreditou-se que era possível a eliminação da sífilis, em especial da sífilis primária e secundária

(P&S), devido a uma taxa historicamente baixa de novos casos, levando à criação de estratégias para sua diminuição até 2005. Ao contrário do esperado, entre 1998 e 2016 foi relatado um aumento de 300% nos casos de (P&S) e, entre os motivos, estavam a necessidade de maior conhecimento da doença e de seus fatores por parte dos profissionais de saúde. (HARMON e ROBERTSON, 2019) Porém, houve outro fator importante: a redução de 9,6% do orçamento nos últimos 14 anos, fazendo com que os programas estaduais e locais de saúde pública relatassem redução de serviços no âmbito das ISTs. (PHILIP e BERNSTEIN, 2018) Contudo, isso não ocorreu somente nos EUA; no geral, os países de alta renda reduziram os orçamentos destinados aos programas de ISTs e aos sistemas de vigilância em saúde pública, minando os esforços de eliminação e controle dessa doença. (KOJIMA e KLAUSNER, 2018)

Devido a todo esse contexto, foi criada a Estratégia Global de IST da OMS, com o objetivo de tornar o fim dessa epidemia uma realidade, reconhecendo que há dados limitados sobre as ISTs, o que compromete sua eliminação, e que há a necessidade de foco prioritário na busca de melhores dados sobre a carga de ISTs por sexo, faixa etária e populações-chave. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016; KOJIMA e KLAUSNER, 2018).

O Sul e Sudeste Asiáticos foram apontados como sendo os locais onde ocorreram o maior número dos casos desta doença, com 5,8 milhões, enquanto outros 3,5 milhões de casos ocorreram na África Subsaariana. Ocupações tais como dirigir caminhões de longa distância e trabalho sexual comercial, presença de outras doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), falta de circuncisão masculina e nível de educação são alguns fatores associados a uma alta prevalência de sífilis. Foi relatado que motoristas africanos de longa distância têm taxas de sífilis tão altas quanto 15%, enquanto profissionais do sexo têm taxas que variam de 23 a 47% no Norte da África e no Oriente Médio. (SINGH e ROMANOWSK, 1999)

Assim, as populações-chave são categorizadas por mulheres profissionais do sexo (MPS), usuários de drogas endovenosas, homens que fazem sexo com homens (HSH) e mulheres trans. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019) . As populações-chave têm alto risco de exposição às ISTs, e são priorizadas com o objetivo de aumentar a prevenção e o tratamento, além de compreender suas

redes sexuais para direcionar efetivamente os esforços de controle para interromper a transmissão de ISTs na população geral, uma vez que a infecção pode se espalhar para populações com comportamento de baixo risco por meio do contato com membros do grupo principal em que ocorre alta transmissão. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019).

Ademais, nos EUA, reconhece-se que as atuais estratégias de saúde para prevenção da sífilis não estão mais funcionando para certas populações, incluindo HSH, necessitando urgentemente de novas abordagens porque complicações da doença, entre elas a perda da visão, têm aumentado. Diante disso, uma das propostas levantadas é a utilização de dados epidemiológicos eletrônicos, atualizados constantemente, para informar as prioridades dos programas de maneira mais eficaz, ajudando a visualizar onde implantar recursos de maneira mais imediata. (PHILIP e BERNSTEIN, 2018). Além disso, foram feitos estudos sobre a vacinação contra a sífilis, os quais ainda se encontram em fase de pesquisa básica / pré-clínica. O regime de vacina consistia em 60 injeções endovenosas administradas ao longo de 37 semanas, o que não seria custo-efetivo ou viável em humanos, embora a imunidade protetora em coelhos tenha sido demonstrada como possível, por meio dessa vacina desenvolvida por Miller et al em 1973, 76,78. Houve recentemente algum progresso encorajador na identificação e caracterização de proteínas da membrana externa. (SCHMIDT, CARSON e JANSEN, 2019)

Há de ser destacada também, no Brasil, a ausência/deficiência de políticas públicas de educação sexual para a população mais jovem, outro fator de propagação de doenças, sendo a diminuição no uso de preservativos nas relações sexuais casuais um dos dados apresentados pelo Ministério da Saúde. (GARBIN, 2019) No Brasil a sífilis é uma doença reemergente e, assim como nos outros países, também se configura como um desafio para a saúde pública. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019; GARBIN, 2019). Inicialmente a sífilis congênita foi incluída, em 1986, no quadro de doenças de notificação compulsória, seguida pela inclusão da sífilis gestacional em 2005. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986) (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005) Porém, somente em 2010 a sífilis adquirida foi incluída, ressaltando a necessidade do conhecimento dos seus casos, já que não havia a obrigatoriedade de comunicação oficial às autoridades. (BRASIL.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010) No período de 2010 a junho de 2019, foram notificados no Sinan um total de 650.258 casos de sífilis adquirida no Brasil. Entre 2010 e 2018, houve um aumento de quase 4.000% na incidência de sífilis adquirida, passando de 3.929 no ano de 2010 para 158.051 casos no ano de 2018. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019) Esse aumento no número de casos pode ter sido causado pela obrigatoriedade da notificação, pois os serviços que já realizavam o diagnóstico da doença começaram a notificar os casos ao Sistema Nacional de Notificação de Doenças (SINAN), levando a crer que o aumento da incidência possa ser devido ao maior número de notificações, em vez de um aumento real no número de casos. Houve também aumento da distribuição de testes rápidos para estados e municípios para a detecção da doença, o que pode também ter contribuído para esse aumento. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). A prevenção dependerá do desenvolvimento de estratégias eficazes e exigirá esforços das áreas médica e de saúde pública, juntamente com os membros da comunidade em conjuntos. Em relação à redução permanente e bem-sucedida da incidência da sífilis só pode ser possível por meio de avanços biomédicos, como uma vacina eficaz. (SCHMIDT, CARSON e JANSEN, 2019)

Para a avaliação, definição diagnóstica correta, e realização de tratamento adequado da sífilis, é necessário correlacionar uma avaliação clínica meticulosa, através de uma anamnese com informações referentes ao risco de infecção por via sexual recente e histórico de infecções passadas, aliadas ao exame físico com a observação da presença de sinais e sintomas da sífilis e resultados de testes laboratoriais. Esses testes também podem ser realizados em pacientes assintomáticos, sendo que em ambos os casos o diagnóstico só é confirmado a partir de exames laboratoriais. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020)

Para a confirmação do diagnóstico, o Ministério da Saúde, de acordo com o último PCDT de IST de 2020, orienta que os testes sejam iniciados através do teste treponêmico, e se este for reagente, deve ser realizado em seguida o teste não treponêmico. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020)

Porém, além destes testes, há opção de exames diretos. Sendo assim, os métodos de diagnóstico divididos em dois grupos: (I) Exame direto e (II) Testes diagnósticos:

- I) Exames diretos possuem possibilidade de pesquisa ou detecção do *T. pallidum* em amostras coletadas diretamente das lesões ricas em espiroquetas e analisadas por Exame de Campo Escuro (teste mais eficiente para diagnóstico direto) ou Pesquisa Direta com Material Corado (todos os métodos com sensibilidade inferior ao exame de campo escuro), sendo o primeiro com sensibilidade de 71% a 100%, porém com baixa sensibilidade para lesões com menor carga treponêmica, além de não serem realizados em lesões orais ou potencialmente contaminadas por fezes. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016; FORRESTEL, KOVARIK e KATZ, 2020) Este método pode não estar disponíveis em países de baixa renda e / ou nos que utilizam testes imunológicos para o diagnóstico, pois requerem microscópio e profissional treinado. (STAMM, 2016; FORRESTEL, KOVARIK e KATZ, 2020)
- II) Testes imunológicos: possibilidade de detecção de anticorpos antitreponêmicos, na maioria dos casos, a partir de 10 dias do aparecimento do cancro duro. São divididos em (a) testes treponêmicos, que detectam anticorpos específicos (geralmente IgM e IgG) produzidos contra os antígenos ou componentes celulares do *T. pallidum*, sendo os primeiros a se tornarem reagentes, e em (b) testes não treponêmicos, que detectam anticorpos anticardiolipina não específicos para os antígenos do *T. pallidum*, permitindo análise qualitativa e quantitativa dos anticorpos. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016; FORRESTEL, KOVARIK e KATZ, 2020)

## **2. OBJETIVOS DA PESQUISA**

### **2.1. Objetivo Geral**

Analisar os dados da ficha de notificação compulsória de sífilis adquirida primária do município de Franca- SP no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2020, analisando sua prevalência e os fatores determinantes para ocorrência da doença, contribuindo com as estratégias de prevenção e consequente redução do número de casos.

## **2.2. Objetivo Específicos**

- Quantificar os casos de Sífilis Adquirida Primária e sua prevalência no município de Franca- SP no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2020.
- Analisar as características sociodemográficas e socioeconômicas: idade, sexo, raça/cor, residência (urbana ou rural), escolaridade, ocupação;
- Analisar os antecedentes fisiológicos pessoais e hábitos de vida: comportamento sexual e gestação;
- Analisar os antecedentes patológicos: antecedentes de sífilis e tratamento;
- Analisar os resultados dos exames laboratoriais: testes treponêmicos, não treponêmicos e sua titulação;
- Analisar as fichas de notificação para avaliar a ocorrência de uma possível estabilização após a obrigatoriedade da notificação e do aumento da distribuição de testes rápidos.
- Contribuir para elaboração de programas/estratégias de prevenção mais seguros e eficazes
- Comparar os dados de prevalência das fichas de notificação compulsória de sífilis adquirida primária do município de Franca com os dados epidemiológicos de prevalência do Estado de São Paulo, do Brasil e do mundo, principalmente nos países mais atingidos.

## **2.3. Metodologia e aspectos éticos da pesquisa**

Trata-se de um estudo observacional, analítico, descritivo, transversal e retrospectivo a ser realizado através da análise das fichas de notificação compulsória de Sífilis Adquirida liberadas pelo Grupo de Vigilância Epidemiológica XVIII (GVE XVIII- Franca, São Paulo), que foram previamente lançadas no Sistemas de Informação de Agravos de Notificação- SINAN- no período entre 2011 e 2020.

O projeto já submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro Municipal de Franca com autorização da Diretora Técnica de Saúde II da GVE XVIII, e aprovado sob o parecer número 4.851.230, no qual foi dispensada a utilização do termo de consentimento livre e esclarecido, uma vez que dados

peçoais e de identificação não foram utilizados, e foi garantida a não exposição e o sigilo de informações pessoais obtidos durante a pesquisa.

A coleta de dados contemplará dos seguintes tópicos: identificação (sexo, idade, raça/cor, escolaridade, ocupação), dados clínicos e epidemiológicos (gestação, comportamento sexual, antecedentes de sífilis, tratamento realizado, classificação clínica), dados laboratoriais (teste não treponêmico e treponêmico, titulação) e classificação final do caso. Os dados coletados serão armazenados em software Microsoft Excel, na forma de planilhas para análise epidemiológica e estatística.

A revisão da literatura, que possibilitará a análise comparativa dos dados obtidos neste trabalho entre os dados do Brasil e do Mundo, será realizada através do levantamento de artigo por meio de busca nas bases de dados SCIELO, LILACS, OMS e CDC com os descritores “sífilis”, “sífilis adquirida” e “sífilis adquirida primária”, nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola publicados principalmente nos últimos 10 anos.

#### **2.4. Critérios de inclusão e exclusão**

Serão incluídos pacientes com sífilis adquirida primária, diagnosticados entre janeiro de 2011 e dezembro de 2020, e serão excluídos pacientes que não tenham tido diagnóstico confirmado de Sífilis Adquirida Primária.

#### **2.5. Riscos e Benefícios**

Será garantida a não exposição e não identificação de informações pessoais obtidas durante a pesquisa, dessa maneira, oferecendo riscos mínimos de exposição dos dados pessoais dos pacientes.

O estudo tem como objetivo o maior conhecimento acerca dos fatores epidemiológicos implicados na Sífilis Adquirida Primária, em Franca, no Brasil e no Mundo, de forma a contribuir para a implementação de políticas públicas atualizadas para prevenção e diagnóstico, uma vez que, atualmente, é considerada uma epidemia mundial com incidência crescente.

### **3. RESULTADOS PARCIAIS**

---

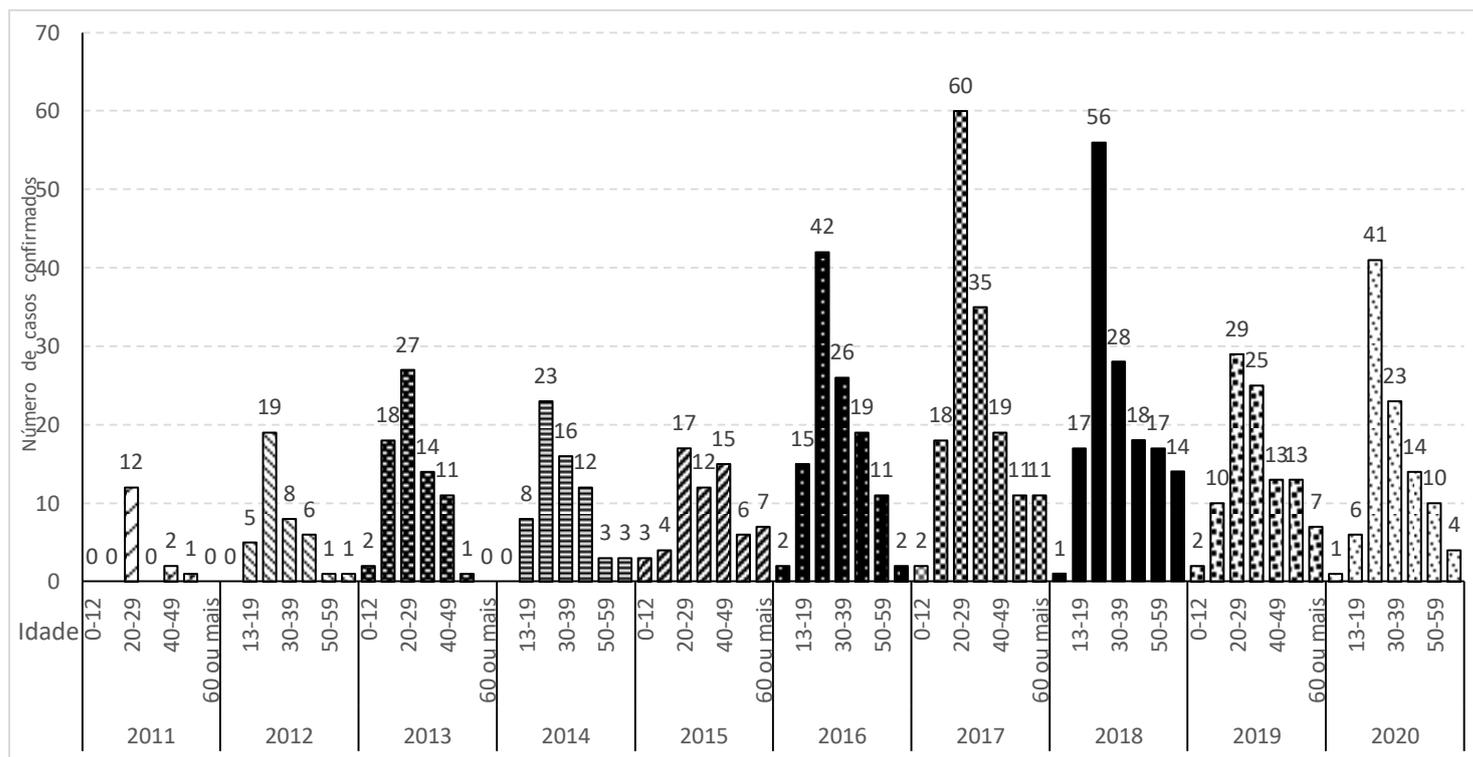
No período de 2011 a 2020 foram notificados, no total, 1052 casos suspeitos de sífilis no município de Franca, interior de São Paulo, sendo, dentre esses, 17 descartados, 149 inconclusivos e ,em 7 não havia qualquer anotação sobre a classificação final do caso, totalizando 879 casos confirmados durante esses anos. A faixa etária prevalente em todos os anos foi dos 20-29 anos, 321 casos. como mostra o quadro 1, representando 36,5% dos casos relatados para todas as faixas etárias, em seguida encontra-se a faixa etária de 30-39 anos, com 187 casos ( 21,3%), e o menor número de notificações ocorreu em crianças abaixo de 12 anos, como demonstrado no quadro 1 e gráfico 1. Dentre os 13 casos de sífilis em crianças menores de 12 anos, incluem-se 9 recém nascidos e 1 com 1 ano de idade os quais foram considerados como portadores de sífilis congênita. No tocante à cor/etnia houve predomínio da raça branca, 54,5% dos casos, pardos 20%, negros 8,9%, indígenas e amarelos ambos com 0,1%.

**Quadro 1. Número total de casos de sífilis notificados por faixa etária, no período de 2011 a 2020**

| Idade (anos) | Nº de casos | Porcentagem |
|--------------|-------------|-------------|
| 0 - 12       | 13          | 1,5%        |
| 13 - 19      | 106         | 12,1%       |
| 20 - 29      | 321         | 36,5%       |
| 30 - 39      | 187         | 21,3%       |
| 40 - 49      | 129         | 14,7%       |
| 50 - 59      | 74          | 8,4%        |
| 60 ou mais   | 49          | 5,5%        |
| Total        | 879         | 100,0%      |

Fonte: Informações fornecidas pelo Grupo de Vigilância XVIII-Franca.

**Gráfico 1 - Incidência de casos confirmados de sífilis por faixa etária por ano.**

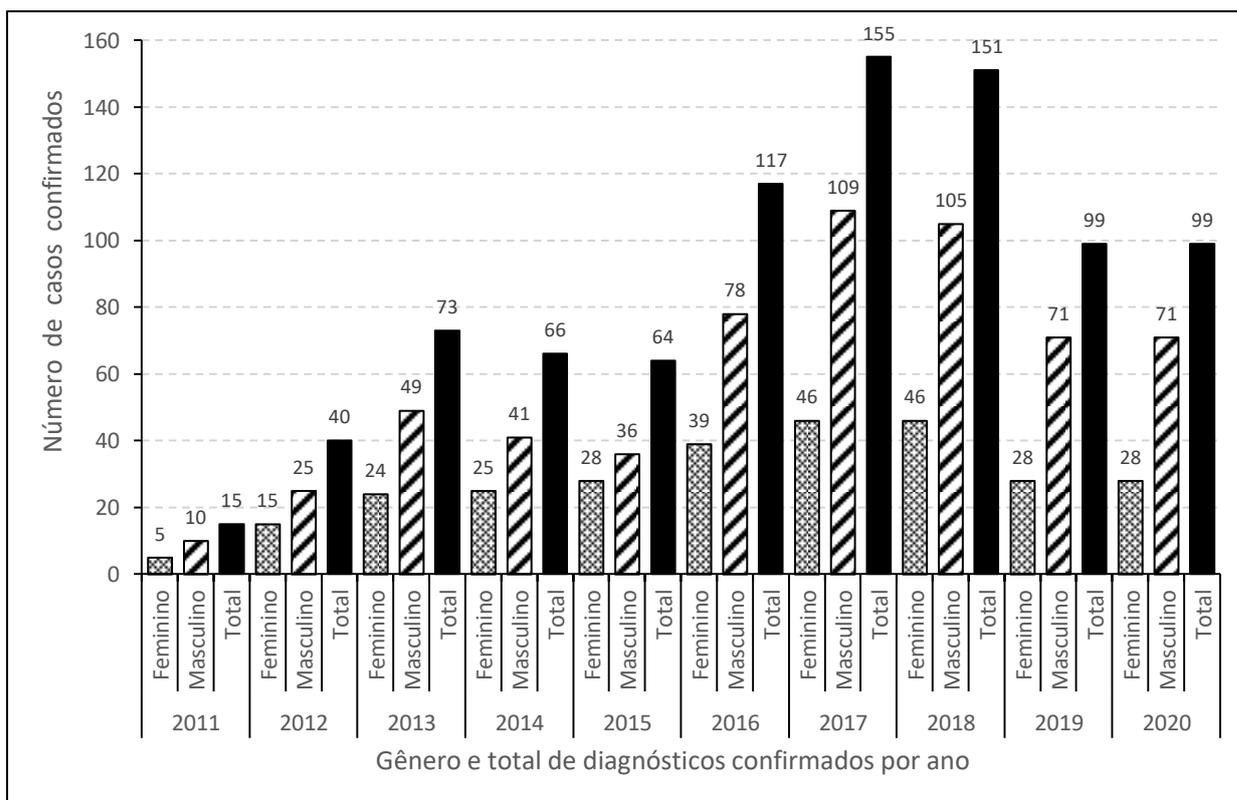


Fonte: Informações fornecidas pelo Grupo de Vigilância XVIII-Franca

Foi observado que a incidência de sífilis no município de Franca aumentou consideravelmente após o ano de 2015, com crescimento acelerado, passando de 64 em 2015 para 117 casos no ano de 2016, aumento de 82,8%, tendo sido notificados acima dos 99 casos no anos subsequentes. Em visão analítica geral, do período de 10 anos, o número de casos ocorridos em 2011, 15, saltou para 99 no ano de 2020, um aumento de 560%, registrando pico no ano de 2017, com 155 casos.

Em relação ao sexo masculino e feminino, foi notório observar, como mostra o gráfico 2 abaixo, que no sexo masculino houve o maior número, 595 casos, 67,6% e no sexo feminino 284, 32,4%, havendo 15 gestantes, 5,2%, dentre as 284 mulheres.

**Gráfico 2 - Incidência de sífilis por ano – total e por gênero.**



**Fonte:** Informações fornecidas pelo Grupo de Vigilância XVIII-Franca.

Foi observado que 1% dos casos notificados, 9 casos, mostravam a relação da aquisição da doença ao trabalho, sendo estes profissionais do sexo.

Dentre as informações que fazem parte da ficha de notificação compulsória de Sífilis Adquirida e, inicialmente programadas para serem estudadas, muitas não foram analisadas porque, embora houvesse um campo designado para seu registro, inúmeras informações não foram registradas pelo responsável por seu preenchimento, e não constavam na planilha fornecida pelo GVE XVIII- Franca, tais como: a fase da doença (primária, secundária ou terciária), residência (urbana ou rural), ocupação, comportamento sexual, antecedentes de sífilis e tratamento prévio, os resultados dos exames laboratoriais: testes treponêmicos, não treponêmicos e sua titulação;

#### 4. CONCLUSÃO

Após a realização parcial desta pesquisa, pôde ser evidenciado o quão reemergente é a Sífilis Adquirida e o quanto suas referências e artigos científicos são escassos, visto que a maior parte das pesquisas sobre Sífilis tem como foco e concentração na Sífilis Congênita; Portanto, faz-se necessário aumentar a produção científica sobre Sífilis Adquirida, principalmente a primária e secundária. Durante o processo inicial de análise do resultados coletados, também foi notória a escassez e mesmo ausência das informações que foram propostas nos objetivos desta pesquisa, as quais, muitas vezes, não foram anotadas ou inquiridas pelos preenchedores das fichas de notificação compulsória. Portanto, faz-se, também necessário maior treinamento e cobrança mais rigorosa no preenchimento adequado das mesmas, pois os dados lá constantes poderiam corroborar com o fornecimento de informações que contribuam e expliquem as alterações no cenário da doença, informações essas que podem ser usadas para o desenvolvimento de programas e políticas públicas para implementar estratégias de promoção, prevenção e adaptação dos serviços, com foco nas populações mais afetadas. Por fim, não foi possível, ainda, realizar a discussão dos resultados parciais já obtidos, já que o estudo ainda não foi finalizado, e os resultados finais ainda passarão por análise estatística e, posteriormente, serão comparados com os dados disponíveis na literatura científica.

#### REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº. 542, DE 22 DE DEZEMBRO DE 1986, 1986.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 33, DE 14 DE JULHO DE 2005, 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 2.472, DE 31 DE AGOSTO DE 2010, 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 10-46 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sífilis 2019. **Boletim Epidemiológico**, 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Vigilância em saúde no Brasil 2003|2019: da criação da Secretaria de Vigilância. **Boletim Epidemiológico**, p. 96-97, 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), Brasília, p. 55-65, 2020.

FORRESTEL, A. K.; KOVARIK, C. L.; KATZ, K. A. Sexually acquired syphilis: Laboratory diagnosis, management, and prevention. **J Am Acad Dermatol**, v. 82, n. 1, p. 17-28, 2020.

GARBIN, A. J. I. E. A. Reemerging diseases in Brazil: sociodemographic and epidemiological characteristics of syphilis and its under-reporting. **Journal of the Brazilian Society of Tropical Medicine**, Uberaba, v. 52, 2019.

HARMON, E. D.; ROBERTSON, E. W. Sífilis. **The Nurse Practitioner**, v. 44, n. 8, p. 21-28, 2019.

KOJIMA, N.; KLAUSNER, J. D. An Update on the Global Epidemiology of Syphilis. **Current Epidemiology Reports**, v. 5, n. 1, p. 24-38, 2018.

PHILIP, S. S.; BERNSTEIN, K. T. Syphilis Is (Still) Here: How Must Sexually Transmitted Disease Public Health Programs Adapt? **Sexually Transmitted Diseases**, v. 45, n. 9S Suppl 1, p. S63-S64, September 2018.

SCHMIDT, R.; CARSON, P. J.; JANSEN, R. J. Resurgence of Syphilis in the United States: An Assessment of Contributing Factors. **SAGE JOURNALS**, v. 12, p. 1-9, 2019.

SINÉSIO TALHARI, S.; SARDILHA, J. C. G.; CORTEZ, C. C. T. Sífilis. In: FOCACCIA, R. **Tratado de infectologia**. São Paulo: Editora Atheneu, v. 2, 2015. p. 1543-1550.

SINGH, A. E.; ROMANOWSK, B. Syphilis: Review with Emphasis on Clinical, Epidemiologic, and Some Biologic Features. **CLINICAL MICROBIOLOGY REVIEWS**, v. 12, n. 2, 1999.

STAMM, L. V. Syphilis: Re-emergence of an old foe. **Microbial cell**, Graz, Austria, v. 3, n. 9, p. 363-370, 27 Junho 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Report on global sexually transmitted infection surveillance 2015. **World Health Organization**, p. 24-27, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. GLOBAL HEALTH SECTOR STRATEGY ON SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS, 2016–2021. **World Health Organization**, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Report on global sexually transmitted. **World Health Organization**, p. 19-22, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Progress report on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, 2019. **World Health Organization**, 2019.

## **ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE FRANCA/SP**

Ana Carolina Duarte  
Graduando em Enfermagem – Uni-FACEF  
ana\_cduarte@outlook.com

Lívia Maria Lopes Gazaffi  
Doutora em Ciências – Uni-FACEF  
liviamalopes@gmail.com

Uni-FACEF Centro Universitário Municipal de Franca

### **1. INTRODUÇÃO**

Com o processo de mudanças da saúde pública no Brasil se viu a necessidade de criação de um Sistema Único de Saúde (SUS) para a população brasileira. O SUS é uma política pública, delineada na VIII Conferência Nacional de Saúde que se construiu e se institucionalizou a partir de amplo debate na sociedade brasileira, estimulado pelo movimento sanitário, sendo acolhido parcialmente na Constituição Federal de 1988. Trata-se de um experimento social, cujos avanços são inquestionáveis, mas que ainda enfrenta enormes desafios. Mesmo com tantos desafios, o Brasil representa o único país do mundo com mais de cem milhões de habitantes que mantém um sistema de saúde público, universal, integral e gratuito, que é baseado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade (MENDES, 2011).

O sistema enfrenta uma transição demográfica acelerada, se expressa por uma situação de tripla carga de doenças - doenças infecciosas e carências; a carga importante de causas externas e a presença hegemônica de condições crônicas. Essa situação mostra que um sistema de atenção à saúde ainda fragmentada, reativa, episódica e voltada prioritariamente para o enfrentamento das condições agudas e das agudizações das condições crônicas, em que o hospital é lócus privilegiado do modelo assistencial não será suficiente para atender a população de forma integral (MENDES, 2011).

Como estratégia de enfrentamento de tal realidade e de sustentação do SUS, a Atenção Primária à Saúde (APS) vem adquirindo reconhecimento e

responsabilidades crescentes, ao ser considerado como porta de entrada do sistema e articuladora e coordenadora das redes de atenção à saúde. A APS no Brasil foi constituída a partir da Alma-Ata, com o objetivo de oferecer cuidados primários com métodos apropriados, cientificamente comprovados e aceitáveis. É definida em formato abrangente, compreendendo ações de promoção e prevenção de agravos, riscos e doenças, diagnósticos, tratamento e reabilitação da saúde. (MELO, 2018).

A partir das experiências dos cuidados primários foram desenvolvidas em todo país e serviram como precursoras de ações. No início da década de 1990, foram instituídos dois programas, o Programa de Agentes Comunitários de saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF) que passou a ser Estratégia Saúde da Família (ESF), em 2006, o que foi considerado o marco de uma nova proposta nacional para reestruturar o sistema e o modelo assistencial do SUS (MELO, Eduardo Alves et al, 2018).

As ações de promoção de prevenção e de acesso ao sistema devem se dar de forma privilegiada no âmbito do nível da APS, sobretudo por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Nesse cenário, sistemas do mundo inteiro têm investido na mudança dos modelos assistenciais, haja vista o alto custo dos serviços de média e de alta complexidade e a pouca resolutividade dessas intervenções. Na gestão e/ou na execução das práticas assistenciais, educativas e preventivas, no nível da atenção básica, o trabalho do enfermeiro é estratégico e indispensável, sendo assegurada sua inserção nas equipes e nos territórios por meio dos marcos programáticos e legais do SUS (BRASIL, 2012).

Nesse contexto de mudança do modelo de atenção e cuidado em saúde no Brasil, surge o papel de destaque da atuação do enfermeiro na atenção básica frente à equipe multidisciplinar proposta pelo Ministério da Saúde. Isso porque o enfermeiro é capacitado para desenvolver ações de promoção e prevenção de saúde, devido ao processo de assistência de enfermagem e características do seu saber centrado em um modelo holístico, humanizado e contextualizado (BORGES, 2010).

Além disso, o profissional da atenção básica, especificamente o enfermeiro, deve ser capaz de gerenciar, supervisionar, planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que correspondam às necessidades da comunidade, sendo privativa do mesmo, a consulta de enfermagem, solicitação de exames complementares e

prescrição de medicações conforme os protocolos do Ministério da Saúde, além de capacitar a equipe de saúde com articulação dos diversos setores envolvidos na prevenção e promoção da saúde (BRASIL, 2012 & COTTA et al, 2006) .

## **2. JUSTIFICATIVA**

Diante disso, pretende-se com este estudo ampliar a visibilidade da atuação do enfermeiro, fortalecendo sua identidade e autonomia profissional. Assim como apresentar uma reflexão que possa contribuir para melhorar a qualidade dos serviços prestados pelo enfermeiro no município de Franca-SP, além de ampliar o conhecimento a respeito do que foi produzido cientificamente e a relevância para a atualidade, com relação à potencialidade da sua prática profissional na atenção básica de saúde.

## **3. OBJETIVO**

Identificar as potencialidades e desafios do processo de trabalho do enfermeiro nas unidades básicas de saúde do município de Franca - SP.

## **4. MATERIAL E MÉTODO**

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa com fontes de dados primárias. O estudo quantitativo se apóia predominantemente em dados estatísticos, visa gerar medidas precisas e confiáveis que permitam uma análise estatística.

O presente estudo está sendo realizado no município de Franca – SP. Com a participação como cenários da pesquisa as unidades básicas de saúde com ou sem a implantação da Estratégia de Saúde da Família. A rede de atenção básica à saúde é composta por 15 Unidades Básicas de Saúde (UBS), e 12 Estratégias de Saúde da Família (ESF).

A população do estudo é composta por profissionais de enfermagem do nível superior que atuam há mais de 6 meses como enfermeiros em unidades básicas de saúde. Os enfermeiros estão sendo convidados a participarem dessa pesquisa via contato telefônico prévio, no qual o pesquisador explica a finalidade da presente

pesquisa. Em virtude da pandemia COVID-19, a coleta de dados está sendo realizado por meio de um formulário online pela plataforma Google Forms.

A coleta de dados foi iniciada após a aprovação do comitê de ética e pesquisa (COMEP) do centro universitário municipal de Franca (Uni - Facef). Após ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e aceitar a participar da pesquisa o formulário será iniciado e o enfermeiro fará o auto preenchimento das respostas. Os dados coletados serão analisados por meio do programa *Statistics12.0*. Serão utilizadas técnicas de estatística descritiva: medidas de frequência absoluta e frequência relativa para as variáveis categóricas. Para as variáveis numéricas, foram calculadas medidas de posição (média e mediana) e de variabilidade (desvio padrão).

Foi realizada uma revisão bibliográfica para a formulação do formulário que tem como objetivo contribuir para enfatizar a compreensão do trabalho do enfermeiro nas unidades básicas, especificamente na, no âmbito da atuação nas ações de prevenção, promoção e assistência à saúde. Entende - se que a atuação do enfermeiro é pautada por uma prática ampla, não só pelo volume de trabalho que desempenham, mas, sobretudo, pelo compromisso com atenção básica à saúde da população no território nacional.

Foram feitas as seguintes etapas: identificação do tema e do problema da pesquisa; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de artigos. A questão norteadora que embasou essa revisão bibliográfica foi: Qual o papel do enfermeiro nas unidades básicas do município de Franca – SP?

Para realizar a busca dos artigos a base de dados escolhida foi a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e os Descritores em Ciências da Saúde (Decs) selecionados foram: Atenção Primária à Saúde and Papel do Profissional de Enfermagem.

#### **Quadro 1 - Base de dados e descritores em Ciências da saúde (DeCS)**

| <b>Base de Dados</b>               | <b>Descritores em Ciências da Saúde</b>                             |
|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Biblioteca Virtual em Saúde ( BVS) | Atenção Primária à Saúde AND<br>Papel do Profissional de Enfermagem |

Os critérios adotados para inclusão dos estudos foram: artigos disponíveis na língua portuguesa, com textos disponibilizados na íntegra e com data de publicação

nos últimos dez anos (entre 2010 e 2020) e que respondessem à questão da pesquisa, os critérios de exclusão foi artigos incompletos, artigos pagos e que não respondessem a questão norteadora da pesquisa.

Colocado todos os critérios, procedeu-se a busca dos artigos que foram encontrados 90 artigos. Após o levantamento das publicações, os títulos e os resumos foram lidos e analisados, segundo os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. Foram selecionados 16 artigos que atenderam aos critérios estabelecidos, conforme a tabela abaixo.

| <b>Título</b>                                                                                                                    | <b>Autores</b>                                                                                                                                           | <b>Ano</b> | <b>Periódico</b>             | <b>Objetivo</b>                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Atuação dos enfermeiros de estratégias de saúde da família no controle social do SUS em um distrito sanitário de Porto Alegre | Borges, Felipe de Castro; David, Clarete Teresinha Nespolo de                                                                                            | 2017       | Coleciona SUS, CONASS, SES-R | Conhecer as ações que são realizadas pelos enfermeiros com vistas ao fomento do controle social em um distrito sanitário de Porto Alegre, bem como as facilidades e dificuldades encontradas no processo |
| 2. A consulta de enfermagem na estratégia de saúde da família: realidade de um distrito sanitário                                | Silva, Kelly Maciel; Santos, Silvia Maria Azevedo dos                                                                                                    | 2016       | Rev. enferm. UFSM            | Discutir as fragilidades e os aspectos limitantes para a execução da consulta de enfermagem no contexto da Estratégia de Saúde da Família                                                                |
| 3. Processo de trabalho da enfermagem na atenção primária à saúde: revisão integrativa                                           | Dutra, Carla Dias; Soares, Marilu Correa; Meincke, Sonia Maria Könzgen; Matos, Greice Carvalho de                                                        | 2016       | Rev. enferm. Cent.-Oeste Min | Identificar as ações utilizadas pelos enfermeiros das Estratégias de Saúde da Família (ESF) do município de Divinópolis-MG para a prevenção da gravidez na adolescência                                  |
| 4. Papel do enfermeiro da estratégia de saúde da família na prevenção da gravidez na adolescência                                | Ribeiro, Viviana Carla da Silva; Nogueira, Débora Lorena; Assunção, Raquel Silva; Silva, Fernanda Marcelino de Resende e; Quadros, Karla Amaral Nogueira | 2016       | Rev. enferm. Cent.-Oeste Min | Identificar as ações utilizadas pelos enfermeiros das Estratégias de Saúde da Família (ESF) do município de Divinópolis-MG para a prevenção da gravidez na adolescência                                  |
| 5. Ser enfermeiro na estratégia de saúde da família: desafios e possibilidades                                                   | Caçador, Beatriz Santana; Brito, Maria José Menezes; Moreira, Danielle de Araújo; Rezende, Lilian Cristina; Vilela,                                      | 2015       | REME rev. min. enferm        | O estudo teve como objetivo analisar os desafios e possibilidades do trabalho do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família (ESF) em um distrito sanitário de Belo Horizonte, Minas Gerais             |

|                                                                                                          |                                                                                        |      |                                                          |                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                          | Gláucia de Sousa                                                                       |      |                                                          |                                                                                                                                                                                                            |
| 6. Atuação do enfermeiro na atenção básica de saúde: revisão integrativa de literatura                   | Freitas, Gustavo Magalhães; Santos, Nayane Sousa Silva                                 | 2014 | Rev. enferm. Cent.-Oeste Min;                            | O objetivo deste estudo é analisar a produção de artigos científicos no período de 2009 a 2013 referentes à atuação do enfermeiro na atenção básica de saúde                                               |
| 7. A identidade profissional da Enfermeira na Estratégia Saúde da Família                                | Lima, Fátima do Rosário de Oliveira                                                    | 2013 | Salvador; s.n;                                           | Evidenciar a identidade profissional da enfermeira na Estratégia Saúde da Família (ESF)                                                                                                                    |
| 8. Práticas dos enfermeiros na estratégia de saúde da família sob a ótica do agente comunitário de saúde | Cruz, Ana Carolina da Silva                                                            | 2013 | Biblioteca Biomédica B - CB/B (Odontologia e Enfermagem) | Práticas dos enfermeiros na Estratégia de Saúde da Família (ESF) sob a ótica do Agente Comunitário de Saúde (ACS).                                                                                         |
| 9. Prática clínica das enfermeiras na estratégia saúde da família: exercendo a clínica do cuidado        | Colomé, Isabel Cristina dos Santos                                                     | 2013 | Escola de Enfermagem-UFRGS                               | Analisar a dimensão assistencial do processo de trabalho de enfermeiras que atuam na Estratégia Saúde da Família, considerando a prática clínica que desenvolvem nesse contexto                            |
| 10. Avaliação da competência interpessoal de enfermeiros coord. de equipe na saúde da família            | Rocha, Bárbara Souza; Munari, DenizeBouttelet                                          | 2013 | Rev. enferm. atenção saúde;                              | O objetivo deste estudo foi verificar como o'enfermeiro da ESF avalia sua competência interpessoal para a coordenação da equipe                                                                            |
| 11. O papel profissional do enfermeiro no SUS: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família     | Backes, Dirce Stein; Backes, Marli Stein; Erdmann, AlacoqueLorenzini; Büscher, Andreas | 2012 | CienSaudeC olet                                          | O objetivo deste artigo é fazer um retrospecto da atuação profissional do enfermeiro no SUS brasileiro e compreender o sentido de sua prática social neste campo de discussões e sentidos teórico-práticos |
| 12. A função gerencial do enfermeiro na Estratégia saúde da Família: limites e possibilidades            | Jonas, Lucélia Terra; Rodrigues, Hugo Cardoso; Resck, Zélia Marilda Rodrigues          | 2011 | Rev. APS;                                                | Este estudo objetivou compreender e analisar os limites e as possibilidades do processo de trabalho gerencial do enfermeiro na equipe do Programa Saúde da Família.                                        |
| 13. Atuação da enfermeira na educação em saúde grupal em direitos sexuais/reprodutivos na atenção básica | Souza, Maria das Dores                                                                 | 2011 | Biblioteca Setorial de Pós-Graduação                     | Identificar e analisar a atuação desta Profissional; evidenciar correlações com o referencial teórico e contextual que trata de: Educação em Saúde, Grupos Educativos, Atuação da                          |

|                                                                                                                          |                                                                                                                                                           |      |                                                           |                                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                          |                                                                                                                                                           |      |                                                           | Enfermeira, Saúde da Mulher, Movimento Feminista, Direitos Sexuais e Reprodutivos                                                                                                                                                         |
| 14. Processo de cogestão na estratégia saúde da família: perspectiva de enfermeiros                                      | Rodrigues, Luciane Cristine Ribeiro; Juliani, Carmen Maria CasquelMonti                                                                                   | 2010 | Biblioteca Central Universidade Estadual de Maringá - UEM | Objetivo do estudo foi reconhecer as práticas dos enfermeiros na Estratégia Saúde da Família (ESF) a partir da compreensão do processo de cogestão no desenvolvimento do trabalho em equipe                                               |
| 15. Consulta de enfermagem, prescrição de medicamentos e solicitação de exames por enfermeiros na atenção básica à saúde | Borges, Ivo Aguiar Lopes                                                                                                                                  | 2010 | Enferm. foco                                              | Reflexão teórica sobre consulta de enfermagem, prescrição de medicamentos e solicitação de exames por enfermeiros, fundamentada nos marcos legais da política nacional de atenção básica à saúde no âmbito da Estratégia Saúde da Família |
| 16. O enfermeiro no gerenciamento da educação em saúde da estratégia saúde da família                                    | Cortez, Elaine Antunes; Valente, Geilsa Soraia Cavalcanti; Assis, Máira Muniz; Almeida, Virginia Correia; Chagas, Fernanda da Silva; Tornio, Rosane Abreu | 2010 | Rev. enferma. UFPE                                        | Descrever o papel dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família e identificar as facilidades e dificuldades encontradas ao desenvolverem trabalhos voltados para educação em saúde.                                                      |

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atuação do enfermeiro na atenção básica é conhecida pela sua multiplicidade de processos que são do gerencial ao assistencial e educativo, que refletem o seu amplo trabalho. O enfermeiro na APS tem a possibilidade de ampliar a sua autonomia por meio de uma prática clínica por meio da integralidade, longitudinalidade e do cuidado a pessoa, a família e a comunidades. É importante a organização dos enfermeiros que atuam na unidade básica de saúde para estruturar e fortalecer a sua prática profissional, contribuindo para a consolidação de mudanças no modelo de assistência à saúde do SUS. O profissional enfermeiro pertence ao grupo de profissionais que utiliza estratégias para impulsionar e promover o processo de mobilização social, permitindo a ampliação de intervenção

coletivo para além do modelo médico-centrado e curativista, voltadas para atenção centrada na pessoa, na promoção e proteção da saúde.

O profissional enfermeiro é um profissional fundamental para o funcionamento do SUS, pois ele transita entre distintos espaços de intervenção, entre situações e unidades de prestação de serviços, além de ter assumido também muitas responsabilidades na articulação do trabalho da equipe de saúde e nas ações intersetoriais e de educação em saúde. Espera-se que os tópicos levantados nesta pesquisa possam contribuir para uma reflexão da atuação do enfermeiro nas APS, mostrando a realidade do trabalho do enfermeiro com suas potencialidades e desafios do processo de trabalho.

## REFERÊNCIAS

BACKES, Dirce Stein; BACKES, Marli Stein; ERDMANN, Alacoque Lorenzini and BUSCHER, Andreas. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 1. ed. Brasília (DF); 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica**,, PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017. Estabelecendo a Revisão de Diretrizes para a Organização da Atenção Básica, no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [s. l.], 21 set. 2017.

BORGES, I. A. L. Consulta de enfermagem, prescrições de medicamentos e solicitações de exames por enfermeiros na atenção básica à saúde. **Enfermagem em Foco**, v.1, n.1, p.5-8, 2010.

Borges, Ivo Aguiar Lopes. Consulta de enfermagem, prescrição de medicamentos e solicitação de exames por enfermeiros na atenção básica à saúde; **Enferm. Foco** 2010.

Caçador, Beatriz Santana; Brito, Maria José Menezes; Moreira, Danielle de Araújo; Rezende, Lilian Cristina; Vilela, Gláucia de Sousa; Ser enfermeiro na estratégia de saúde da família: desafios e possibilidades; **REME, Rev Min Enferm**. 2015 jul/set;

Cortez, Elaine Antunes; Valente, Geilsa Soraia Cavalcanti; Assis, Máira Muniz; Almeida, Virginia Correia; Chagas, Fernanda da Silva; Tórnio, Rosane Abreu. O enfermeiro no gerenciamento da educação em saúde da estratégia saúde da família; **Rev. enferm. UFPE**, 2010.

Colomé, Isabel Cristina dos Santos Prática clínica das enfermeiras na estratégia saúde da família: exercendo a clínica do cuidado; **Escola de Enfermagem- UFRGS**. 2013.

COTTA, R. M. M; SHOTT, M; AZEREDO, C.M, Franceschini SCC, Priore SE, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.15, n.3, p.7-18, 2006.

Cruz, Ana Carolina da Silva. Práticas Dos Enfermeiros Na Estratégia De Saúde Da Família Sob a Ótica Do Agente Comunitário De Saúde; **Biblioteca Biomédica B - CB/B (Odontologia e Enfermagem)** 2013.

Dutra CD, MC Soares, KönzgenMeincke SM et al. Processo de trabalho da enfermagem na atenção primária à saúde: revisão integrativa; **Revenferm UFPE online.**, Recife, 10(Supl. 3):1523-34, abr., 2016

Freitas, Gustavo Magalhães; Santos, Nayane Sousa Silva; Atuação do enfermeiro na atenção básica de saúde: revisão integrativa de literatura; **R. Enferm. Cent. O. Min.** 2014 maio/ago;

Jonas, Lucélia Terra; Rodrigues, Hugo Cardoso; Resck, Zélia Marilda Rodrigues ; A função gerencial do enfermeiro na Estratégia saúde da Família: limites e possibilidades; **Rev. APS**; 2011; jan/mar; 14(1); 28-38.

Lima, Fátima do Rosário de OliveiraLima. **Identidade profissional da enfermeira na estratégia saúde da família**. Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) – Salvador, 2013. 65 f.

MACINKO, James; SCHILLING MENDONÇA, Claunara. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 37, ed. 1, Setembro 2018.

MELO, Eduardo Alves et al . Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 42, n. spe1, p. 38-51, set. 2018

MENDES, E.V..**As redes de atenção à saúde**. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il. Acesso em 20 de maio de 2020

Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. Saúde no Brasil 1: O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Lancet Saúde no Brasil**. [Internet]. Acesso em 20 de maio de 2020

Ribeiro VCS, Nogueira DL, Assunção RS, et al. Papel do enfermeiro da estratégia de saúde da família na prevenção da gravidez na adolescência; **Rev. Enferm. Cent. O. Min.** 2016 jan/abr;

Rocha, Bárbara Souza; Munari, DenizeBouttelett; Avaliação da competência interpessoal de enfermeiros coordenadores de equipe na saúde da família; **Rev. enferm. atenção saúde**; 2013.

Rodrigues, Luciane Cristine Ribeiro; Juliani, Carmen Maria CasquelMonti ;**Processo de cogestão na estratégia saúde da família: perspectiva de enfermeiros**; Biblioteca Central Universidade Estadual de Maringá – UEM; 2010.

Silva Maciel Kelly; Santos Maria Azevedo dos. A consulta de Enfermagem na estratégia de saúde da família: realidade de um distrito sanitário **Revista de Enfermagem da UFSM**,2016.

Souza, Maria das Dores de. **Atuação da enfermeira na educação em saúde grupal em direitos sexuais/reprodutivos na atenção básica**. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Centro de Ciências da Saúde. Escola de Enfermagem Anna Nery. Programa de Pós-graduação e Pesquisa do Curso de Doutorado em enfermagem Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2011. 168f.: il. 31 cm.

## **CONHECIMENTO E PARTICIPAÇÃO DOS IDOSOS NAS DECISÕES RELACIONADAS À TERAPIA MEDICAMENTOSA**

Rafaella Fanan Silva  
Graduanda em Enfermagem – Uni-FACEF  
Rafaellafanan19@gmail.com

Patrícia Reis Alves dos Santos  
Docente do Departamento de enfermagem – Uni-FACEF  
patreisenf@gmail.com

Uni-FACEF Centro Universitário Municipal de Franca

### **1. INTRODUÇÃO**

Segundo a Política Nacional da Pessoa Idosa (1994), em consonância com o Estatuto do Idoso (2003), considera-se idoso as pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. Com o avanço do envelhecimento populacional fez-se necessário a criação e implementação de políticas públicas com o objetivo de garantir os direitos sociais do idoso, dentre eles o da saúde (BRASIL, 2006; PAKERMANL; FREITAS, 2017; PINTO et al., 2016).

Esse aumento dos idosos e da expectativa de vida tem contribuído para a prevalência de determinadas doenças crônicas e condições relacionadas ao processo do envelhecimento. Aliado a isso, observa-se o aumento no consumo e disponibilidade de fármaco para as diferentes doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (BRASIL, 1994; PAKERMANL; FREITAS, 2017; PINTO et al., 2016;).

Essas doenças representam um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade, sendo responsável por 74% da mortalidade em pessoas com idade de 30 a 69 anos, no Brasil. Destaca-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), juntamente com Diabetes Mellitus, doenças prevalentes e presentes em mais de 60% dos idosos acima de 65 anos. Esses dados são preocupantes diante do momento atual, em que pessoas com essas comorbidades, associadas à idade avançada, estão sujeitas a maior risco de agravamento e morte por COVID-19 (BRASIL, 2020).

Em 2017, o município de Franca possuía cerca de 47.614 pessoas com 60 anos ou mais, de uma população total de 335.564 (pessoas idosas representavam 14% da população em 2017). A projeção para 2030 é de que a

população idosa aumente para 75.017 e que a população geral do Município de Franca seja de 356.077 (pessoas idosas representarão 21%) (FRANCA, 2020).

É comum na população idosa a polifarmácia, ou seja, o uso de múltiplos medicamentos (quatro ou mais), considerado um risco para o aumento da morbimortalidade. Esta informação caracteriza a população desta faixa etária o principal grupo consumidor de medicamentos (NASCIMENTO et al., 2017; IBGE, 2014).

Estudo evidencia que a maioria dos idosos não têm conhecimento e informação sobre os medicamentos em uso, aspectos que os tornam integrantes de um grupo de risco mais suscetíveis a eventos adversos, além de dificultar a participação ativa nas decisões relacionadas à terapia medicamentosa e adesão ao medicamento prescrito (SECOLI, 2010).

Neste sentido, segundo dados da organização panamericana de saúde, a adesão inadequada ao tratamento medicamentoso é um problema mundial alarmante. Visando que a mesma é responsável pelo aumento das internações hospitalares, das consultas ambulatoriais e dos atendimentos de emergência (MENDES, 2011).

Para fomentar a segurança no uso de medicamentos é preciso estimular o conhecimento dos pacientes sobre todos os medicamentos. Em função disso, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2017, reconhecendo o risco e registros de eventos adversos sobre medicação, propôs o terceiro desafio global com o tema “Medicamento sem danos”. Esse desafio propõe como uma das prioridades o engajamento e empoderamento de pacientes, familiares e cuidadores, nas ações de redução de riscos e danos na terapia medicamentosa (WHO, 2017).

Nessa perspectiva, o empoderamento dos pacientes, familiares e cuidadores pode ser estimulado por meio do incentivo à participação e compartilhamento nas decisões sobre sua saúde, fortalecendo o diálogo entre pacientes e profissionais. Entende-se que com a melhoria da adesão e conhecimento aos medicamentos, aumenta a segurança das pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde (TADDEO, 2012; MENDES, 2011).

Análogo a isso percebe-se que a efetividade das intervenções sobre a adesão pode ter um impacto muito maior na saúde da população que qualquer melhoria em tratamentos médicos específicos e que as pessoas usuárias dos

sistemas devem ser ajudadas através um trabalho multidisciplinar com a participação da família e da comunidade são extremamente importantes para resultados positivos (MENDES, 2011).

Acredita-se que, se possuem conhecimento e engajamento podem ser capazes de participar ativamente em seu tratamento e, não como mero receptores passivos dos medicamentos (WHO, 2017).

Os profissionais que atuam no atendimento aos idosos têm o importante papel na avaliação da compreensão do paciente em relação a sua terapia medicamentosa e uso racional de medicamentos, orientá-lo sobre nome do medicamento, concentração, forma farmacêutica, dose, posologia, orientação de uso, término do tratamento, dentre outras informações relevantes (BRASIL, 2013; PINTO et al., 2016. FRÖHLICH; PIZZOL; MENGUE, 2010).

Além disso, os profissionais devem se atentar aos fatores que aumentam a não adesão aos tratamentos nessa população e assim poderem intervir e atender a necessidade de cada particularidade. Sendo fatores sociais, econômicos, cognitivos, fatores sociodemográficos, fatores relacionados à equipe e ao sistema de atenção à saúde, fatores relacionados à condição da doença, fatores relacionados ao tratamento e fatores relacionados às pessoas usuárias (MENDES, 2011).

O desconhecimento de elementos essenciais que envolvem o uso de medicamentos, fomenta o desinteresse quanto à participação dos idosos nas decisões relacionadas à terapia medicamentosa. Por outro lado, quando o paciente apresentou complicações, maior o tempo de tratamento e a escolaridade, quando entende a doença não só com tratamento medicamentoso, mas também uma adaptação em hábitos, tende a se preocupar mais com a saúde e melhorar a compreensão e conhecimento da terapia. (FRÖHLICH; PIZZOL; MENGUE, 2010; RESENDE, 2018).

Essas ações podem ser realizadas por profissionais, no contexto dos serviços de saúde ou em outros espaços dos quais fazem parte da rotina dos idosos, como por exemplo, os centros de convivência.

Importante destacar que esses serviços configuram-se como uma alternativa para contribuir com o processo de acompanhamento para defesa das Pessoas Idosas, oferecendo maior integração entre a Rede de Atenção à Saúde e a

Rede de Proteção Social, fortalecendo ações para estimular o envolvimento do idoso para com sua saúde, com foco na terapia medicamentosa em uso (DERHUN, 2019; FRANCA, 2020).

Diante da importância da temática, questiona-se: Qual o conhecimento dos idosos que convivem com doenças crônicas (HAS e ou DM), em relação à terapia medicamentosa em uso? E como os idosos estão participando das decisões relacionadas ao seu tratamento?

## **2. OBJETIVO**

Identificar o conhecimento e a participação dos idosos, que convivem com doenças crônicas (HAS e DM), em relação à terapia medicamentosa em uso, em um município do interior paulista.

## **3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativo, descritivo, realizado no município de Franca, em um Centro de Convivência de Idosos (CCI).

A seleção dos participantes foi por meio de amostra por conveniência, de pessoas cadastradas nos CCI, conforme critérios de inclusão. Foram incluídos nesta pesquisa idosos, com idade igual ou superior a 60 anos, cadastrados em um centro de convivência do idoso, e que convivem com doenças crônicas, como a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus, como critérios de exclusão idosos que não apresentaram, até o momento, a prescrição médica dos medicamentos em uso.

A pesquisa foi iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, do Uni-FACEF. Os participantes foram convidados e informados sobre os objetivos do estudo, e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A recolha de dados foi iniciada em abril de 2021 e encontra-se em andamento, por meio de entrevistas semiestruturadas, pelo pesquisador e parceiros. Diante do momento atual, as entrevistas foram individuais, em local reservado, organizado pela coordenação do CCI, com o EPI necessário para segurança da pessoa idosa e do pesquisador. Nesse encontro foi realizado o convite aos idosos, e

com aqueles que aceitaram foi iniciado à entrevista, assim como todas as orientações necessárias para oportunizar a participação.

O CCI no município é gerenciado a partir do fundo Municipal da Pessoa Idosa de Franca - FMPIF, acompanhando, avaliando e fiscalizando a gestão dos recursos distribuídos. As atividades desenvolvidas são direcionadas ao progresso intelectual, físico e social. Atualmente, no CCI estão cadastrados e participando das atividades 134 idosos, sendo 4 homens e 130 mulheres (FRANCA, 2020).

Para as entrevistas foi utilizado um instrumento norteador confeccionado pelas pesquisadoras. As questões foram construídas após levantamento e leitura de estudos, com objetivos semelhantes à proposta deste estudo. O instrumento contempla dados sobre características sociodemográficas, das condições e acompanhamento de saúde, do conhecimento e participação dos idosos frente ao uso de medicamentos, bem como suporte familiar. Foi solicitada a receita do medicamento em uso a fim de identificar a conformidade do relato do idoso com a prescrição do profissional de saúde, para posterior análise do conhecimento do idoso acerca da terapia medicamentosa prescrita.

Os dados foram transcritos para o formulário do *google forms* e exportado para o *Excel da Microsoft®*, e realizada até o momento análise de estatística descritiva de frequência.

## **4. RESULTADOS**

Até o momento, foram realizadas entrevistas com 29 idosos, que frequentam o CCI e aceitaram participar, sendo excluídos 11 participantes que ainda não apresentaram a receita médica, solicitada no dia da entrevista. Ressalta-se que a coleta de dados encontra-se em andamento e apresentaremos a seguir dados parciais da pesquisa.

### **4.1. Caracterização dos participantes**

Em relação ao perfil sociodemográfico foram identificados dados como sexo, faixa etária e renda, sendo que a amostra foi composta em sua totalidade por idosos do sexo feminino, a maioria a faixa etária de 70 a 79 anos (66,7%) e com renda de mais de um salário mínimo, conforme tabela a seguir:

**Tabela 1:** Caracterização dos participantes conforme as variáveis: sexo, faixa etária, renda mensal e escolaridade.

| Variáveis                  | nº = 18 | %    |
|----------------------------|---------|------|
| <b>Sexo</b>                |         |      |
| Feminino                   | 18      | 100  |
| Masculino                  | 0       | 00   |
| <b>Faixa Etária</b>        |         |      |
| 60 a 69 anos               | 6       | 33,3 |
| 70 A 79 anos               | 12      | 66,7 |
| 79 anos ou mais            | 0       | 0    |
| <b>Renda</b>               |         |      |
| Menos que \$ 500           | 1       | 5,6  |
| Um salário mínimo          | 3       | 16,7 |
| Mais que um salário mínimo | 14      | 77,8 |

Fonte: Elaborada pelas autoras, 2021.

#### 4.2. Doenças crônicas e terapia medicamentosa

Quanto a doenças crônicas, todos os idosos são hipertensos e cinco convivem também com diabetes, conforme tabela 2 a seguir:

**Tabela 2:** Caracterização dos participantes conforme condições crônicas (HAS e ou DM).

| Variáveis           | nº = 18 | %    |
|---------------------|---------|------|
| <b>Comorbidades</b> |         |      |
| Hipertensão         | 18      | 100  |
| Diabetes            | 5       | 27,8 |

Fonte: Elaborada pelas autoras, 2021.

Houve relatos de outras comorbidades tais como: hipotireoidismo, transtornos mentais (depressão e síndrome do pânico) e complicações de HAS e DM como infarto agudo do miocárdio, doenças cardíacas e acidente vascular cerebral.

Acerca do uso de medicamentos para HAS e DM a maioria relataram de 1 a 3 medicamentos, no entanto os idosos relataram o uso de outros

medicamentos para comorbidades associadas, sendo que dez idosos (55,6%) faz uso de mais de 4 medicamentos diários, conforme apresentado nas tabela 3 a seguir:

**Tabela 3:** Quantidade de medicamentos em uso pelos idosos, para hipertensão e/ou diabetes e demais medicamentos comorbidades, aquisição dos medicamentos.

| Variáveis                                                             | nº = 18 | %    |
|-----------------------------------------------------------------------|---------|------|
| <b>Medicamentos para HAS e DM</b>                                     |         |      |
| De 1 a 3 medicamentos                                                 | 17      | 94,4 |
| De 4 a 6 medicamentos                                                 | 1       | 5,6  |
| <b>Medicamentos para HAS e ou DM e outras comorbidades associadas</b> |         |      |
| De 1 a 3 medicamentos                                                 | 8       | 44,4 |
| De 4 a 6 medicamentos                                                 | 7       | 38,9 |
| Mais que 6 medicamentos                                               | 3       | 16,7 |
| <b>Aquisição dos medicamentos em uso</b>                              |         |      |
| Farmácia popular                                                      | 10      | 55,6 |
| Unidade Básica de Saúde                                               | 3       | 16,7 |
| Recurso Próprio                                                       | 12      | 66,7 |

**Fonte:** Elaborada pelas autoras, 2021.

Quanto a aquisição referente a todos os medicamentos em uso e houve predominância de recursos próprios e da farmácia popular.

Em relação ao uso de serviços de saúde, a maioria dos idosos (77,8%) referem usar a saúde suplementar (setor privado).

#### 4.3. Conhecimento e participação nas decisões

Para identificar o conhecimento dos idosos acerca dos medicamentos em uso para HAS e DM, foi questionado ao idoso informações tais como: nome e forma farmacêutica (miligramas, gramas) em uso; para que serve esse medicamento; frequência (horários que toma o medicamento) e dose (quantidade por horário); **Exemplo:** Manhã- 2 comprimidos Tarde-1 comprimido Noite-1 comprimido; se sabe de algum efeito colateral desse medicamento.

Posteriormente, as respostas foram comparadas aos dados da prescrição médica apresentada pelo idoso, conforme os dados da tabela 4 a seguir:

**Tabela 4:** Conhecimento dos idosos sobre a terapia medicamentosa em uso em relação ao nome, forma de apresentação, indicação, posologia, dose, horário e duração do tratamento.

| Questões                                                                                                                                                | Sim       | Não       | Parcialmente |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|--------------|
|                                                                                                                                                         | Nº 18 (%) | Nº 18 (%) | Nº 18 (%)    |
| Os medicamentos prescritos foram informados                                                                                                             | 13 (76,5) | 4 (23,5)  | 0 (0)        |
| <b>Nome do medicamento</b><br>Nome do medicamento informado está de acordo com a receita médica                                                         | 15 (83,3) | 3 (16,7)  | 0 (0)        |
| <b>Indicação</b><br>O motivo informado pelo idoso está de acordo com a indicação do medicamento                                                         | 18 (100)  | 0 (0)     | 0 (0)        |
| <b>Forma farmacêutica</b><br>(quantidade em gramas, miligramas)<br>Apresentação do medicamento informado pelo idoso está de acordo com a receita médica | 8 (44,4)  | 5 (27,8)  | 5 (27,8)     |
| <b>Dose</b><br>A quantidade de medicamento informado pelo idoso está de acordo com a receita médica.                                                    | 17 (94,4) | 1 (5,6)   | 0 (0)        |
| <b>Frequência</b> (horários de uso)<br>Os horários de tomada do medicamento estão de acordo com a receita médica.                                       | 15 (83,3) | 1 (5,6)   | 2 (11,11)    |
| Conhecimento sobre possíveis efeitos colaterais                                                                                                         | 1 (5,6)   | 17 (94,4) | 0 (0)        |
| Duração do tratamento                                                                                                                                   | 16 (88,9) | 2 (11,11) | 0 (0)        |

Fonte: Elaborada pelas autoras, 2021.

Diante dos dados coletados e analisados, até o presente momento, foi possível observar que a maioria dos idosos possuem conhecimento sobre o nome, a

dose e os horários de uso do medicamento. A indicação do medicamento foi pontuada por todos os idosos.

A maioria dos idosos (88,9%) relatam ter sido orientados pelo profissional médico sobre a prescrição dos medicamentos. O que pode estar relacionado a prevalência de uso dos serviços privados, no qual o atendimento ao paciente está centrado nos consultórios e pelo profissional médico.

No entanto, foi possível observar um nível baixo de conhecimento acerca dos efeitos colaterais dos medicamentos. Quanto à apresentação do medicamento quando comparamos o que foi informado pelos idosos e a avaliação da prescrição houve uma discordância evidenciando o desconhecimento por dez (55,6%) dos idosos entrevistados, reforçando a necessidade de esclarecimento sobre esse item.

Em relação à participação nas decisões sobre os medicamentos em uso, dezesseis idosos (94,4%) relatam que se sentem à vontade para perguntar ao profissional médico acerca da prescrição no momento do atendimento, no entanto seis idosos (33,33 %) não realizam questionamentos.

Ao serem questionados sobre o uso da internet (celular ou computador) para busca de informações sobre o medicamento em uso, apenas um dos idosos relatou a busca nesse meio de comunicação.

#### **4.4. Rede de apoio familiar**

Quanto aos vínculos familiares, a maioria das entrevistadas (n 7-38,9%) relataram que moram sozinhas, (n 7-38,9%) das idosas relataram que moram com os filhos e netos, seguido por (n 6-33,3%) que moram com o esposo.

Quanto à rede de apoio familiar ao idoso no uso e manejo dos medicamentos ao realizar o questionamento acerca do acompanhamento de um familiar ou cuidador durante os atendimentos nos serviços de saúde, a maioria dos idosos (66,7%) relataram não possuir esse apoio. Situação que se agrava em relação ao apoio na organização e tomada dos medicamentos, no qual todos os idosos entrevistados relatam não contar com nenhum familiar ou cuidador para essa tarefa. Essa ausência de apoio associado ao baixo conhecimento em relação a

alguns itens importantes para o uso de medicamentos pode comprometer a segurança do idoso e complicações das doenças já existentes.

Embora a maioria sente-se à vontade para perguntar ao profissional médico acerca da prescrição no momento do atendimento, no entanto muitos não realizam questionamentos.

## **5. DISCUSSÃO**

Ao analisar os dados é possível observar a prevalência das mulheres cadastradas no CCI, refletindo na coleta de dados. Tal fato corrobora com dados do estudo de Pimentel e colaboradores, que evidenciou a participação elevada das mulheres nas atividades e atendimento em comparação aos homens, isso justifica a propensão das mulheres a buscar cuidado, o planejamento e interesse em zelar por sua saúde. A baixa utilização masculina dos serviços é esclarecida por não apresentarem valor necessário para tal atitude, sendo que a explicação para isso é que tenha menor disponibilidade de tempo e menos percepção do processo saúde-doença (PIMENTEL et al, 2011).

Neste sentido, o ministério da saúde (MS), no ano de 2009 implementou a Política Nacional de Saúde do Homem, buscando diminuir os altos índices de morbimortalidade na população masculina, que representam problemas de saúde pública. A proposta dessa política é organizar uma rede de atenção que garanta uma linha de cuidados integrais, a fim de apoiar ações e atividades de promoção de saúde para facilitar e ampliar o acesso aos serviços de saúde por parte dessa população (BRASIL, 2009).

Quanto às comorbidades identificadas a avaliação da prevalência de hipertensão arterial e diabetes mellitus mostra que comparado a outras comorbidades tem maior ocorrência, segundo este e outros estudos. Observando ambas doenças crônicas, sabe-se que a HAS tem maior predomínio que DM, mas em idosos ambas apresentam número significativo (PIMENTEL et al, 2011; PICCINI, 2006).

Em decorrência com as comorbidades encontra-se a necessidade de fármacos e conseqüentemente a presença, em alguns casos, da polifarmácia. Essa

característica tem sido associada a desfechos negativos em saúde trazendo impacto às pessoas e sistema de saúde.

Nesse contexto, ações podem ser realizadas para contribuir na melhora dos desfechos, a partir de profissionais capacitados em práticas preventivas e conhecendo as necessidades dos idosos, bem como oferecendo a prescrição apropriada, e assim evitando ocorrência de receitas simultâneas e utilizações irrelevantes (MARQUES, 2019; NASCIMENTO, 2017).

O fato deste estudo evidenciar que os participantes, em sua maioria usuários de serviço de saúde privado, serem orientados apenas por profissionais médicos reforçam a necessidade desses serviços investirem em atendimento com equipe multiprofissional, com enfermeiros, farmacêuticos dentre outros, o que está previsto pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, por meio do projeto “Idoso bem cuidado” (2016).

O cuidado a idosos com condições crônicas necessita de uma resposta complexa e de longo prazo, e deve ser coordenada por profissionais de saúde de formações diversas, com acesso a medicamentos e equipamentos necessários, e estratégias de estímulo à adesão ao tratamento pelo paciente (OLIVEIRA, 2016).

Atualmente a aposentadoria é um meio de ganho monetário acessível para idosos que entram nos critérios, sendo que parte do ganho é gasto no momento de adquirir sua medicação de uso mensal, sendo que o valor depende da quantidade e tipo do medicamento prescrito. Estudo mostra que as condições crônicas como a HAS e DM oferecem menor comprometimento de renda, já que algumas políticas públicas garantem o acesso à terapia gratuitamente.

No entanto, neste estudo foi possível observar gastos com medicamentos, principalmente para comorbidades associadas. Importante que o profissional de saúde tenha conhecimento dos medicamentos padronizados na rede pública e avaliem a possibilidade de seguir essa lista, contribuindo para que o idoso não tenha gastos de recursos próprios na aquisição dos medicamentos (RESTREPO, 2020).

O uso da saúde suplementar (setor privado) pelos idosos, pode justificar o uso de recursos próprios para a compra dos medicamentos, uma vez que somente com a receita do serviço público é possível retirar os medicamentos nas farmácias vinculadas ao SUS.

Outros participantes relataram também o uso da farmácia popular na aquisição dos medicamentos. O Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), foi lançado pelo Governo Federal em 2004, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de promover a ampliação do acesso a medicamentos, colaborando financeiramente na aquisição dos remédios, favorecendo ao uso o medicamento correto e evitando a automedicação, já que para conseguir o fármaco é necessário apresentar a receita médica (MIRANDA et al., 2016).

Contudo, os medicamentos ofertados são aqueles padronizados como essenciais, selecionados por critérios de eficácia, segurança, conveniência, qualidade e comparação de custo favorável. Em Franca os medicamentos são escolhidos sistematicamente, através da CFT – Comissão de Farmácia e Terapêutica, esse trabalho faz com que alguns medicamentos prescritos não possam ser oferecidos gratuitamente, trazendo um custo obrigatório para o paciente (FRANCA, 2020).

Quanto ao conhecimento sobre os medicamentos em uso, a apresentação é o dado do medicamento que mostra a forma referida em gramas (g) ou miligramas (mg). Vários medicamentos têm mais de uma apresentação e ter conhecimento da prescrição é de extrema importância para entender qual a medicação necessária para o tratamento da comorbidade, no caso, HAS e DM. No presente estudo notou-se casos de desconhecimento ou parcialmente erro perante o assunto, oferecendo risco para o idoso, entendendo que a compreensão dos dados do medicamento é avaliada para a adesão do fármaco e tratamento.

Dados importantes observados na pesquisa, foi a presença de um desconhecimento dos participantes sobre efeitos colaterais e apresentação da medicação. Sobre os efeitos deste déficit do conhecimento pode acarretar a má adesão, visto que é um princípio importante ser esclarecido e informado, já que pode acontecer com o paciente e o mesmo interromper o tratamento e não retornar ao prescritor para avaliar e substituir o fármaco (CONCEIÇÃO, 2012).

O envelhecimento populacional tem trazido implicações para saúde física, psicológica e mental, como a perda cognitiva. Aliado a isso o apoio, acompanhamento e auxílio de um familiar ou cuidador nos atendimentos para o idoso colabora na compreensão e auxílio no tratamento, aumentando eficácia,

adesão e facilitando na compra e entendimento sobre o medicamento em uso (BERLEZI et al., 2019).

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das análises realizadas até o momento, foi possível observar que a população feminina foi predominante na utilização do CCI, idosas em sua maioria com 70 a 79 anos e renda de mais de um salário mínimo.

Em relação ao uso de medicamentos foi observado o uso de mais de 4 medicamentos, nos idosos com comorbidades associadas a HAS e DM. Sobre o conhecimento dos idosos acerca dos medicamentos em uso para HAS e DM, foi possível observar um nível baixo de conhecimento quanto aos efeitos colaterais dos medicamentos e apresentação da forma farmacêutica. Observou-se que não recebem apoio familiar na organização dos medicamentos, essa ausência de apoio associado ao baixo conhecimento em relação a alguns itens importantes para o uso de medicamentos pode comprometer a segurança do idoso e complicações das doenças já existentes.

Como limitação do estudo, ressaltamos as dificuldades de abordagem com os idosos, tendo em vista o momento epidemiológico atual e a diminuição da frequência dos idosos nos CCI, mesmo após a vacinação, assim como dificuldades no acesso às receitas médicas, uma vez que nem todos os idosos têm por hábito carregá-las junto aos pertences pessoais. Observação que demonstra a necessidade e importância de orientar os idosos sobre ter as receitas dos medicamentos em uso junto aos documentos pessoais, uma vez que pode facilitar o atendimento do idoso diante de um atendimento de urgência.

Sugerimos que este estudo possa ser realizado, posteriormente, em serviços de atenção primária, contemplando maior quantidade de usuários do Sistema Único de Saúde, bem como facilitar o acesso das receitas por meio dos prontuários.

Considerando que este estudo está sendo desenvolvido no âmbito de uma iniciação científica, ressalta-se que o caminho percorrido até o momento tem contribuído grandemente para formação e construção do conhecimento na pesquisa acadêmica e método científico.

## REFERÊNCIAS

- BERLEZI, E.M. Estudo do fenótipo de fragilidade em idosos residentes na comunidade. *Ciência da saúde coletiva*. Rio de Janeiro novembro, 2019.
- BRASIL. Lei Nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Casa Civil - Subchefia para Assuntos Jurídicos. Itamar Franco, Leonor Barreto Franco. DF - Janeiro 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Estatuto do Idoso. Brasília (DF): MS; 2003.
- BRASIL. PORTARIA Nº 2.528 DE 19 DE OUTUBRO DE 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde*. DF, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. Brasília-DF, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2019: principais resultados*. Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. V. 20, n.16. Abr. 2020.
- BRASIL. PORTARIA Nº 1.944, DE 27 DE AGOSTO DE 2009. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. José Gomes Temporão. DF - Agosto, 2009.
- CONCEIÇÃO, I.R.da S. A consulta de enfermagem na adesão ao tratamento de doenças crônicas não transmissíveis em pessoas idosas. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, faculdade de enfermagem. Rio de Janeiro, 2012.
- DERHUN, F. M. O centro de convivência para idosos e sua importância no suporte à família e à Rede de Atenção à Saúde. Universidade Estadual de Maringá. Maringá, PR, Brasil. Esc. Anna Nery vol.23 no.2 Rio de Janeiro 2019.
- FRANCA, Prefeitura Municipal de. Franca Cidade Amiga do Idoso. Prefeitura digital, secretaria de ação social. 2020.
- FRANCA. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde/2018-2022.2020.
- FRANCA, Prefeitura Municipal de. Compete ao Conselho Municipal da Pessoa Idosa de Franca – COMUPI. 2020. Prefeitura digital. 2020.
- FRANCA, Prefeitura Municipal de. Medicamentos essenciais e padronização de medicamentos. Prefeitura digital. 2020.
- FRÖHLICH, S. E.; PIZZOL, T. da S. D.; MENGUE, S. S. Instrumento para avaliação do nível do conhecimento da prescrição na atenção primária. *Revista saúde pública*, 19 agosto 2010. Acesso: 07 de maio 2020.

IBGE. Instituto brasileiro de geografia e estatística. Percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas. Ministério da saúde. IBGE. Ministério do planejamento, orçamento e gestão. Rio de Janeiro, 2014

MARQUES, P de P. et al. Polifarmácia em idosos comunitários: resultados do estudo Fibrá. Revista brasileira de geriatria. Rio de Janeiro, 2019.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Organização Pan-Americana da Saúde Organização Mundial da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. 2ª edição. Brasília-DF, 2011.

MIRANDA, V.I.A. et al. Utilização do Programa Farmácia Popular do Brasil por idosos. Revista de Saúde Pública. Maio, 2016.

NASCIMENTO, R. C. R. M. do et al. Polifarmácia: uma realidade na atenção primária do Sistema Único de Saúde. Revista de Saúde Pública, 07 fev 2017.

OLIVEIRA, M. et al. Idoso na saúde suplementar : uma urgência para a saúde da sociedade e para a sustentabilidade do setor / Martha Oliveira ... [et al.] . – Rio de Janeiro : Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2016.

PICCINI, R. X. et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. Ciência da saúde coletiva. Rio de Janeiro jul-set, 2006.

PAKERMANL, M; FREITAS, O de. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM): avaliação dos serviços de atenção farmacêutica primária. Revista de Saúde Pública, 03 mai 2017.

PIMENTEL, I.R.S. et al. Caracterização da demanda em uma Unidade de Saúde da Família. Revista bras de medicina fam comunidade. Florianópolis, jul-set, 2011.

PINTO, I. V. L. et al. Avaliação da compreensão da farmacoterapia entre idosos atendidos na atenção primária à saúde de Belo Horizonte, MG, Brasil. Saúde Pública. Nov, 2016.

RESENDE, A. K. M. et al. Dificuldades de idosos na adesão ao tratamento da hipertensão arterial. Revista de enfermagem, UFPE., Recife, out., 2018.

RESTREPO, S.F. et al. Gasto privado com medicamentos entre idosos e o comprometimento da renda familiar em município de médio porte no estado de São Paulo. Revista brasileira de epidemiologia. Maio, 2020.

SECOLI, S. R. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. Revista brasileira de enfermagem vol.63 no.1 Brasília Jan./Feb. 2010.

TADDEO, P. da S. et al. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. Departamento de saúde pública, universidade estadual do Ceará. Fortaleza-CE, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Medication Without Harm - Global Patient Safety Challenge on Medication Safety. Geneva: World Health Organization, 2017.

---

**PREVALÊNCIA DE ANEMIA EM AMOSTRA POPULACIONAL DE ESTUDANTES  
DO SEGUNDO ANO DE MEDICINA NA CIDADE DE FRANCA-SP**

Vinícius Antônio Fornazari

vinicius.antonio.fornazari@gmail.com

Viviane Rodrigues Esperandim Sampaio

vivianeesperandim@hotmail.com

Uni-FACEF Centro Universitário Municipal de Franca

**1. INTRODUÇÃO**

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define anemia como a condição na qual a quantidade de hemoglobina no sangue está abaixo do normal como resultado da carência de um ou mais nutrientes essenciais. Alguns exemplos desses nutrientes são: ferro, zinco, vitamina B12 e algumas proteínas. Cerca de 90% dos casos de anemias são do tipo ferropriva, caracterizada pela deficiência de ferro, um nutriente essencial para a vida (SAÚDE, 2013).

O ferro é um carreador de oxigênio essencial para as células do metabolismo sendo adquirido no organismo através da biodisponibilidade e absorção intestinal, além de ser reciclado pelo organismo após a destruição das hemácias, que atinge o tempo de vida máximo nos adultos de 120 dias. O armazenamento do ferro no organismo é dosado pela ferritina, o primeiro marcador a ser alterado na anemia ferropriva, antes mesmo do seu desenvolvimento (SANTOS, 2010; NAOUM, 2014).

As classificações de anemia podem ser distintas, mas duas se sobressaem: anemias hereditárias e anemias adquiridas. As anemias hereditárias são aquelas que nascem com o indivíduo que foram passadas pelos pais.

Geralmente são formadas por defeitos genéticos na formação do eritrócito, erros na síntese de membrana ou defeitos em proteínas e enzimas. As mais comuns são chamadas de talassemias ou anemias do mediterrâneo, assim chamada por ser comum em indivíduos descendentes dessas populações e a anemia falciforme, mais comum em indivíduos afrodescendentes (HOSPITAL SANTA PAULA, 2018).

As anemias adquiridas podem ocorrer por fenômenos ao longo da vida. São decorrentes de carências nutricionais, principalmente de ferro e vitamina B12, alterações na medula óssea como leucemias e síndromes mielodisplásicas e ainda, algumas doenças crônicas como hipotireoidismo e doença renal crônica podem levar ao quadro de anemia (HOSPITAL SANTA PAULA, 2018).

Múltiplos fatores etiológicos interagem para a anemia por deficiência de ferro, uma das causas mais relevantes é a deficiência na ingestão de ferro, principalmente na forma heme, devido ao baixo consumo de alimentos de origem animal. Outros fatores como perdas sanguíneas crônicas, condições precárias de saneamento e prevalência de doenças infectoparasitárias constituem determinantes desta anemia. Grupos de baixa absorção do ferro ou sensíveis a sua escassez devido ao crescimento ou aumento da demanda, como por exemplo, crianças de seis meses a cinco anos, adolescentes do sexo feminino, gestante, nutrízes e pacientes pós-cirurgia bariátrica constituem uma população vulnerável e trazem como ponto importante essa deficiência. (AMARANTE *et al.*, 2015; BRITO *et al.*, 2021).

São diversas as causas de anemia, cada uma possui um mecanismo de aparecimento diferente, além das formas de diagnóstico e tratamentos serem distintos. É por este motivo que não são todas as anemias que estão relacionadas à alimentação e a melhora de hábitos alimentares não é a solução para todos os quadros clínicos da doença (DE PAULA, 2015).

A avaliação inicial do paciente com anemia inclui anamnese, exame físico minucioso e exames laboratoriais. Os sintomas usuais incluem astenia, cansaço, fraqueza, falta de ar e palpitações. No exame físico, o achado mais característico é palidez mucocutânea. A investigação laboratorial inicial consiste na realização de exames como hematócrito, hemoglobina, contagem de eritrócitos,

índices hematimétricos (Volume Corpuscular Médio, VCM; Hemoglobina Corpuscular Média, HCM e Concentração de Hemoglobina Corpuscular Média, CHCM), RDW (*Red Cell Distribution Width*, Amplitude de Distribuição do Volume dos Eritrócitos) e contagem de reticulócitos normalmente descritos no hemograma (UFRJ, 2020).

O tratamento da anemia depende de sua etiologia, mas o principal tratamento é a reposição de ferro ou de eritropoetina. A transfusão de hemácias pode ser necessária em situações mais graves. A etiologia da anemia pode ocorrer por diferentes fatores: genético, carencial e imunológico, mas o estilo de vida responde entre os principais fatores relacionados (SANTIS, 2019).

Os laboratórios clínicos possuem os valores de referência próprios em relação a concentração de hemoglobina sendo considerado na imensa maioria normal entre 12-15g/dL nas mulheres e 13,5-17g/dL nos homens. A significância da prevalência de anemia na população de acordo com a OMS pode ser classificada como normal ou aceitável (abaixo de 5%), leve (de 5 a 19,9%), moderada (de 20 a 39,9%) e grave (maior ou igual a 40%) (FILHO et al., 2008).

Nos países desenvolvidos a prevalência de anemia situa-se aproximadamente de 5 a 16%. Estimou-se que, entre os anos de 1990 e 1995, nestes países, a anemia acometeu 20% das crianças menores de cinco anos, 22% das gestantes, 10% das mulheres não grávidas, 4% dos homens e 12% dos idosos. Em contraponto, nos países em desenvolvimento, essas proporções seriam de 39%, 52%, 42%, 30% e 45%, respectivamente, atingindo, portanto, razões de prevalência de até 7,5% aumentando sua gravidade nesses locais (FILHO et al., 2008).

As pesquisas referentes às diferentes regiões do país não indicam dados para representatividade nacional, uma vez que os estudos existentes pontuais nem sempre obedecem à metodologia similar. Entretanto, eles revelam aumento progressivo na prevalência da anemia por deficiência de ferro, o que faz com que esta seja considerada atualmente como um grave problema de saúde pública, ressaltando que, diferentemente da desnutrição, a anemia está disseminada por todas as classes de renda. No estado de São Paulo, vários trabalhos têm demonstrado uma crescente na prevalência da anemia, principalmente no grupo

infantil, indicando a relevância dessa problemática e a necessidade de ações preventivas que revertam à situação (SAÚDE, 2007).

Os universitários passam por diversas mudanças de hábitos ao ingressar em uma instituição de ensino, como viver em moradias estudantis ou deixar a casa dos pais. A sobrecarga das atividades acadêmicas ocasiona a falta de tempo para a realização de refeições completas que influenciam na escolha dos alimentos. Ainda, existe a substituição de refeições completas por lanches práticos e rápidos, com alto valor calórico. Sendo assim, o estabelecimento de novos comportamentos acarreta diretamente na saúde desses universitários (FEITOSA, 2010).

Considerando que os universitários apresentam uma vida agitada e com maus hábitos alimentares que propiciam o quadro de anemia e que esta por sua vez pode desenvolver prejuízos intelectuais no aprendizado, atenção e desenvolvimento cognitivo, a ação de estudos epidemiológicos nesse âmbito passa a ser necessário para determinar a prevalência e condições relacionadas ao desenvolvimento dessa doença (GUINZELLI *et al.*, 2009).

## **2. OBJETIVO**

O presente trabalho teve como objetivo analisar a prevalência de anemia de alunos de graduação do 3º período do curso de Medicina do Centro Universitário Municipal de Franca (Uni-FACEF) na cidade de Franca, São Paulo, Brasil.

## **3. METODOLOGIA**

Foram incluídos na pesquisa alunos do 3º período do curso de Medicina do Uni-FACEF na cidade de Franca, São Paulo, Brasil, de ambos os sexos, com 18 anos de idade ou mais. Estes indivíduos foram selecionados por se tratar de um grupo que há um ano encontram-se em comportamento de mudança devido o ingresso na faculdade. Os alunos foram recrutados por meio de convites dos pesquisadores em sala de aula.

A estimativa da incidência da anemia foi determinada através da metodologia do hematócrito. O hematócrito é a porcentagem de volume em que os

eritrócitos ocupam em um dado volume de sangue. A coleta de sangue venoso foi realizada no laboratório de Práticas Integradas do Uni-FACEF. Foi utilizado o sistema de coleta a vácuo, BD Vacutainer® (São Paulo, Brasil), por meio de punção com tubos com anticoagulante ácido etilenodiaminotetracético (EDTA).

Em seguida os capilares para determinação do hematócrito foram preenchidos com sangue venoso colhido com anticoagulante por uma das extremidades até que falte 1 cm para encher o capilar. Uma das extremidades foi fechada com massa de modelar e também se utilizou calor (bico de gás) evitando atingir a coluna de sangue. Os capilares foram centrifugados, com a extremidade fechada voltada para o círculo externo a 11.000 rpm durante 5 minutos. A interpretação dos resultados foi lida no gráfico a partir da porcentagem da coluna de glóbulos vermelhos. Os resultados dos exames foram informados diretamente ao participante.

Os resultados obtidos pela análise do hematócrito foram organizados e analisados em planilha do Excel. Foi adotado para análise dos dados variáveis e numéricas estatísticas descritivas, sendo os resultados apresentados por frequência relativa (%).

Ressalta-se que todos os universitários assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o projeto foi enviado para o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Centro Universitário Municipal de Franca aprovado pelo CAAE nº: 40285620.4.0000.5384.

#### **4. RESULTADOS**

No presente estudo foi coletado e analisado o hematócrito de 36 alunos do curso de Medicina do 3º período do Uni-FACEF na cidade de Franca, São Paulo, Brasil, adotando como valor de referência hematócrito para homens  $\geq 41$  e para mulheres  $\geq 35$  (PINHEIRO, 2020).

Segundo os valores de referência adotados, 9 indivíduos apresentaram níveis inferiores de hematócrito, representando 25% do total de amostras obtidas. Dentre os diagnosticados com possível quadro de anemia, 6 amostras são do sexo feminino e 3 amostras são do sexo masculino, representando respectivamente 16,66% e 8,33%.

**Tabela 1** – Quantidade em porcentagem de diagnósticos em anemia de alunos do curso de Medicina do Uni-FACEF dividido em sexo masculino e feminino.

| TOTAL (n=36) | HEMATÓCRITO ABAIXO DO VALOR DE REFERÊNCIA (n=9) |        | HEMATÓCRITO NORMAL (n=27) |        |
|--------------|-------------------------------------------------|--------|---------------------------|--------|
|              | Participantes                                   | %      | Participantes             | %      |
| Sexo:        |                                                 |        |                           |        |
| Masculino    | 3                                               | 8,33%  | 3                         | 8,33%  |
| Feminino     | 6                                               | 16,66% | 24                        | 66,66% |
| Resultado    | 9                                               | 24,99% | 27                        | 74,99% |

## 5. DISCUSSÃO

A anemia é considerada um problema de saúde pública em todo o mundo e apresenta variações dependentes de fatores dietéticos e culturais principalmente. O presente estudo foi realizado em uma determinada população que passou o ano anterior sofrendo mudanças de hábitos de vida e dietéticos após ingresso no curso de Medicina no município de Franca - São Paulo, o que determina que mesmo as amostras colhidas com valores de referência dentro da normalidade, essa população poderia estar sujeita à futuros quadros de anemia ferropriva se o consumo do mineral se manter baixo por tempo prolongado. Pois antes da alteração da amostra de hematócrito ou hemoglobina o primeiro marcador a se detectar seria a medida de ferritina que constituem os estoques de ferro do organismo e qualquer situação que transpôs-se maior necessidade biológica poderia constituir fator decisivo para anemia (FARIA *et al.*, 2017).

Os resultados desta pesquisa demostrem prevalência de anemia em torno 25%, apresentando médias próximas daquelas estimadas para a população mundial, classificada pela OMS como uma prevalência moderada, mostrando que este trabalho apresenta dados abaixo das médias de países em desenvolvimento que superam os 30% (FILHO *et al.*, 2008)

Estudos brasileiros revelam em crianças 12 a 16 meses uma prevalência de anemia 64% sendo dessas 90% por deficiência de ferro e entre 3 a 4 anos uma prevalência 38% na qual a deficiência de ferro responsável por 20%, sendo mais bem explicados esses diagnósticos de anemia por deficiências de folato, vitamina B12, hemoglobinopatias, verminoses e malária. Nos idosos a alta prevalência está associada com o avançar da idade em condições agudas e crônicas, como a doença renal crônica, neoplasias, pneumonia, artrite reumatoide e doença inflamatória pélvica (DIP), isto se torna mais preocupante com a tendência de envelhecimento da população. Nesta pesquisa investigamos uma população adulta jovem levando em consideração as mudanças relacionadas em sua rotina de estudos do curso de Medicina, cuja carga horária é integral e seguida de horas diárias dedicadas às leituras complementares; da mudança de cenário familiar, em que a maioria dos estudantes deixa de residir na mesma cidade que sua família, e passa a ser responsável pela própria alimentação, além de passar por diversas transições que podem impactar em uma inadequada ingestão de nutrientes e cuidados com a saúde favorecendo quadros como de anemia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014)

No diagnóstico de deficiência leve de ferro são necessários demais exames obtidos através do perfil de ferro. Somente a deficiência nos estágios mais avançados de carência desse mineral é detectada através de alterações nas dosagens de hemoglobina e hematócrito (MACPHAIL e BOTHWELL, 1992).

Alguns autores diferem se a classe econômica da população é relevante para prevalência de anemia, na qual esta condição pode agravar o problema da prevalência e outros revelam o problema em todas as classes socioeconômicas, os resultados da pesquisa demonstram que apesar da classe de estudantes de Medicina apresentar renda familiar superior à maioria da população a prevalência de anemia não destoava da média mundial (OSÓRIO, 2002; SAÚDE, 2007; FILHO *et al.*, 2015).

As mulheres na menacme apresentam perdas sanguíneas decorrentes da menstruação, 25-30% das mulheres durante a vida reprodutiva apresentam distúrbios menstruais, um tempo prolongado ou fluxo intenso de sangramentos podem agravar o quadro. Diante dos resultados do estudo observamos uma relação

de mais mulheres com diagnóstico de anemia em comparação aos homens, o que pode ser justificado através da idade fértil e ligadas a perdas menstruais que alguns autores trazem como a principal causa dessa doença na população analisada (RODRIGUES e JORGE, 2010) (MACHADO, MALTA, *et al.*, 2019).

Devido a sua prevalência e as consequências à saúde para a população em geral, o diagnóstico da anemia é considerado uma prioridade em saúde pública e por isso é necessário intensificar as ações no campo nutricional, com especial atenção aos grupos mais vulneráveis. Poucos dados são disponibilizados sobre a prevalências da anemia na população brasileira adulta e por isso torna-se importante prover dados atualizados com intuito de detectar grupos mais afetados (MACHADO, MALTA, *et al.*, 2019).

## 6. CONCLUSÃO

Em suma podemos concluir que o estudo revelou uma prevalência de anemia na população estudada próxima da média mundial apesar das mudanças de hábitos de vida desta e independente de classe social, o presente estudo confirmou uma prevalência maior de anemia em mulheres em vida reprodutiva em comparação aos homens possivelmente explicada por perdas menstruais.

Os resultados apresentados durante a pesquisa têm relevância, como fonte para futuras comparações ou cruzamentos de dados e avaliação da saúde desta população, por evidenciarem a necessidade da realização de ampla investigação dos fatores envolvidos e das possíveis etiologias dos casos de anemia evidenciados.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, M. K. et al. Anemia Ferropriva: uma visão atualizada. **Biosaúde - Revistal do Departamento de Ciências Patológicas CCB**, v. 17, p. 35-36, 2015.

BRITO, M. E. D. S. M. E. et al. Fisiopatologia, diagnóstico e tratamento da anemia ferropriva: Uma revisão de literatura. **Revista de Casos e Consultoria UFRN**, v. 12, p. 6-7, 2021.

DE PAULA, D. E. V. Anemias. **Hemocentro Unicamp**, 2015.

FARIA, A. C. F. et al. Avaliação da presença de anemia e de deficiência de ferritina em crianças. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, 2017.

FEITOSA, E. P. S. E. A. HÁBITOS ALIMENTARES DE ESTUDANTES DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA NO NORDESTE DO BRASIL. **Alim. Nutr.**, p. 225, 2010.

FILHO, F. D. A. B. C. et al. Perfil do Estudante de Medicina da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. **Revista Brasileira de Educação Médica**, p. 34-35, 2015.

FILHO, M. B.; SOUZA, A. I. D.; BRESANI, C. C. Anemia como problema de saúde pública: uma realidade atual. **SciELO**, 2008.

GUINZELLI, R. et al. PREVALÊNCIA E CARACTERIZAÇÃO DE ANEMIA EM ESTUDANTES. **Encontro Internacional de Produção Científica Cesumar**, 2009.

HOSPITAL SANTA PAULA. Endocrinologia Geral. **Hospital Santa Paula**, 2018. Disponível em: <<https://www.santapaula.com.br/o-que-e-anemia/>>. Data de acesso: 14/10/2021

MACHADO, Í. E. et al. Prevalência de anemia em adultos e idosos brasileiros. **Revista Brasileira de Epidemiologia.22 (SciELO)**, 2019.

MACPHAIL, P.; BOTHWELL, T. H. The Prevalence and Causes of Nutritional. **Nestle Nutrition Workshop Series**, New York, v. 30, p. 2, 1992.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Anemia por deficiência de ferro. **Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS**, 2014. Disponível em: <[http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2014/pcdt\\_Anemia\\_DeficienciaFerro\\_2014.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2014/pcdt_Anemia_DeficienciaFerro_2014.pdf)>. Data de acesso: 16/10/2021

NAOUM, P. C. ANEMIAS – CLASSIFICAÇÃO E DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. **CienciaNews**, 2014.

OSÓRIO, M. M. Fatores determinantes da anemia em crianças. **Jornal de Pediatria**, v. 78, p. 271-272, 2002.

PINHEIRO, D. P. O que é anemia: tipos, causas e sintomas. **MD. SAÚDE**, 2020. Disponível em: <<https://www.mdsaude.com/hematologia/anemia/>>. Data de acesso: 10/10/2021

RODRIGUES, L. P.; JORGE, S. R. P. F. Deficiência de ferro na mulher adulta. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.** 32, 2010.

SANTIS, G. C. D. Anemia: definição, epidemiologia, fisiopatologia. **Revista USP**, 2019.

SANTOS, A. F. S. FERRO: BENEFÍCIOS A SAÚDE; JULIETTI TATILA DONADIA; LUCINÉIA LIMA DOS SANTOS. **8º Amostra Acadêmica UNIMEP**, 2010.

SAÚDE, M. D. Caderno Atenção Básica Carências Micronutrientes. **Ministério da Saúde**, 2007. p. 23-24.

SAÚDE, M. D. Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Suplementação de Ferro**, 2013. p. 8.

UFRJ. **Protocolos: Anemias**. Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2020.

---

## SAÚDE MENTAL NA ESCOLA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Maria Paula Piassi Brasileiro  
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF  
mariapaulapiassi@hotmail.com

Poliana Pedroso  
Graduanda em Psicologia - Uni-FACEF  
polianapedroso14@gmail.com

Ana Carolina Garcia Braz Trovão  
Prof.<sup>a</sup> Dra. Docente no curso de graduação em Medicina – Uni-FACEF  
carolbtrova@gmail.com

### 1. INTRODUÇÃO

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde - OMS, o suicídio representa 1,4% das mortes em todo o mundo, chegando a mais de 1 milhão de mortes a cada ano sendo que, dentre a população jovem, entre 15 e 29 anos essa é a segunda maior causa de morte. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017)

Em relação a epidemiologia por gênero, é sabido que a mortalidade por suicídio é constantemente mais frequente na população masculina. Existem vários fatores que podem justificar essa epidemiologia, o mais conhecido deles é o fato de que os homens, em geral, usam métodos mais violentos para o suicídio, como armas de fogo e armas brancas, e conseqüentemente alcançam seu objetivo final com mais facilidade do que as mulheres, que na maioria das vezes optam pelo envenenamento ou ingestão de medicamentos em grande quantidades e acabam sendo encontradas e tratadas antes de evoluírem para morte. Além disso, outros fatores favorecem a menor mortalidade na população feminina como a menor incidência de alcoolismo entre as mulheres, a maior ligação à religião e o maior cuidado com a saúde, fazendo com que as mulheres procurem ajuda profissional precoce quando reconhecem sinais sugestivos de doença psiquiátricas assim, os fatores de risco são amenizados e conseqüentemente as tentativas de suicídio diminuem nessa população (GONÇALVES et. al.,2011).

O comportamento suicida pode ser dividido em 3 fases: Primeiramente o indivíduo, exposto a fatores de risco, inicia a ideação suicida, em que começa a pensar na possibilidade do suicídio. Posteriormente, acontece a fase do planejamento suicida em que é estruturado um plano de como e onde será

realizado o suicídio. A partir daí pode acontecer a tentativa de suicídio, resultando ou não em morte. (BAGGIO, 2008)

Existem diversos fatores de risco que podem ser divididos em não modificáveis e modificáveis. Dentro do primeiro grupo enquadra-se a tentativa prévia de suicídio e o histórico familiar. Já no grupo dos fatores modificáveis encontram-se principalmente os transtornos psiquiátricos como depressão, ansiedade e transtornos de personalidade, uso de álcool e drogas, além de grupos de pessoas que apresentam dificuldade em lidar com situações de estresse e tensão, que possuem conflitos familiares frequentes e até mesmo as pessoas que vivem sozinhas. Apesar da complexidade desse assunto, esses fatores de riscos modificáveis permitem que sejam realizadas intervenções nesse grupo de pessoas, visando a prevenção do suicídio e a promoção da saúde mental. (BAGGIO, 2008)

Dentre os principais transtornos psiquiátricos associados ao suicídio estão a depressão e a ansiedade que, se identificados e tratados adequadamente podem colaborar para a diminuição do número de tentativas e mortes por suicídio. Para isso, é necessário que a população em geral tenha conhecimento para identificar os principais sinais e sintomas dessas doenças e com isso, possa procurar ajuda profissional para o seu tratamento. LELIS et. al. (2020) conceituou esses transtornos e exemplificou os sintomas mais frequentes:

O transtorno de ansiedade é uma resposta normal de conjuntura que podem gerar medo, apreensão, dúvida ou expectativa. Assim a ansiedade causa sintomas como dores no peito, fadiga, palpitações, distúrbio do sono, quando esses sintomas se manifestam trazem sofrimento e prejuízo na vida social, profissional ou acadêmica do indivíduo, a doença pode ser definida como sensação de perigo iminente.

A depressão é um transtorno de vários fatores que afetam a saúde mental, ambiental e física do indivíduo. Os sintomas mais comuns são alteração do humor, profunda tristeza, perda de sono, sentimento de dor e de culpa e perda ou aumento do apetite. (LELIS et. al. 2020)

A portaria número 1876 de 14 de agosto de 2006 identificando o suicídio como um problema de saúde pública que pode ser prevenido e levando em consideração o acentuado aumento de casos em todo o território nacional, instituiu as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio que visava desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida, organizar linhas de cuidados gerais em todos os níveis de atenção bem como desenvolver estratégias de informação à

população de que o suicídio é um problema de saúde pública. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006)

Em 2015, com o aumento a cada dia do número de mortes por suicídio, a campanha Setembro Amarelo foi criada no Brasil pelo Centro de Valorização da Vida (CVV), Conselho Federal de Medicina (CFM) e Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) com o objetivo de conscientizar sobre a prevenção do suicídio e dar visibilidade à causa associando a cor amarela ao mês que marca o Dia Mundial de Prevenção do Suicídio, dia 10 de setembro. Além das ações realizadas por todo o mundo durante o mês de setembro, o CVV realiza 24 horas por dia, durante todos os dias atendimento gratuito por telefone, email ou chat à todas as pessoas que precisam conversar sobre o tema (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Ao falar de prevenção do suicídio o primeiro ponto a ser trabalhado é a educação. Durante muitos anos o suicídio era um tabu em toda a sociedade gerando um preconceito em falar sobre o assunto, o que graças as diversas campanhas e diretrizes atuais diminui a cada dia. O conhecimento sobre esse problema é o primeiro passo para a prevenção por isso, ações de promoção de saúde e rodas de conversa sobre suicídio tornam-se essenciais na redução da mortalidade por esse problema. Após o entendimento sobre essa questão, a intervenção nos fatores de risco torna-se mais fácil.

## **2. OBJETIVOS DO TRABALHO**

O objetivo do presente trabalho é relatar a experiência de estudantes do Projeto PET-Saúde Interprofissionalidade Uni-FACEF na realização de uma atividade que abordou a campanha do Setembro Amarelo em uma escola, bem como os sintomas de depressão e ansiedade e as possíveis formas de cuidado utilizadas na prevenção e controle dessas patologias.

## **3. METODOLOGIA**

A presente atividade foi conduzida pelos participantes do Projeto PET-Saúde Interprofissionalidade, em que a equipe é composta por estudantes de enfermagem, medicina e psicologia do Centro Universitário Municipal de Franca (Uni-FACEF), além de tutores e preceptores responsáveis. A dinâmica foi realizada

na Escola Estadual Lídia Rocha, localizada no bairro Aeroporto III da cidade de Franca-SP, no mês de setembro de 2019. Primeiramente, foi feita a divulgação antecipada do evento por meio de cartazes colocados na escola do público alvo e também na Unidade Básica de Saúde do bairro. No dia da ação, foi realizada uma atividade em que os organizadores apresentaram aos participantes imagens que representavam hábitos saudáveis e não saudáveis, bem como formas de autocuidado e a partir disso, questionaram aos participantes sobre suas emoções e experiências ao se depararem com aquelas imagens e assim iniciaram a discussão relacionando com a temática da campanha do Setembro Amarelo.

Além disso, foram abordados os principais sintomas de Depressão e Transtornos de Ansiedade e a diversidade de comportamentos dentro de um mesmo transtorno mental. Por último, foi realizada a orientação a respeito das diferentes formas de cuidado que geram bem-estar, e divulgados os meios de contato que oferecem acolhimento a pessoas em sofrimento psicológico como o Centro de Valorização da Vida (CVV).

#### **4. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Inicialmente os condutores da atividade, esclareceram sobre a campanha do Setembro Amarelo e sua importância. Após a explicação, foi realizada uma dinâmica que se dividiu em três momentos: primeiramente as imagens foram espalhadas em uma mesa. No segundo momento, cada um dos participantes escolheu duas das imagens apresentadas e na última etapa, cada membro revelou os motivos que lhe fizeram optar pelas imagens, assim como o significado de cada uma delas.

Após o discurso de cada componente do grupo, os condutores da atividade, levantaram os principais pontos verbalizados pelos participantes, sendo eles: a perda recente de uma filha, o fato de que as aparências enganam no sentido de que uma pessoa pode transparecer que está bem quando na realidade não está, a forma com que o cotidiano pode sobrecarregar as pessoas ao ponto de não se permitirem ter momentos de autocuidado.

Os comentários em relação às aparências e sobre o cotidiano, surgiram no início da discussão, em que um dos participantes escolheu a foto de

uma pessoa sorrindo e disse que pegou tal imagem porque ela lhe transmitia bem-estar, felicidade, em relação a mesma foto outro participante se manifestou pontuando que nem sempre a pessoa com transtorno depressivo está chorando e que por muitas vezes pode ser confundida com alguém que não possui o transtorno, outros comentaram que em suas percepções que a aparência é de uma pessoa com semblante triste, com demasiado desânimo na maior parte do tempo. Nesse sentido, Coutinho et. al (2003) realizaram um estudo sobre concepções sociais sobre a Depressão, em que os entrevistados responderam que a doença está relacionada com o desânimo, dificuldade para dormir, tristeza excessiva e angústia. Contudo, nota-se a congruência da visão dos participantes com os achados da literatura diante do tema exposto.

Em relação a figuras sobre o cotidiano, uma das participantes escolheu a imagem de uma pessoa em seu ambiente de trabalho retratada por uma sala e uma pessoa com vestimentas formais em frente ao notebook, a partir da escolha da imagem a participante revelou o quanto um trabalho pode se tornar desgastante e cansativo. Nessa perspectiva Benevides-Pereira (2002), afirma que a Síndrome de Burnout destaca-se no mundo do trabalho devido a consequências geradas pela realização de atividades laborais que afetam tanto o trabalhador como a instituição. Tal enfermidade caracteriza-se pelo esgotamento físico e mental, devido ao intenso estresse.

As imagens que ilustravam as comidas, também foram selecionadas. Os participantes afirmaram ter escolhido o prato de comida pois era bastante colorido e lhe parecia saudável, alguns revelaram que escolheram a foto de um hambúrguer por parecer saboroso e possibilitar lhe trazer prazer, ainda que soubessem que não era um alimento saudável. Atualmente há pesquisas na área de psiquiatria nutricional, em que abordam como transtornos mentais estão relacionados a hábitos alimentares, com isso, Jorge; Pacheco;Moreira (2019), realizaram um estudo bibliográfico no qual chegaram à seguinte conclusão:

o desequilíbrio da microbiota intestinal, microorganismos que habitam o intestino, geralmente ocorre associado a hábitos alimentares inadequados, gerando uma condição inflamatória intestinal, o que pode influenciar nas sinapses com o SNC, podendo levar a quadros de depressão, ansiedade e transtornos de humor. As sociedades ocidentalizadas desenvolveram uma cultura alarmante de aumento do consumo alimentar e de alimentos ultraprocessados, que vêm tendo consequências graves para a saúde mental.(JORGE;PACHECO; MOREIRA, 2019,p.110-111)

O ponto crítico da atividade foi durante a fala de uma das participantes que revelou ter perdido uma filha de 6 anos recentemente por uma condição congênita. Ela expôs seus sentimentos, medos e angústias. Assim, os orientadores da atividade pontuaram a importância de se cuidar diante dos desafios da vida, a necessidade de buscar ajuda e também orientaram sobre sintomas que podem indicar um início de quadro depressivo como a frequência e intensidade do choro, o desânimo e a anedonia. Também foi exposta a UBS do bairro como um ponto de apoio, onde poderiam buscar uma ajuda multiprofissional, se necessário. Nesse sentido, Jacinto et. al. (2020), compuseram uma pesquisa com mães que perderam seus filhos na fase infantil, os resultados demonstraram que é demasiadamente sofrido falar sobre o seu processo de perda, o discurso das mães ainda demonstrou a relevância do apoio de familiares, amigos e da crença religiosa, pois estes colaboram para o enfrentamento da morte da criança. Além disso, os pais ainda passam pelo processo de reconstrução de identidade, Coelho Filho; Lima (2017) explicam que após a perda de um filho grande parte dos pais sentem intensa culpa e impotência pelo fato de não conseguirem poupar o filho da morte precoce e este fator interfere na identidade dos pais, pois a relação entre pai e filho é esfacelada, e a partir disso os pais adquirem uma nova identificação que por algum tempo fica sem nome e passa a ser construída conforme os pais retornam a suas vidas pessoais e laborais. Portanto, verifica-se a importância em fortalecer a rede de apoio da mãe enlutada.

A presente atividade ocorreu em formato de roda de conversa, sendo que esta metodologia é vista como um espaço de aprendizado, que permite construir laços afetivos, confiança e em consequência disso estimulam o compartilhamento de emoções, experiências, conversas, sendo estes um espaço potente para a promoção de saúde mental. (COSTA et. al., 2014). Perante tal metodologia, pode-se observar que durante o grupo, foram trazidas questões pessoais por parte dos convidados, o que exigiu escuta ativa e acolhimento qualificado oferecido pelos profissionais e estudantes.

Ao final da roda de conversa, os organizadores, abordaram os principais sintomas de Depressão e Ansiedade, pontuaram sobre as diferentes formas de autocuidado físico e mental, a importância em se equilibrar hábitos do cotidiano, que são considerados não saudáveis com hábitos que propiciam melhora

na qualidade de vida. Também informaram sobre os principais meios de comunicação para acolhimento de pessoas em sofrimento mental como o CVV e ainda informaram sobre a disponibilidade de serviços de saúde mental da cidade de Franca-SP.

A atividade foi promovida de maneira intersetorial, envolvendo a área da saúde com educação, visando o conhecimento e promoção de saúde mental. Ckagnzaroff e Motta (2003), esclarecem sobre o conceito de intersetorialidade:

...intersectorialidade consiste numa articulação de saberes e experiências, ela envolve, então, diferentes pessoas, órgãos, departamentos, divisões, organizações, etc., visto que os saberes na sociedade se encontram de forma fragmentada. Por outro lado, uma atuação intersectorial caracteriza-se, também, como uma atuação em rede, entendida aqui como um arranjo entre pessoas, órgãos, departamentos, divisões, organizações, etc. (CKAGNAZAROFF; MOTA, 2003, p. 38)

A realização da atividade relatada permitiu observar as representações sociais acerca de transtornos mentais, o impacto causado pela perda de um filho, diferentes formas de autocuidado e o efeito de uma atividade em roda de conversa.

Portanto, a realização da dinâmica consistiu em uma experiência rica tanto para os condutores da atividade quanto para os participantes, pois os alunos puderam vivenciar de maneira prática os conteúdos discutidos na formação teórica do Projeto PET-Saúde Interprofissionalidade e os demais participantes compartilharam pensamentos que puderam ser refletidos diante das discussões dos temas propostos.

## **5. CONCLUSÃO DO TRABALHO**

A atividade realizada contribuiu na formação acadêmica dos alunos, pois permitiu a contextualização dos conceitos em saúde mental, especialmente o quadro clínico dos transtornos psiquiátricos mais frequentes, a relação com o contexto social e a visão de quem sofre de alguma das patologias abordadas, assim como estratégias de prevenção. Além disso, a atividade foi capaz de empoderar os participantes a realizarem o autocuidado de sua saúde mental.

## REFERÊNCIAS

BENEVIDES-PEREIRA, Ana Maria T. (org.). **Burnout: Quando o Trabalho Ameaça o Bem-estar do Trabalhador**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

BAGGIO, Lissandra et al. **Planejamento suicida entre adolescentes escolares: prevalência e fatores associados**. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2009.v25n1/142-150/pt/>.

CKAGNAZAROFF, Ivan Beck; MOTA, Normaston Rodrigues. Considerações sobre a relação entre descentralização e intersetorialidade como estratégias de modernização de prefeituras municipais. **Revista E & G Economia e Gestão**, Belo Horizonte, v. 3, n. 6, p. 23-41, dez. 2003. Disponível em: <[www.spell.org.br/documentos/download/36443](http://www.spell.org.br/documentos/download/36443)>. Acesso em 13 mai 2021.

COELHO FILHO, João Ferreira; LIMA, Deyseane Maria de Araújo. Luto parental e construção identitária: compreendendo o processo após a perda do filho. **Psicologia Argumento**, [S.l.], v. 35, n. 88, dez. 2017. ISSN 1980-5942. Disponível em: <<https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/18432>>. Acesso em: 13 mai 2021.

COSTA, Raphael Raniere de Oliveira et. al. As rodas de conversas como espaço de cuidado e promoção da saúde mental. **Revista de Atenção à Saúde**, São Caetano do Sul, v. 13, n. 43, p.30-36, 2015. Disponível em: <[seer.uscs.edu.br/index.php/revista\\_ciencias\\_saude/article/view/2675/pdf\\_1](http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/2675/pdf_1)>. Acesso em 13 abr. 2021.

COUTINHO, Maria da Penha de Lima et al. Depressão, um sofrimento sem fronteira: representações sociais entre crianças e idosos. **Psico-USF (Impr.)**, Itatiba, v. 8, n. 2, p. 183-192, Dez. 2003. Disponível em: <[www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-82712003000200010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712003000200010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 13 abr. 2021.

GONÇALVES, Ludmilla R.C. Determinantes espaciais e socioeconômicos do suicídio no Brasil: Uma abordagem regional. *Revista Nova Economia*, Belo Horizonte, Vol. 1, n. 2, 2011. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-63512011000200005&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-63512011000200005&script=sci_arttext)

JACINTO, Helisa Maria Canuto et al. **A morte da criança: a experiência de mães após a perda de um(a) filho(a)**. Ciências Humanas e Sociais, Alagoas, Vol. 4, n. 3, pág 43-54, 2018. Disponível em: <[openrit.grupotiradentes.com/xmlui/bitstream/handle/set/3258/ARTIGO%20TCC%20Thaissa%20Juciane%20Helisa.pdf?sequence=1](http://openrit.grupotiradentes.com/xmlui/bitstream/handle/set/3258/ARTIGO%20TCC%20Thaissa%20Juciane%20Helisa.pdf?sequence=1)>. Acesso em 13 abr. 2021.

JORGE, Anna Karoline Brum; PACHECO, Aryane Ferraz Cardoso; MOREIRA, Raquel Veggi. *Psiquiatria Nutricional: a influência da alimentação na saúde mental*. In: SAMPAIO, Juliana da Conceição et al. (org.). **Principais transtornos psíquicos na contemporaneidade**. Campos dos Goytacazes-RJ: Brasil Multicultural, 2019. p. 103-112.

LELIS. et. al. **Sintomas de depressão, ansiedade e uso de medicamentos em universitários**. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. n. 23, 2020. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1647-21602020000100002](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602020000100002)

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1876, 2006 que dispõe sobre a insituição das diretrizes nacionais de prevenção do suicídio. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876\\_14\\_08\\_2006](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. Vol. 48, n. 30, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/acolha-a-vida/bibliografia/2017025PerfilepidemiologicodastentativaseobitosporsuicidionoBrasilearededeatenaoasade.pdf>

## ÍNDICE

### A

Amanda Rabay Rodrigues, 16  
Ana Carolina Duarte, 74  
Ana Carolina Garcia Braz Trovão, 110

### K

Kelly Jacqueline Barbosa, 7, 13

### L

Livia Gama Meireles Reis, 36  
Lívia Maria Lopes Gazaffi, 74

### M

Maria Auxiliadora Mancilha Carvalho  
Pedigone, 58  
Maria Clara Kappke Werneck Braga,  
46  
Maria de Fátima Alveiro Colares, 46

Maria Paula Piassi Brasileiro, 110

### P

Patrícia Reis Alves dos Santos, 16, 84  
Poliana Pedroso, 110

### R

Rafaella Fanan Silva, 84  
Raquel Rangel Cesario, 36

### S

Simone Assunção Santos, 58  
Sofia Muniz Alves Gracioli, 46

### T

Tayna Grillo Granito, 7



**0800 940 4688**

**16 3713 4688**

**unifacef.com.br**

